

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET ÉDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE DU
DEVELOPPEMENT ET DU MAL
DEVELOPPEMENT



THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

POST GRADUATE SCHOOL FOR
HUMAN, SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING
UNIT FOR HUMAN AND SOCIAL
SCIENCES

DEVELOPMENTAL AND POOR
DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY
LABORATORY

VÉCU TRAUMATIQUE DE LA MASTECTOMIE ET RÉSILIENCE CHEZ LA FEMME SUITE A UN CANCER DU SEIN : une étude de cas.

Mémoire présenté et soutenu en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Psychologie

Spécialité : Psychopathologie et Clinique

Par :

FAPO Ariane Izelle

12L369

Licenciée en Psychopathologie et Clinique



JURY :

Qualité	Noms et grade	Université D'attache
Président :	EBALE MONEZE Chandel (Pr)	Yaoundé I
Examinatrice :	NGONO OSSANGO Pangrace (Dr)	Yaoundé I
Rapporteur :	TCHOKOTE Emilie Clarisse (Mc)	Yaoundé I

Date de soutenance : le 30/07/2022

Juin 2022

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	3
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE	16
CHAPITRE III : INSERTION THEORIQUE.....	37
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE	69
CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	87
CHAPITRE VI : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	115
CONCLUSION GÉNÉRALE	125
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	127
ANNEXES.....	I
TABLE DES MATIERES	XXV

A

Mon Grand-Père Mbiandou Lazare

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail de recherche a été possible grâce au soutien, aux aides multiformes et aux encouragements d'un certain nombre de personnes, à qui nous tenons à exprimer notre reconnaissance :

- Au feu Pr KETCHA WANDA Germain J. M. pour avoir commencé la direction de ce travail ;
- Au Pr TCHOKOTE Emilie Clarisse pour avoir cru en nous et accepté de continuer la direction de ce travail. Elle a mis à notre disposition son temps, savoir-faire en matière de recherche, son savoir être et ses conseils précieux ;
- Au Pr EBALE MONEZE Chandel et tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I pour les enseignements et le soutien moral qu'ils ont toujours su mettre à notre disposition depuis notre entrée à l'Université de Yaoundé I ;
- Au Pr NDOM Paul, Président de l'ONG Solidarité Chimiothérapie (SOCHIMIO) d'avoir permis la collecte des données au sein de la structure dont il a la charge, pour sa gentillesse et ses précieux conseils ;
- Aux trois participantes de cette étude, elles ont généreusement donné de leur temps et m'ont fait profiter de leur expérience ;
- A tous les membres de ma famille pour le soutien de toute nature et pour avoir toujours cru en moi ;
- A tous mes compagnons et amis étudiants de psychologie pour leurs diverses contributions qui ont pu faire avancer ma réflexion dans la conduite de ce travail.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Exemples de caractéristiques personnelles ou environnementales associées à la résilience.....	49
Tableau 2 : Définitions des stratégies d'adaptation de Folkman et Lazarus (1984) cité par Bruchon-Schweitzer (2001)	59
Tableau 3 : Les styles de coping de Folkman et Lazarus (1984)	60
Tableau 4 : Caractéristiques des participantes	76
Tableau 5 : Grille d'analyse	85
Tableau 6 : Résultats au test du traumatisme de Davidson	88
Tableau 7 : Résultats à l'échelle de Wagnild et Young	89
Tableau 8 : Facteurs de protection dans le développement de la résilience.....	119

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Anatomie du sein	19
Figure 2 : Décollement de la peau, séparation de la glande et du muscle durant une mastectomie.....	20
Figure 3 : Cicatrice d'une mastectomie latérale (Zelek, 2007).....	20

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACS	: American Cancer Society
APA	: American Psychological Association
CIRC	: Centre International de Recherche sur le Cancer
CNLCa	: Comité National de Lutte contre le Cancer
DSM-VI	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
ETD	: Échelle de Traumatisme de Davidson
ESPT	: Etat de Stress post-traumatique
GLOBOCAN	: Global Burden Cancer
HGY	: Hôpital Général de Yaoundé
ISA	: Incidence Standardisée selon l'Age
MINSANTE	: Ministère de la Santé
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PSNPLCa	: Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer
SDPM	: Syndrome de Douleur Post-Mastectomie
SOCHIMIO	: Solidarité Chimiothérapie

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE DU DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE	II
ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE	III
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	IV
ANNEXE 4 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC MADAME NANA	V
ANNEXE 5 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC MADAME LOUISE.....	IX
ANNEXE 6 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC MADAME LOUISE.....	XVI
ANNEXE 7 : ECHELLE DE WAGNILD ET YOUNG.....	XXIII
ANNEXE 8 : ECHELLE DE TRAUMATISME DE DAVIDSON.....	XXIV

RÉSUMÉ

Nous avons intitulé notre travail : « vécu traumatique de la mastectomie et résilience chez la femme suite à un cancer du sein : une étude de trois (03) cas ». En effet, en observant les femmes mastectomisées dans notre entourage et dans des institutions, nous avons constaté que certaines femmes mastectomisées présentent un ensemble de comportements et de signes tels que : le repli sur soi, la tristesse, la douleur. Suite à la mastectomie, la femme vit de nombreuses difficultés tant physiques que psychologiques. Reich (2009) considère différentes problématiques chez la femme « mutilé », il parle de la problématique du deuil, de la castration, de l'image du corps, du regard de l'autre et de l'image renvoyée à autrui et à soi-même, de l'objet à rejeter ou à réinvestir. La femme dans cette situation de mastectomie met en évidence des successions des questions qui viennent ébranler son équilibre psychologique et générer un malaise. Or, comme le stipule Cyrulnik et Duval (2006) lorsque l'individu est confronté à l'adversité ou face à un traumatisme, il mobilisera les ressources internes et externes présentes dans sa vie pour ainsi lui permettre de s'adapter à l'adversité à laquelle il est confronté et continuer à se projeter dans l'avenir. En effet, le problème que pose notre étude est celui de la résilience chez la femme mastectomisée suite à un cancer du sein. Et de ce problème, va résulter la question de recherche qui est celle de savoir : « *comment la femme mastectomisée suite à un cancer du sein parvient-elle à surmonter le traumatisme subi et à dépasser l'adversité ?* » De cette question, découle l'hypothèse suivante : « *la mise en œuvre du processus de résilience chez la femme à travers la mobilisation des ressources internes et externes permet de surmonter le traumatisme lié à la mastectomie* ». Se basant sur la méthode clinique, l'utilisation des entretiens semi-directifs, du test de traumatisme de Davidson (1997) et de l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993) ont permis de collecter les données auprès de trois femmes mastectomisées rencontrées à l'ONG SOCHIMIO de Yaoundé. L'analyse du contenu thématique ainsi que celui du test de traumatisme de Davidson (1997) et de l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993) rendent compte des résultats selon lesquels les sujets de l'étude ont subi un traumatisme. Et à l'issue de ce traumatisme, le processus de résilience s'est mis en œuvre à travers la capacité à mobiliser les ressources internes et externes pour un devenir harmonieux. Ainsi la résilience de ces participantes s'est réalisée grâce à la mobilisation de certains mécanismes de défenses (déli, clivage...), une bonne mentalisation, un étayage sur les tuteurs de résilience (famille, amis, collègues), des facteurs de protection (spiritualité, ressources financières) et des stratégies adaptatives mises sur pied.

Mots clés : vécu, traumatisme, mastectomie, résilience, cancer du sein.

ABSTRACT

We entitled our work: "traumatic experience of mastectomy and resilience in women following breast cancer: a study of three (03) cases". Indeed, by observing mastectomized women in our surroundings and in institutions, we have observed that some mastectomized women present a set of behaviors and signs such as: withdrawal, sadness, pain. Following the mastectomy, the woman experiences many difficulties, both physical and psychological. Reich (2009) considers different issues in the "mutilated" woman, he talks about the issue of mourning, castration, body image, the gaze of the other and the image sent back to others and to oneself. itself, of the object to be rejected or reinvested. The woman in this mastectomy situation highlights a succession of questions (what am I going to look like?) that shake her psychological balance and put it in harm's way. However, as Cyrulnik and Duval (2006) stipulate, when the individual is confronted with adversity or faced with a trauma, he will mobilize the internal and external resources present in his life to enable him to adapt to adversity. it is facing and continue to plan for the future. Indeed, the problem posed by our study is that of resilience in mastectomized women following breast cancer. And from this problem, will result the research question which is that of knowing: "how does the woman mastectomized following a breast cancer manage to overcome the trauma suffered and to overcome adversity? From this question, the following hypothesis arises: "the implementation of the process of resilience in women through the mobilization of internal and external resources makes it possible to overcome the trauma associated with mastectomy". In addition, the objective of the present study is to understand how the woman mastectomized following a breast cancer manages to overcome the trauma related to the mastectomy and to overcome adversity. The achievement of this objective was made possible through the clinical method, the use of semi-structured interviews and the trauma tests of Davidson (1997) and the resilience scale of Wagnild and Young (1993). collected data from three mastectomized women met at the SOCHIMIO NGO in Yaoundé. Thematic content analysis and testing report findings that study subjects experienced trauma. And at the end of this trauma, the process of resilience was implemented through the ability to mobilize internal and external resources for a harmonious future. Thus the resilience of these participants was achieved thanks to the mobilization of certain defense mechanisms (denial, splitting, etc.), good mentalization, support from the resilience tutors (family, friends, and colleagues), protective factors (spirituality, financial resources) and adaptive strategies implemented.

Keywords: Lived experience, Trauma, Mastectomy, Resilience, Breast cancer.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Médicalement, le cancer est une tumeur maligne formée par une série de mitoses anormales. Le tissu cancéreux pénètre par de multiples effractions dans les tissus voisins qu'il envahit et qui devient des métastases. La cause principale déterminante du cancer reste encore inconnue et son traitement dans le cas du cancer du sein est l'ablation chirurgicale totale ou partielle de la tumeur ou sa destruction par les rayons X. La chimiothérapie par les médicaments anticancéreux employée seule ou comme adjuvant de la chirurgie et de la radiothérapie donne des résultats intéressants, et l'immunothérapie ouvre la voie à de nouveaux moyens d'action. Donc, cette maladie est en passe de devenir bénigne avec les avancées des connaissances médicales (GLOBOCAN, 2018).

Selon l'OMS (2012), le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, 1,7 million de femmes ont un diagnostic de cancer du sein chaque année et en 2012, 6,3 millions de femmes vivaient avec un cancer du sein diagnostiqué au cours des cinq années précédentes. Depuis les dernières estimations pour 2008, l'incidence a augmenté de plus de 20%, et la mortalité de 14%. Le cancer du sein est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les femmes (522 000 décès) et le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes dans le monde pour l'année 2012 et ces chiffres pourraient s'accroître de 50% pour atteindre 15 millions pour 2020 (Centre International de Recherche sur le Cancer, 2012). Selon l'American Cancer Society (ACS, 2017), le cancer du sein représente 25% de tous les nouveaux cancers diagnostiqués chez les femmes à l'échelle mondiale.

Et le Cameroun de son côté, selon le CNLCA (2016), enregistre plus de 15 000 nouveaux cas de cancers chaque année avec une prévalence estimée à 25 000 malades en 2008 pour une mortalité de l'ordre de 10% ajustée selon l'âge à 107 nouveaux cas pour 100 000 habitants (45 homme/ 62 femmes). Le cancer du sein qui est le premier cancer en général et de la femme en particulier occupe 23,2%. Malgré les moyens actuels mis en place pour le dépistage, le diagnostic et le traitement, 80% de ces patientes arrivent à des stades avancés. Les observations faites relèvent qu'il s'agit d'un cancer négligé car la plupart décèdent dans les 12 mois qui suivent ce diagnostic tardif (Ndom, 2017).

Néanmoins, en dépit du progrès que connaît son traitement thérapeutique retrouvé dans des soins tels que la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie, ainsi que la mastectomie, cela n'empêche pas la dégradation du sein, cet organe symbolique se trouvant

mutilé suite à la mastectomie, menant ces femmes à vivre une expérience douloureuse, avec une blessure narcissique au retentissement psychique non négligeable (Taquet, 2005). En effet, la mastectomie alimente le traumatisme chez la femme et entraîne des conséquences délétères, à plusieurs niveaux et à différents moments (des premiers symptômes, examens, diagnostic, au début des traitements, leur fin, la rémission et éventuellement la récurrence), induisant des sentiments de vulnérabilité, d'incertitude, des moments de crise et de détresse émotionnelle, mais les angoisses engendrées par la mastectomie sont spécifiques (Brullmann, 2007 ; Reich, 2009).

La complexité de la mastectomie par rapport à la femme et son caractère multidimensionnel qui exige la perte d'une partie de son corps ont attisé notre curiosité et à la moitié notre choix pour cette étude. En effet, nous avons constaté également qu'un nombre important de femmes souffrant du cancer du sein subissent une mastectomie soit 3/4. Cela s'attaquant ainsi à un emblème fort de l'identité féminine (symbole de beauté, de séduction et de fertilité) avec des répercussions assez importantes sur l'image du corps, la sexualité du couple, son entourage, le vécu ainsi que les représentations plongeant la femme dans un travail psychique qu'elle tentera d'élaborer pour continuer à se projeter. Ainsi, la femme qui subit ce traumatisme, si tel est-il, doit trouver la réponse dans la nécessité de se redéfinir et à surmonter la perte. Comment donc surmonter cette perte et continuer à se projeter dans l'avenir ? C'est dans ce sens que Anaut (2009) affirme que face à des événements traumatiques ou des contextes traumatogènes, lorsqu'une personne arrive à réguler la menace de désorganisation psychique et trouve l'énergie de se construire malgré les blessures, on considère qu'il y a mise en place du processus de résilience.

Nous nous intéressons donc dans cette étude au processus de la résilience chez la femme mastectomisée ; ceci dans le but de comprendre l'ensemble des ressources qui sont mobilisées afin de surmonter la perte et de rebondir lors du vécu traumatique.

Enfin, la rédaction de notre travail s'articule autour de deux grandes parties ayant chacune trois chapitres. La première partie concerne le cadre théorique : la problématique (chapitre 1), la revue de la littérature (chapitre 2) et l'insertion théorique de l'étude (chapitre 3). La seconde partie est intitulée cadre méthodologique et opératoire. Elle comprend est aussi structurée en trois chapitres : la méthodologie (chapitre 4), la présentation et l'analyse des résultats (chapitre 5), synthèse, interprétation et discussion des résultats (chapitre 6). Nous achevons ce travail par une conclusion générale, les références bibliographiques et les annexes.

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre présente la problématique de la recherche. Nous allons y présenter les points suivants : le contexte de l'étude, la position et la formulation du problème, la question de recherche, l'hypothèse de l'étude, l'objectif, les intérêts de l'étude, la délimitation et la définition des concepts fondamentaux.

1.1. Contexte de l'étude

Le cancer est une maladie qui suscite tellement d'évocations différentes. Certains le voient comme un fléau, d'autres comme une maladie honteuse, ou encore comme une maladie menant à une mort inéluctable, effrayant et parfois encore tabou. C'est une maladie qui amène bon nombre de perturbations dans la vie d'une personne et de son entourage social et familial malgré les progrès dans la prise en charge médicale (Centre National de Lutte contre le Cancer, 2017 ; Razavi & Delvaux, 2002). D'après Gallon (2012), l'expérience du cancer peut abîmer l'individu dans tout son être, en venant ébranler ce qu'il est, ce qu'il ressent et ce qu'il vit. Pour elle, le sujet tente d'exister tout au long de la maladie notamment en créant un équilibre qui lui permette de supporter cette période, où tous ses repères s'effritent, tant le changement initié par la maladie est important.

Le cancer est un problème majeur de santé publique dans le monde faisant de nombreuses victimes. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on estimait à 14,1 millions le nombre de nouveaux cas de cancer et 8,2 millions le nombre de décès liés au cancer survenu en 2012 dans le monde. Ces chiffres sont en augmentation depuis 2008 où on ne comptait que 12,7 millions de nouveaux cas et 7,6 millions de décès. De plus, l'OMS en 2018 a enregistré près de 18,1 millions de cas et craint que d'ici 2040 ce chiffre augmente entre 29 et 37 millions. Les projections de GLOBOCAN indiquent qu'en 2025, l'incidence des cancers sera 19,3 millions pour une prévalence de 22 millions dans le monde et plus de la moitié des cas proviendront des pays en voie de développement (OMS, 2015 ; 2018).

Concernant le cancer du sein, il est le plus fréquent chez la femme, 1,7 million de femmes ont un diagnostic de cancer du sein chaque année et en 2012, 6,3 millions de femmes vivaient avec un cancer du sein diagnostiqué au cours des cinq années précédentes. Depuis les dernières estimations pour 2008, l'incidence a augmenté de plus de 20%, et la mortalité de 14%. Le cancer du sein est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les femmes (522 000 décès) et le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes dans le monde pour l'année 2012 et ces chiffres pourraient s'accroître de 50% pour atteindre 15 millions pour 2020 (Centre

International de Recherche sur le Cancer, 2012). Selon l'American Cancer Society (ACS, 2017), le cancer du sein représente 25% de tous les nouveaux cancers diagnostiqués chez les femmes à l'échelle mondiale.

En Afrique, le cancer du sein est le quatrième cancer le plus fréquent dans la population générale après les cancers du foie, de la peau et du col. En Afrique du Nord, le cancer du sein est également le premier cancer le plus courant chez la femme. Il représente 14 à 42 % de tous les cancers féminins avec une augmentation exponentielle et avec un ISA (Incidence Standardisée selon l'Age) qui varie entre 9,5 et 54 pour 105 femmes. Dans le même sillage, en Côte d'Ivoire, le cancer du sein occupe la seconde position des cancers chez la femme (Belley Priso et al, 2010 ; Globocan, 2017). Présent en Afrique de l'Ouest, l'Afrique Centrale et le Cameroun en particulier ne sont pas épargnés de cette maladie.

Selon le Comité National de Lutte contre le Cancer (CNLCA), en 2016, l'incidence annuelle était de plus de 15.000 nouveaux cas et la prévalence estimée à 25.000 malades en 2018 pour une mortalité de l'ordre de 10% ajustée selon l'âge à 107 nouveaux cas pour 100 000 habitants (45 homme/ 62 femmes) (CNLCA, 2016). Les formes les plus répandues de cancer au Cameroun de manière générale sont le cancer du sein qui est le premier cancer en général et de la femme en particulier avec 23,2%, ensuite le cancer du col de l'utérus 21,3%, les lymphomes malins 11,9%, le cancer de la prostate 7,3%, le sarcome de Kaposi 6,9%, le cancer du foie 2,9% et le cancer du colorectal 2,9% (OMS, 2020 ; Globocan, 2018). Le cancer du sein représente 28% des cancers suivis dans le service d'oncologie médicale de l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY), avec un sexe ratio de 100F/1H. De plus, 3-4 % des cancers du sein sont diagnostiqués chez l'homme. Et plus de la moitié est retrouvé chez les femmes de moins de 50 ans.

Malgré les moyens actuels mis en place pour le dépistage, le diagnostic et le traitement, 80% de ces patientes arrivent à des stades avancés. Les observations faites relèvent qu'il s'agit d'un cancer négligé car la plupart décèdent dans les 12 mois qui suivent ce diagnostic tardif (Ndom, 2017). D'où l'importance de mettre l'accent sur la sensibilisation et le dépistage pour un diagnostic précoce de ces cancers, afin d'inverser la tendance car elle plonge l'individu dans des difficultés tant économiques que sociales et psychologiques. A cet effet, le Cameroun, à travers le Ministère de la Santé (Minsanté) a élaboré un plan stratégique national s'étendant sur quatre ans entre 2020 et 2024. Ce plan élaboré avec les expertises pluridisciplinaires nationales et internationales se fonde sur une analyse du contexte socio-politique, économique et de l'état des lieux de l'organisation actuelle de la lutte contre le cancer, pour proposer des axes

d'intervention ayant pour ambition de réduire la morbidité et la mortalité lié au cancer (PSNPLCa, 2020).

Les statistiques à propos du cancer du sein nous démontrent à quel point cette maladie affecte un nombre important de femmes (OMS, 2016). Dans la plupart des cas, l'intervention chirurgicale est la seule solution, puisque pour la plupart des femmes la détection des symptômes est tardive, le cancer est diagnostiqué à un stade très avancé (tumeur palpable). A l'heure actuelle, plus de 88% des femmes qui en sont atteintes ont une espérance de vie de cinq ans au plus, ce qui classe désormais ce cancer au rang de maladies chroniques (OMS, 2017). Outre, la mastectomie tient un rôle important dans la prise en charge globale (pluridisciplinarité) du cancer du sein, car elle en est le centre (Bombah et al, 2020).

Les conséquences se rattachant à cette maladie et à ses traitements sont considérables sur la vie des femmes et de leurs proches, tant sur les plans physiques que psychologiques du fait que la mutilation corporelle apparait comme une blessure physique mais aussi narcissique. Dans cette optique, une étude qualitative cherchant à comprendre l'impact qu'à la mastectomie sur le corps et sur l'identité des femmes atteintes d'un cancer du sein, suggère que la perte du sein représente une douleur morale non négligeable. L'étude a interrogé 19 femmes ayant subi une mastectomie et 13 d'entre elles parlent de mutilation (Piot-Ziegler et al, 2010). Ainsi, c'est à travers ce mot fort qu'on peut identifier le mal-être vécu par ces femmes. Une autre étude qualitative décrivant l'expérience de se voir dans un miroir après une mastectomie, suggère que les femmes ont une conscience de leur corps et d'elles-mêmes élevée et que leur sentiment de féminité et de sexualité est perturbé, de même que leur estime de soi, elles se sentent moins féminines, moins femmes, moins belles (Avis et al 2004 ; Fortin et al, 2010 ; Deutsch et al, 2012).

1.2. Justification de l'étude

La mastectomie étant un acte chirurgicale majeure et mutilante pour la femme, elle est vécue comme une perte de son intégrité tant sur le plan physique que psychologique, perte qui vient troubler la femme dans son organisation et son équilibre psychique. En raison du fait que le sein est très chargé symboliquement chez la femme (Taquet, 2005), son ablation suite à un cancer du sein crée une certaine perturbation psychique liée au sentiment de perte, qui peut engendrer une dépression, angoisse de mort liée à l'ablation mammaire et à la maladie elle-même, aussi un trouble de l'humeur, troubles émotionnelles et adaptatifs, métamorphose de leur identité corporelle et psychologique nécessitant ainsi un travail intrapsychique (Reich, 2009). Pour Reich (2009), l'intervention chirurgicale mutilante d'un patient renvoie

symboliquement à la castration dans le réel. Elle le confronte à la maladie grave et représente une menace pour son intégrité narcissique. Elle véhicule également diverses peurs telles que la crainte de la déchéance physique avec perte d'autonomie et de la dignité, présence d'une souffrance tant physique que morale irréductible et in fine peur de l'abandon et de la mort. En effet, la déformation du corps par la perte d'un organe féminin, crée un sentiment de manque par rapport à d'autres femmes, la perte de cet organe constitue une menace directe et profonde à l'identité de la femme et peut affecter négativement l'image corporelle, le sentiment de féminité, de sexualité et l'estime de soi chez cette dernière tout en créant un impact sur son psychisme ainsi que son niveau d'adaptation (Begovic-Juhant et al, 2012 ; Kozier et al, 2012 ; Wuest et al, 2012 ; Fobair et al, 2006).

Dans le même sillage des retentissements psychologiques liés à la perte du sein, les études de Pascal (2006) ont fait également ressortir le problème de douleur psychique. La particularité de ce problème de douleur psychique montre que ce n'est pas la perte d'objet dans le monde réel qui fait souffrir, mais bien plus la perte de l'objet interne que le sujet s'est construit autour du réel de « l'amputation du moi ». À cause de l'altération de l'image de soi qu'elle constitue, le sujet, faute de ne pouvoir conserver la totalité de son corps, se sent anéanti, « *nous connaissons la crainte universellement répandue des images de castration, non seulement parce qu'elles en rappellent l'éventualité mais aussi parce que le contact - même visuel avec l'objet châtré constitue en soi une menace pour l'intégrité* » (Anzieu, 1985).

De ce fait, le trouble majeur que pose la perte du sein ne se situe visiblement pas au niveau du manque de la mamelle, car avec ce traumatisme, ce sont en effet les domaines de la personnalité (émotions, cognitions...) qui sont atteints et le sujet ne pourra s'en sortir qu'après un remaniement de son économie psychique (Reich, 2009). Il s'agit d'ailleurs d'un traumatisme complexe lié aux circonstances de la mastectomie (annonce du diagnostic), à la culture (représentation de la maladie), à la façon dont elle vit cette atteinte (vécu...).

Le traumatisme associé au cancer et à la mastectomie est davantage perceptible à travers la notion de désintégration psychique de l'image corporelle. Lorsqu'il y a désintégration de l'image corporelle, l'individu va vivre cela d'une certaine manière selon qu'il a investi son corps ou une partie de son corps (sein), qui est maintenant dégradé. Ainsi les atteintes n'auront pas le même retentissement et effets en fonction des enjeux symboliques et du degré d'investissement qui leur sont associés dans un contexte socioculturel qui contribue de manière importante à leur donner forme et sens (Bruchon-Schweitzer, 2002). Ceci dit, en fonction de

comment le sujet a surinvesti cette partie de son corps, il va donc vivre la mastectomie de manière différente selon ses représentations socioculturelles et ses perceptions.

Les rares travaux qui se sont penchés sur le sujet ont insisté soit sur le fait que la mastectomie ne lèse pas forcément la perception du corps comme intègre (Slatman, 2012), soit sur le fait qu'elle est vécue comme une mutilation (Crouche & McKenzie, 2000). La complexité de leur condition, les difficultés auxquelles les femmes mastectomisées se heurtent et comment elles font face quotidiennement à ces difficultés pour rebondir restent des questions ouvertes.

Le constat empirique relève à quel point dans notre société actuelle, le cancer du sein et ses thérapies mutilantes affecte un nombre important de femmes et constitue un fait de société. Bien qu'il soit démontré que moins de femmes meurent du cancer du sein qu'autrefois, et ce principalement en raison de la performance de techniques de dépistage (dépistage précoce) et l'amélioration de l'efficacité des traitements, les répercussions s'y rattachant sont considérables sur la vie des femmes atteintes. Ces répercussions sont visibles à plusieurs niveaux et ce, encore plus après une mastectomie notamment des sentiments de vulnérabilité, d'incertitude, d'angoisse et de perte ainsi que des symptômes anxieux et dépressifs. La femme se sent dépréciée et diminuée face à sa nouvelle apparence. A cet effet, le constat fait sur le terrain (ONG SOCHIMIO) relève que 3 sur 5 femmes mastectomisées ont de la peine à se relever après une mastectomie n'acceptant point la situation quelques temps après car l'une disait : « *depuis mon opération je ne me sens plus femme, j'aurais encore préféré que l'on me coupe une autre partie de mon corps sauf mon sein.* » Par contre d'autres semblaient accepter la situation malgré le choc que cette nouvelle situation pouvaient engendrer. L'on pouvait donc se poser la question de qu'est-ce qui s'est passé et quels sont les facteurs chez elles qui font la différence ?

Au regard de ce qui précède, l'intérêt de cette présente étude relèverait du fait qu'elle s'inscrit dans le champ de la psychologie clinique qui étudie l'humain (en souffrance) dans sa globalité, la totalité de sa situation et en évolution. Egalement, nous nous intéressons à l'un des aspects très important de la maladie cancéreuse chez la femme ; il s'agit de la mastectomie et notamment son vécu. Nous voulons comprendre dans une perspective transactionnelle, éclairée par des apports culturels, quels peuvent être les mécanismes mis en jeu par la femme afin de surmonter le vécu traumatique lié à la mastectomie. Autrement dit, nous voulons comprendre les difficultés de femmes en situation de mastectomie et les ressources mobilisées pour surmonter cette situation. D'où le titre de notre étude : « *Vécu traumatique de la mastectomie et résilience chez la femme suite à un cancer du sein : une étude de cas.* »

1.3. Formulation et position du problème

L'étude part du constat empirique selon lequel, un nombre important de femmes souffrent du cancer du sein dont 3/4 subissent une mastectomie. Les femmes mastectomisées que nous avons rencontrées dans une ONG de prise en charge des personnes atteintes de cancer et de leur proche (ONG SOCHIMIO) manifestaient des signes tels que : une profonde douleur et tristesse, le repli sur soi, rupture de tout contact avec l'extérieur. Aussi, nous avons constaté que la non préparation à l'annonce du diagnostic favorisait une humeur dépressive chez ces femmes.

En effet, la mastectomie s'attaque ainsi à un emblème fort de l'identité féminine (symbole de beauté, de séduction et de fertilité) avec des répercussions assez importantes sur l'image du corps, la sexualité du couple, son entourage, le vécu ainsi que les représentations. L'épreuve de la mastectomie est douloureuse pour la femme car susceptible de retentir sur son système personnel, voir environnemental. Suite à la mastectomie, la femme vit de nombreuses difficultés tant physiques que psychologiques. Reich (2009) identifie des problématiques multiples chez la femme « mutilé », en l'occurrence la problématique du deuil (organe retiré et parfois non remplacé), la problématique de la castration, de l'image du corps, du regard de l'autre et de l'image renvoyée à autrui et à soi-même (image spéculaire), la problématique de l'objet à rejeter (« mauvais objet responsable de tous les maux ») ou à réinvestir. Pour lui, l'intervention chirurgicale mutilante chez la femme victime d'un cancer du sein renvoie symboliquement à la castration et représente une menace pour son intégrité narcissique car la femme se sent blessée, et son image corporelle perturbée.

Selon Freud (1905), l'absence de sein est pour la femme une première blessure narcissique. Les charmes féminins, dont elle a cependant saisi l'importance, ne seront siens qu'après une longue attente, à la puberté. Ceux-ci lui permettront alors idéalement de s'identifier à sa mère ou plus largement d'étayer son identité de femme. Toutes ces choses qui révèlent la douleur narcissique ressentie par une femme qui, satisfaite ou même fière de l'aspect de ses seins, assiste impuissamment à leur dégradation suite à un cancer et encore plus après une mastectomie, ceci relève de l'ordre de l'impensable et constitue alors un choc pour elle, dans ce sens qu'elle n'avait pas prévu cette situation (Gallon, 2012).

Toutefois, les conséquences de la mastectomie sur le plan psychologique ne sont pas négligeables à savoir : les troubles anxieux et dépressifs, syndrome de stress post-traumatique, faible estime de soi, troubles d'adaptation et trouble de l'image du corps (Reich, 2009). Par ailleurs, cette perte (d'objet) chez la femme mastectomisée peut se lire à travers la douleur, la

dégradation et un sentiment d'étrangeté : la femme ne se reconnaît plus (Lehmann, 2014). Ausloos (2010) ajoute à cela différents deuils chez la femme notamment le deuil de son corps, de ses capacités, de son travail, de sa sexualité, de certaines relations, etc. Tous ces deuils sont associés à la douleur et à la tristesse.

Or, ces moments difficiles de la vie peuvent permettre aux individus de se dépasser et de se développer à chaque fois. La femme qui subit ce traumatisme doit pouvoir se redéfinir, surmonter la perte et se projeter dans un devenir. Cette capacité à dépasser l'adversité et à se développer malgré les épreuves se nomme la résilience (Hanus, 2009). Cette trajectoire de vie harmonieuse devra s'appuyer sur les ressources tant internes qu'externes mobilisées par l'individu.

En effet, plusieurs auteurs ont abordé le concept de résilience. On parle de ce processus chez des personnes confrontées à des conditions adverses ou à des événements traumatiques (De Tychey, 2001; Cyrulnik, 1999 ; Manciaux et al., 2001). C'est le cas de De Tychey (2001) qui affirme : *« On ne peut parler de résilience que s'il y a eu un traumatisme suivi de la reprise d'un type de développement, une déchirure raccommodée »*. Ionescu et Jourdan-Ionescu (2010) quant à eux conçoivent la résilience comme étant : *« Le processus qui fait que, face à l'adversité, face au traumatisme ou face au stress, des individus, des familles, des groupes d'humains s'en sortent, ne présentent pas de troubles psychiques, continuent à vivre comme avant (ou presque) et peuvent même présenter un fonctionnement psychique meilleur qu'auparavant. » (p. 401)*.

Aussi, comme le stipule Cyrulnik et Duval (2006) suivant une approche écosystémique, la résilience est un concept développemental évoluant tout au long de la vie prenant en compte les facteurs contextuels. Pour eux, c'est un processus qui nécessite l'acquisition de la capacité à utiliser les ressources internes et externes présentes dans la vie d'une personne pour ainsi lui permettre de s'adapter à l'adversité à laquelle elle est confrontée. Sachant que la femme atteinte de cancer du sein ayant subi une mastectomie a vécu un traumatisme, sachant aussi avec Cyrulnik et Duval (2006) que le sujet enclin à une situation adverse doit pouvoir surmonter le traumatisme et dépasser l'adversité avec des forces renouvelées, l'étude pose le problème de la résilience chez la femme mastectomisée suite à un cancer du sein.

1.4. Question de recherche

La présente étude s'intéresse à la nature des processus de résilience mis en place face au vécu traumatique lié à la mastectomie chez la femme victime d'un cancer du sein. Elle permettra de répondre à la question suivante : *comment la femme mastectomisée suite à un cancer du sein parvient-elle à surmonter le traumatisme subi et à dépasser l'adversité ?*

1.5. Hypothèses de recherche

En tant que réponse provisoire à une question préalablement posée, notre hypothèse générale est formulée comme suit: « *la mise en œuvre du processus de résilience chez la femme à travers la mobilisation des ressources internes et externes permet de surmonter le traumatisme lié à la mastectomie.* »

1.6. Objectif de l'étude

Dans le cadre de notre étude, nous avons pour objectif : *comprendre par le biais du discours des participantes, comment la femme mastectomisée suite à un cancer du sein parvient à surmonter le traumatisme lié à la mastectomie et à dépasser l'adversité.*

1.7. Intérêts de l'étude

Notre étude montre un triple intérêt au plan scientifique, clinique et thérapeutique :

Au plan scientifique : la particularité de cette étude est qu'elle s'intéresse à la résilience chez la femme après une mastectomie et les processus qui ont contribué à la mise en place de cette résilience, ce qui seraient d'un grand apport dans la compréhension de ces processus spécifiques chez ces cas. Eventuellement, cette recherche pourrait contribuer à l'étude psychopathologique et clinique de la fonction du vécu traumatique de la mastectomie dans l'émergence du processus de résilience des femmes victimes de cancer du sein. Elle aidera également d'apprécier la mise en place des théories explicatives de notre travail. Et toutes choses pouvant aider à une meilleure prise en charge de ces cas cliniques. En outre, dans cette étude nous voulons insister sur la nécessité de réaliser des études approfondies de sujets qui ont pu rebondir à la suite d'un traumatisme, car elles permettront de cerner et de comprendre les ressources mobilisées dans la résilience.

Au plan clinique : sur ce plan, notre travail souhaite apporter aux partenaires du système de santé, aux patientes et aux familles, les stratégies qui sont nécessaires pour l'amélioration des mécanismes devant aboutir au travail d'acceptation de l'image corporelle et d'adaptation ayant pour but de préserver au mieux l'intégrité physique et psychologique de la patiente face à son corps qui l'a « trahit » et devant la maladie. En effet, l'importance des discours sur l'adaptation du patient et de son entourage ne semble pas toujours prendre en compte les facteurs psychologiques inhérents à une bonne prise en charge. Ainsi, nous voulons montrer que les stratégies d'adaptation et la capacité à accepter son nouveau corps est assez favorable dans la diminution de la détresse psychologique.

- **Au plan thérapeutique** : la recherche montre un intérêt pour l'accompagnement et le soutien psychologique des femmes mastectomisées car la mastectomie n'est pas sans conséquences et comporte certains risques psychopathologiques. En effet, cette recherche en identifiant les ressources personnelles et celles liées à l'environnement de la femme résiliente contribuera à l'amélioration de la résilience assistée. Ceci dans la mesure où les professionnels se serviront de ces ressources déterminées pour stimuler ou alors faciliter le processus de résilience chez les femmes mastectomisées.

1.8. Délimitation de l'étude

Notre recherche nécessite d'être bien circonscrite dans une perspective clinique, avec une thématique bien précise, en lien avec les concepts de la psychologie clinique et dans un espace défini.

- **Délimitation théorique** : cette recherche fait partie des études réalisées dans le champ de la psychopathologie et clinique. Dans le cadre de cette étude, et afin de mieux expliquer notre problème, nous avons convoqué la théorie de la résilience pour cerner les ressources mobilisées par les femmes mastectomisées suite à un cancer du sein.
- **Délimitation conceptuelle** : les principaux concepts cliniques de l'étude sont : traumatisme psychique, perte-deuil, reconstruction.
- **Délimitation spatio-temporelle** : cette étude est menée à l'ONG SOCHIMIO dans la ville de Yaoundé au Cameroun auprès de quelques femmes mammectomisées suite à un cancer du sein. L'enquête s'est déroulée du 23 février au 19 mars 2022 (01 mois).

1.9. Définitions et clarifications des concepts

Sous ce titre, nous nous proposons de rendre compte des principaux concepts auxquels renvoie notre sujet de recherche.

1.9.1. Vécu

Étymologiquement, le mot " vécu" vient du mot grec "veky" qui signifie " vivre" et se définit comme étant « la manière de passer sa vie ». En tant qu'adjectif, vécu est ce qui appartient à l'expérience de la vie, c'est-à-dire le réel ; ce qui s'est passé et/ou se passe réellement. Tandis qu'en tant que nom masculin, le vécu se rapporte à l'expérience vécue, le véridique, le vrai (Larousse, 2010). Le vrai ici n'est pas obligatoirement la concordance entre ce que le sujet vit et ce qu'il ressent, car comme le souligne Merleau-Ponty (1945) « *Le vécu n'est jamais tout à fait compréhensible, ce que je comprends ne rejoint jamais exactement ma vie* » (p.35). La compréhension du vécu semble donc plus aisée en psychologie.

La notion de vécu en psychologie renvoie à l'expérience de la vie, l'expérience vécue en relation avec un phénomène. C'est l'ensemble de tous les événements qui vont meubler la vie de l'individu concerné par une étude sur un phénomène qui l'inclut (Panes, 2008). Dorin et Parot (1991) définissent le vécu comme « *l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence en tant que ceux-ci sont immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective* » (p.45). Ces événements inscrits dans le flux de l'existence désignent ce que le sujet est en train de vivre, de façon consciente, mais subjective. Le vécu étant subjectif est de fait personnel et singulier. D'autre part, le vécu renvoie à une dimension de réception et d'activité de réception. Dorin et Parot (1991) en citent plusieurs aspects : d'abord, le sujet reçoit une information intra ou extra psychique. Ensuite, il vit l'information reçue, et enfin, il filtre celle-ci à travers sa constitution particulière biologique, mais aussi psychologique qui constitue l'histoire du sujet, les structures de sa personnalité, la dimension cognitive, et les aspects psycho-sociaux. Il n'est pas seulement passif, mais également acteur des événements de sa vie ; les informations sont tirées selon l'intérêt d'ordre social, cognitif ou affectif qu'elles revêtent pour le sujet. Les cognitivistes perçoivent plus le vécu dans l'adaptation.

Fitzell et Pakemham (2010) conçoivent le vécu comme la manière dont un individu s'adapte ou non à la situation dont il fait face. C'est sa réalité, le récit de sa vie, prenant en compte la manière dont il s'adapte ou non à la situation nouvelle, qu'il la contourne, ou encore qu'il se laisse engloutir et s'y abandonne.

En psychophénoménologie, selon Pierre Vermersch (2015) est un vécu ce qui a été effectivement vécu par une personne. Pour lui, il ne préjuge pas du type de conscience qui accompagne ce vécu : il suffit juste que 1/ qu'il est appartenu effectivement à une personne, 2/ et à une seule (on peut être plusieurs à avoir vécu le même événement, mais un vécu appartient toujours à un seul sujet).3/ et se réfère à un moment singulier.

1.9.2. Mammectomie ou mastectomie

Le dictionnaire français définit la mastectomie comme une intervention chirurgicale qui consiste en l'ablation d'un ou des seins, habituellement pratiquée dans le cadre du traitement du cancer du sein.

La mammectomie "classique" correspond à l'exérèse de la totalité du sein : le mamelon et l'aréole, une quantité variable de peau et la totalité de la glande mammaire (sein). On parle dans ce cas de mastectomie totale, et cela pour des tumeurs plus volumineuses ou s'il existe plusieurs tumeurs dans le sein. Il peut aussi s'agir d'une chirurgie conservatrice, qui consiste à enlever uniquement la tumeur (tumorectomie).

Cette chirurgie peut être accompagnée d'un curage ganglionnaire : l'exérèse des ganglions du creux axillaire. La principale complication est le lymphœdème du bras du côté opéré : le « gros bras » qui est une accumulation de liquide lymphatique dans le bras, pouvant créer une perte de sensibilité irréversible et laisser des séquelles fonctionnelles. Les risques les plus précoces en post-opératoires peuvent être : une hémorragie, un hématome, une infection, des douleurs (Mallecourt, 2008).

1.9.3. Résilience

Le mot résilience d'origine latine vient du verbe *resilio* (re+salio) : le préfixe « re » indiquant un mouvement en arrière et le verbe « salire » signifiant sauter, rebondir (Manciaux, 1999). Le dictionnaire Latin-Français (2005) donne les définitions suivantes « sauter en arrière, reculer pour fuir, rebondir. » Donc étymologiquement, la résilience est la capacité de résistance impliquant de mettre fin à quelque chose.

En physique, la résilience est la capacité des matériaux à résister aux chocs ou à retrouver leur forme initiale après avoir été comprimés ou déformés (Anaut, 2003). En zoologie, la résilience est la capacité de reproduction inemployée d'une espèce animale en raison d'un environnement hostile, mais susceptible d'une brusque expansion si cet environnement devient plus favorable (Zeder, 2010).

En psychologie, la résilience est communément définie sous trois angles : comme capacité, résultat et processus. Pour certains, c'est la capacité à vivre, à réussir et à se développer positivement en dépit de l'adversité (Vanistandel, 1998). Comme résultat, c'est l'ensemble de comportements définis au préalable. Comme processus, elle est comprise dans une perspective développementale, de cycle de vie. C'est dans ce sens que Cyrulnik (1999) affirme : « La résilience, c'est la reprise d'un type de développement après un fracas [...] avec dans la mémoire, la représentation de la blessure en tant que nouvel organisateur du moi. »

Dans une perspective psychanalytique, la résilience inscrit sa construction à l'interface entre le fonctionnement intrapsychique du sujet et sa réalité environnementale, avec les espaces intersubjectifs qu'elle mobilise (De Tychev, 2001 ; Lighezzolo et De Tychev, 2004).

Bien que la résilience soit définie de nombreuses façons, la présente étude s'intéresse à la définition de la résilience comme processus dans une perspective psychanalytique et écosystémique. Par processus, nous pouvons entendre processus dynamique adaptatif non pérenne ou psychique (Anaut, 2005). De ce fait, nous retenons qu'elle est un processus

dynamique qui désigne la reprise de développement d'une personne confrontée à un traumatisme ayant nécessité dans un premier temps de résistance à ce trauma initial impliquant alors l'inexistence d'un effondrement durable et dans un deuxième temps l'inscription dans l'élaboration du trauma pour l'adaptation face au danger. En bref, dans la cadre de cette recherche, il sera question d'étudier la résilience en termes de mobilisation de ressources internes et externes pour ainsi reprendre les mots de Cyrulnik et Duval (2006).

1.9.4. Cancer

Le cancer est l'ensemble de cellules anormales qui se multiplient de façon incontrôlée. Elles finissent souvent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Le cancer est une maladie provoquée par une cellule initialement normale dont le programme se dérègle et la transforme. Elle se multiplie et produit des cellules anormales qui prolifèrent de façon anarchique et excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne, autrement dit cancéreuse.

Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et peuvent se détacher de la tumeur. Elles ont la capacité de migrer par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux qui transportent la lymphe, et de former d'autres tumeurs à distance, appelées les métastases (Rolling, 2013).

1.9.5. Sein

Partie antérieure du thorax humain, où se trouvent les mamelles.

Les seins jouent un rôle important dans la féminité et dans l'image que la femme a de son corps. Sa fonction biologique est de reproduire du lait afin de nourrir un nouveau-né, et donc dans un sens participe à donner la vie. Il est indissociable de la maternité. On associe également les seins à la sexualité, il est considéré par beaucoup de femme comme un atout de séduction, l'emblème de la féminité. C'est également une partie du corps qui se devine mais qui ne se montre pas, la vision de sein nu est encore tabou. C'est d'ailleurs encore la cause de certain dépistage tardif, par crainte de devoir montrer cette partie du corps.

En fonction des cultures, le sein est perçu différemment. Dans certains pays africains, les femmes doivent cacher toute forme de féminité sous leurs vêtements, alors que dans les pays occidentaux, la féminité est souvent associée au sein, dans les médias, les publicités, parfois montré à outrance pour faire vendre. Dans la mythologie grecque, les amazones coupaient même leur sein droit pour pouvoir mieux tirer à l'arc, il était alors considéré comme inutile et

invalidant. Quel que soit sa perception par les femmes, le sein est investi comme étant un objet d'attraction et un objet de fascination qui représente les signes de la féminité.

En bref, le sein à plusieurs représentations mais la plus essentielle est que cet organe représente un symbole maternel à l'arme de séduction massive, un symbole de féminité. Les seins sont aussi symbole de fertilité et d'allaitement et il marque la distinction entre mâle et femelle ; donc sa disparition entraîne une perturbation pour la femme (Gros, 2009).

1.9.6. Cancer du sein

C'est une maladie qui se développe à partir des cellules qui constituent la glande mammaire. Une cellule initialement normale se transforme et se multiplie de façon anarchique et excessive, pour former une masse appelée tumeur maligne (Rolling, 2013).

Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe à un niveau du sein. Il atteint des femmes à des âges différents, mais il se développe le plus souvent autour de 60 ans. Près de la moitié des cancers du sein sont diagnostiqués entre 50 et 69 ans. Ce cancer peut aussi apparaître chez l'homme, mais c'est extrêmement rare (moins de « 1 % » des cancers du sein (Luporsi & Leichtnam-Dugarin, 2007).

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans le premier chapitre appelé problématique ci-dessus présenté, notre attention a été focalisée sur un ensemble d'éléments fondamentaux qui nous permettaient de poser les bases de notre recherche. L'ensemble des arguments évoqués nous ont permis d'aboutir clairement à notre problème de recherche. Pour ce qui est du présent chapitre nous abordons la littérature relative à notre thématique. Il s'agit pour nous de relever ce qui a été fait par les différents auteurs. Dans cette perspective, nous allons présenter les différents éléments sur le cancer, la mastectomie, son vécu et des travaux sur la résilience.

2.1. Cancer du sein

Cette partie a pour objectif d'apporter les éléments médicaux nécessaires à la compréhension de notre problématique de travail, cependant nous resterons proches de notre champ disciplinaire, la psychologie clinique. De ce fait nous avons conscience que notre travail pourrait paraître, aux yeux de certains experts, lacunaire en ce qui concerne les connaissances médicales actuelles.

2.1.1. Généralités sur le cancer du sein

En référence au dictionnaire médical, le cancer du sein qui touche généralement la glande mammaire de la femme (les seins) sous forme d'un adénocarcinome (tumeur maligne) qui atteint une femme sur onze âgées de 50 à 60 ans. L'incidence augmentant avec l'âge, 75% des femmes sont atteintes après l'âge de 50 ans. La population des femmes malades entre 50 et 69 ans représente la moitié des femmes diagnostiquées chaque année. Cet élément explique, en partie, le choix de notre population d'étude (Gallon, 2012)

Se manifestant le plus souvent par une grosseur (nodule), une fossette ou une ride qui creusent la surface du sein, donnant un aspect de peau d'orange. D'autres symptômes sont aussi observés comme une déformation du mamelon qui se rétracte vers l'intérieur avec aspect eczémateux du mamelon, qui devient rouge, crouteux ou érodé avec écoulement sanglant ou noirâtre, ou rarement encore par une douleur sans présentation de signes, où il n'est alors détectable que par un examen radiologique du sein « mammographie » (Le petit Larousse de la médecine, 2010, P.882-833).

Aux risques de survenues méconnues, quelques chercheurs ont pu distinguer certains facteurs qui peuvent favoriser le développement de ce cancer comme :

- Des modifications bénignes de la glande mammaire connues par les médecins et faciles à traiter ; une simple surveillance suffit.

- La vie reproductive (règles précoces, pauci parité, absence d'allaitement maternel...); une femme sans enfants ou encore ayant eu sa première grossesse avant ses 30 ans.
- L'alimentation, l'obésité : le risque augmente selon la quantité de calories absorbées, la consommation élevée d'alcool (1litre par jour), la faible consommation de fruits et légumes.
- Traitement hormonaux prescrits à titre de contraception ou de traitement substitutif de la ménopause ; comme la prise de contraceptifs oraux pendant plus de 5 ans avant la première grossesse ,ou le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) ce produit qui fait appel seulement aux œstrogènes où un sur-risque de cancer est mis en évidence.

On note aussi des facteurs de risques non contrôlables tels que l'hérédité, où deux gènes de susceptibilité ont été identifiés (BRCH1et BRCH2). En effet, le risque est estimé à 85%, et est retrouvé chez 5% des cas diagnostiqués. Un autre risque favorisant la survenue du cancer du sein est un risque hormonal qui se caractérise par la puberté précoce (avant 10 ans) et une ménopause tardive (après 55 ans).

La surveillance des kystes chez les femmes est fortement conseiller, un dépistage précoce est préconisé soit par un examen systématique chez le gynécologue (chaque année), une mammographie à partir de 40 ans (tous les deux ans) ou même par autopalpation, ce sont les moyens par lesquels le kyste (éventuelle tumeur) est découvert. Avant que celui-ci ne soit diagnostiqué comme un cancer du sein, l'amélioration du pronostic par une mammographie, ponction (biopsie) du kyste sont nécessaires.

L'évolution de ce cancer dans le corps est d'abord locale avant qu'il ne s'attaque aux organes, ganglions lymphatiques, puis prendre ensuite la voie sanguine produisant un état métastatique lorsque celui-ci atteint la zone du cerveau et des os, ce stade apparait en général dix ans après la découverte du cancer. Eviter cet état, est le but principal des traitements prescrits qui sont aux nombre de quatre. Entrepris isolément ou en association qu'il soit une radiothérapie, chimiothérapie, ou hormonothérapie et ils viennent compléter le traitement le plus envisageable en cas de cancer du sein et qui est la chirurgie, consistant en l'ablation de la tumeur (tumorectomie), curage ganglionnaire (ablation des ganglions de l'aisselle) ou encore l'ablation du sein (mastectomie), sujet de notre mémoire.

2.1.2. Différents types de cancer

Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein. Il existe différents types de cancer du sein selon les cellules à partir desquelles ils se développent. Par « cancer du sein » on entend dans la très grande majorité des cas, le carcinome canalaire infiltrant, qui représente plus de 80% des tumeurs mammaires (Saglier, 2003, p69). Les cancers du sein les plus fréquents (95%) sont des adénocarcinomes, c'est-à-dire qui se développent à partir des cellules épithéliales de la glande mammaire. Les adénocarcinomes se développent :

- le plus souvent à partir des cellules des canaux, on parle de cancer canalaire : ce sont les plus fréquents (80% des cas) ; ils se présentent sous la forme d'une lésion stellaire.
- ou plus rarement à partir des cellules des lobules, on parle de cancer lobulaire (environ 10% des situations) : ils se définissent notamment par l'absence d'architecture glandulaire.

Par ailleurs, sont distingués les cancers in situ (lorsque les cellules cancéreuses se trouvent uniquement à l'intérieur des canaux ou des lobules), qui sont les plus fréquents, des cancers infiltrants (lorsque les cellules cancéreuses ont infiltré le tissu qui entoure les canaux et les lobules).

2.1.3. La mastectomie ou chirurgie mammaire

2.1.3.1. Historique de la mastectomie

C'est à partir du XIXe siècle que l'origine cellulaire du cancer, l'introduction de l'anesthésie générale en 1846, ainsi que les mesures antiseptiques de Lister en 1867 viennent contribuer à l'amélioration du traitement chirurgical du cancer du sein. L'évolution des connaissances médicales, biologiques et techniques ont considérablement modifié le traitement local de ce cancer.

Existant depuis l'Antiquité, cette chirurgie a toujours été la seule arme contre le cancer, ce qui prouve l'importance des effets de ce dernier en rapport à l'espérance de vie. Dès les papyrus égyptiens et leurs interventions, en passant par Hippocrate et Galien pour leur théorie hormonale jusqu'à la Renaissance, les bases scientifiques de l'anatomie, et les observations collectées ont été les moteurs de développement d'approches chirurgicales du cancer du sein.

La première révolution faite par William Halsted en 1891, ou il définit une intervention qualifiée de radicale en incluant l'exérèse du muscle grand pectoral. Ce traitement est certes mutilant mais il fait passer le taux de survie après le diagnostic à 45% à cinq ans alors qu'il était en 1880 de 20% à deux ans et à 5% à cinq ans. Après la seconde moitié du XIX siècle cette

intervention subit plusieurs modifications, quelques incisions, existions, mais aussi l'inclusion du curage des ganglions mammaires intimes sous la direction de Mario Margottini et Jérôme Urban, elle devient alors «la mastectomie radicale élargie », mais celle-ci est qualifiée d'agressive et ce n'est qu'en 1948 que Petey et Dison se basent sur les résultats de Halsted et arrivent à préserver le muscle grand pectoral et devient par-là, la mastectomie radicale modifiée.

Entre les années 1950 et 1960, des chirurgiens établissent des recherches sur des cas de petites tumeurs et prouvent, qu'une chirurgie radicale pouvait être obtenue sans mutilation et cela par association radio-chirurgicale. C'est l'apparition du traitement conservateur. Ce n'est qu'à partir des années 1970 que ce traitement, qualifié d'adjuvant, contribue à la survie des patientes face aux métastases, contrairement au traitement locorégional, Cependant et en vue des effets secondaires retrouvés chez certaines femmes face à ce nouveau traitement conservateur. Toutefois le traitement radical est toujours utilisé (Ferrandez & Serin, 2006).

2.1.3.2. Définition de la mastectomie

Le sein est l'organe du corps humain considéré comme une glande dite mammaire qui se compose de graisse en quantité plus en moins importante, attachée à la paroi thoracique. Il se positionne en avant du muscle grand pectoral et s'étend du bord inférieur de la deuxième cote jusqu'au sixième cartilage costal couronné à son sommet par une plaque areolo-mamelonnaire qui n'est d'autres que l'aréole et le mamelon quant à sa forme et son volume il reste variable d'un corps à l'autre (Fitoussi et al, 2011).

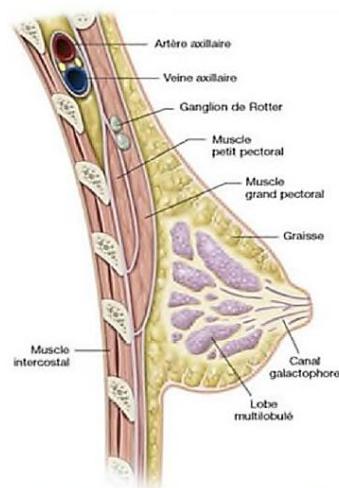


Figure 1 : Anatomie du sein

Essentiellement pratiquée dans les cas de cancer du sein, c'est l'ablation de la glande mammaire, c'est-à-dire le sein. Cette chirurgie locorégionale de la tumeur primitive et des envahissements ganglionnaires reste la méthode la plus simple et la voie de guérison la plus

sûre d'une tumeur solide, son évolution chirurgicale s'est basée essentiellement sur la tentative de réduction des quantités du tissu mammaire, qui reste variable selon la morphologie de la patiente et de la taille de la tumeur.

Cette opération chirurgicale effectuée sous anesthésie générale, se trouve intégrée dans un programme élaboré par des médecins oncologues qui participent à la prise en charge des malades en l'absence d'autres alternatives de soins. Elle nécessite donc une hospitalisation programmée la veille de l'opération où une prémédication à base de tranquillisants sera administrée ; quant au jour de la chirurgie, une douche à base d'un produit antiseptique est programmée ainsi qu'une préparation du sein et de l'aisselle à opérer sera réalisé par l'équipe soignante (Mallecourt, 2008).

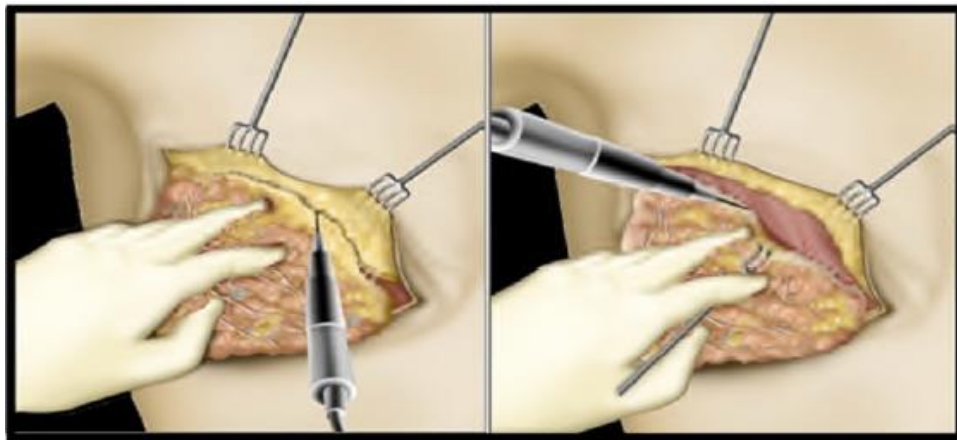


Figure 2 : Décollement de la peau, séparation de la glande et du muscle durant une mastectomie



Figure 3 : Cicatrice d'une mastectomie latérale (Zelek, 2007)

2.1.4. Les types de mastectomie

Ce traitement chirurgical, dit locorégional du cancer du sein, a connu des évaluations pratiques qui rendent compte de l'historique de ce dernier.

- *Mastectomie radicale ou opération de Halsted*

Ce type de mastectomie consiste en l'ablation du sein avec la peau, des ganglions de l'aisselle ainsi que des deux muscles pectoraux, en monobloc qui est appelé dans le jargon médical l'exérèse complète des ganglions de Rotter et un curage axillaire de l'aisselle. Elle est une ablation appliquée en monobloc à la tumeur de plus d'un centimètre et, est tout de même critiquée pour être une chirurgie mutilante, et se retrouve donc abandonnée pour d'autres chirurgies qui le sont moins.

- *Mastectomie radicale modifiée*

Ce type de mastectomie, consiste en une ablation toujours en monobloc du sein avec la peau. Elle est connue pour son respect du muscle pectoral, et elle est souvent associée au curage des ganglions de l'aisselle. Elle est alors conseillée pour le traitement des tumeurs des quadrants internes ou centraux de moins d'un centimètre. Ainsi qu'une radiothérapie complémentaire systématique, permettant la diminution des taux de rechute locale.

- *Mastectomie simple ou mastectomie totale*

Ce type de mastectomie consiste en l'ablation du sein avec sa peau ainsi qu'une amputation du fascia (enveloppe membranaire) du grand pectoral, mais sans curage auxiliaire.

- *Mastectomie Partielle*

Ce type de mastectomie est considéré comme une chirurgie conservatrice, elle est utilisée de façon standard dans le traitement des petites tumeurs, qui consiste en l'amputation d'une portion du sein avec un passage au large de la tumeur sans pour autant détruire le mamelon et l'aréole. Elle est donc idéale pour la conservation d'une quantité plus importante du sein que dans l'opération de Patey. Ce traitement conservateur est obligatoirement complété par une radiothérapie (Ferrandez et Serin, 2006).

- *Mastectomie prophylactique*

Ce type de mastectomie consiste en une pratique chirurgicale de la cancérologie qui intègre les personnes confrontés aux risques de prédisposition génétique au cancer du sein, cette prédiction est possible et autorisée par les développements des connaissances précisément, celle du déterminisme génétique. Ce type de mastectomie s'adresse ainsi aux personnes non malades (Institut de lutte contre le cancer, 2009).

2.1.5. Risques éventuels de la mastectomie

- *Les risques standards d'une intervention chirurgicale*

Au déroulement simple dans la majorité du temps, la mastectomie pourrait tout de même provoquer :

- Une douleur variable souvent modérée, qui est traitée de manière préventive adaptée aux différents cas et qui devient minime après quelques jours.
- Probable formation de lymphocèle (poche de liquide lymphatique dans la région opérée).
- Survenue probable d'hématomes et d'infection de la plaie.
- Quelques problèmes complexes de cicatrisation surtout après radiothérapie.
- Survenue de certaines complications dues aux antécédents médicamenteux pris avant l'intervention ; comme l'aspirine.

Toutes ces complications peuvent être prises en charge par l'équipe soignante de l'établissement hospitalier. Comme complications graves, il est vrai que tout acte chirurgical médical d'investigation ou d'exploration accomplie, comporte un risque de complication malgré les compétences et conditions de sécurité réglementaire. Dans le cas de la mastectomie exceptionnellement des hémorragies, peuvent menacer la vie de la patiente (Institut Curie, 2013).

- *Séquelles et Effets secondaires à la chirurgie mammaire*

Des risques de complications à effets secondaires sont retrouvés dans toute intervention chirurgicale, les plus courantes après une mastectomie sont :

- Formation d'un cordon axillaire : Cause majeure de morbidité après une telle chirurgie selon les explications de certains chercheurs, cette formation serait causée par une atteinte du système lymphatique et de la circulation veineuse, il est intéressant de savoir que l'un des facteurs de cette apparition, est une hypercoagulabilité suite au traumatisme de la chirurgie, apparaissant entre 4 et 8 semaines après la chirurgie variant selon le type de chirurgie et la corpulence du sujet.
- Adhérence cicatricielle et des tissus environnants : une fréquente complication reconnue comme étant un problème post chirurgical, est rencontrée avec les cicatrices localisées au niveau mammaire et la région axillaire (l'aisselle). Pouvant durer à long terme, elle limite la mobilité de l'épaule qui détériore les activités de la vie quotidienne ; comme le travail, les loisirs.

- Les points gâchette : ce type de chirurgie destiné à combattre le cancer du sein induit un stress sur la musculature. Un point gâchette est une masse palpable accompagnée de douleur qui atteint le niveau des muscles de l'épaule, du dos par des facteurs tel que la position de l'épaule durant la chirurgie.
- Atteinte des nerfs périphériques : Il arrive parfois durant la chirurgie que certains nerfs soient atteints ; comme c'est le cas du nerf intercostobrachial qui est responsable de la majorité des douleurs post mastectomie. D'autres blessures sont possibles comme celle du nerf pectoral, thoracique et thoracodorsal.
- Syndrome de douleur post-mastectomie (SDPM) : à ce sujet les données de la littérature évoquent que 20 à 68% des femmes en souffriraient (Restelli, 2007). Ce syndrome est fréquent et se développe suite à l'atteinte du nerf intercostobrachial lors de la chirurgie mammaire qu'elle soit reconstructrice ou radicale. Décrite comme étant typiquement neuropathique, quelques facteurs de risques lui sont associés, ils sont d'ordre sociologiques comme le faible niveau socioéducatif, de l'ordre du psychologique au moment où cette souffrance de douleur chronique ont des prévalences de troubles anxieux et dépressifs. Ensuite un risque d'ordre physique qui est l'augmentation de l'indice de masse corporelle, selon la grosseur de la tumeur, sans oublier la chimiothérapie, la radiothérapie adjuvante et le développement de lymphatiques qui favorisent la formation du syndrome douloureux post-mastectomie (Berlangieri, 2012).

Au-delà de la douleur physique que ces troubles engendrent, ils ont un impact important sur la qualité de vie de la patiente. Il a été prouvé que ces syndromes sont invalidants pour toutes les tâches de la vie quotidiennes, avec des répercussions dans la vie professionnelle et personnelle. De plus les répercussions sont majeures en termes de détresse psychologique, associant une comorbidité anxieuse et dépressive (Restelli, 2007).

- *Changement de composition corporelle* : en plus de la modification chirurgicale, les traitements adjuvants et néo-adjuvants provoquent des effets assez importants comme la perte osseuse, la diminution de masse. Dans le cas de ménopause, ces symptômes dus à l'effet la chimiothérapie peuvent provoquer une ménopause précoce.
- *Fatigue reliée au cancer* : cet effet secondaire est souvent rencontré chez les femmes atteintes du cancer du sein qui ont subi un traitement systématique (radiothérapie ou chimiothérapie) après une chirurgie mammaire .Il est un sentiment de fatigue constante qui les empêchent de fonctionner normalement.

Pour conclure cette partie, nous dirons que la mastectomie, est donc cette chirurgie radicale qui vient débarrasser les femmes de leurs cancers du sein, bouleversant toutefois leur vie par la

perte de leur sein, symbole de séduction et de maternité, celui-ci se trouvant mutilé. La femme se rend compte alors de la modification de son schéma corporel, son corps est désormais mutilé et asymétrique (Parent, 2013).

Elle provoque par-là, une vulnérabilité et des difficultés psychologiques ultérieures qui sont retenues par les professionnels, tels que le rapport des femmes avec la sexualité, la mort et la naissance qui se trouvent touchés, ou encore un changement dans le mode de vie engendré par l'anxiété persistante depuis l'annonce de la maladie, par la qualité de vie, et par le principe de bien-être change de connotation. Celui-ci est affecté par les souvenirs de proches ayant succombé à la maladie, le manque d'information et de communication dans la famille, ou avec le conjoint à propos de l'amputation et un changement dans les relations personnelles depuis l'intervention (Institut de lutte contre le cancer, 2009).

2.2. Spécificités de la localisation mammaire

De façon volontairement générale nous pouvons avancer que le cancer fait peur et renvoie à des angoisses de mort. Cependant les cancers gynécologiques, et tout particulièrement le cancer du sein, engendrent des angoisses spécifiques. Ils confrontent les patientes à l'éventualité de la perte d'une partie de leur corps, symbole de féminité et de sexualité. En conséquence la peur de perdre une partie aussi investie du corps vient donner un sens plus dramatique à la menace vitale.

2.2.1. Images symboliques des seins

Apparu au XII^{ème} siècle, le terme de sein (du latin sinus, courbure, pli) ne s'imposera que lentement dans la langue française qui lui préférera celui de « téton » ou « tétin », privilégiant par-là la fonction nourricière originelle de cet organe, tandis que celui de « sein » privilégie plutôt la forme, la courbure et sollicite sa dimension esthétique (Lanouzière, 2007).

Il est aujourd'hui possible de répertorier une multiplicité de vocables ayant désigné ces organes. Toutefois, comme l'écrit Gros (1994, p246) « *les seins ne sont ni mamelles, ni tétons, gorge ou poitrine : encore moins nibards, roberts, lolos, nichons, etc. Le sein est le sein, rien que le sein, le sein toujours recommencé, toujours le même, fondamental, primaire, maternel sans doute, alimentaire à coup sûr* ». Il semble donc que la réalité physiologique du sein ait été envahie par l'imaginaire.

En effet le sein est l'organe où le réel et l'imaginaire s'entrecroisent sans cesse (Nicolleau-Petit, 2009). Pourtant sein nourricier ou sein des jeux érotiques, sein de la mère et sein de la femme ne sauraient être assimilés. Le sein a donc de multiples facettes. Stimulant érotique, symbole de féminité et /ou maternité, il incarne à la fois tendresse et sensualité.

Quant à Freud, pourtant peu disert sur les seins féminins, il en a dessiné le nécessaire partage en écrivant que « *le sein de la femme évoque à la fois la faim et l'amour* » (Freud, 1900, p181). Le sein est un concept central de la théorie psychanalytique, notamment de Mélanie Klein qui suppose une vie psychique essentiellement fantasmatique, basée sur l'investissement de l'objet partiel représenté par le sein. Dans notre travail, du fait d'une volonté de clarté, nous faisons le choix de ne pas présenter dans sa totalité ce modèle théorique, de façon à ne pas submerger le lecteur par des apports théoriques trop conséquents.

Ainsi, comme le souligne Parat « *d'un même mouvement est dit la conjonction du besoin et du désir comme leur différence* » (Parat, 2007, p11). Pourtant, ce symbole de vie et de plaisir peut brutalement devenir porteur d'une image de mort lorsque le cancer s'y déclare... et qu'il attaque les symboles du féminin (Calevoi, 2003). Dans notre civilisation, les seins sont en permanence associés à la femme et à la féminité. Il faut comprendre par ce terme, les pratiques et les représentations liées aux constructions des identités féminines. Dans cette partie, nous allons essayer d'éclairer la relation qu'il existe entre les représentations de la femme et les seins. Nous nous demanderons en quoi cette partie du corps est représentative de certains aspects de la féminité. De manière successive, nous verrons que le sein renvoie à la femme en tant que mère, puis à son identité sexuée et enfin à sa sexualité.

2.2.1.1. La maternité

La féminité renvoie à différents types de représentations, notamment à travers des caractéristiques que l'on attribue au rôle de la mère. Ainsi nous allons nous questionner sur le lien qui existe entre le sein et la mère.

Tout d'abord, le rôle de la mère renvoie, depuis bien longtemps, au principe de fécondité (aptitude de l'être humain à se reproduire). De ce fait, les seins sont associés à la reproduction et à la fertilité de la femme dans de nombreuses cultures.

Le sein, dans notre imaginaire collectif, participe activement à construire cette représentation autour de nombreux symboles et icônes. Ainsi les anthropologues dénombrent de nombreuses statuettes, statues, et autres objets d'art symbolisant la fécondité, la fertilité ou l'abondance par la représentation de seins (Gros, 1994). Cela rappelle que la préhistoire a laissé des statuettes avec des seins énormes, révélant peut-être que l'importance de la femme à cette époque était liée à sa fécondité...

Plus qu'aucune autre, cette partie du corps féminin a été depuis les temps les plus reculés un objet universel de fascination, de vénération et d'exécration (Lanouzière, 2007). C'est pourquoi cet organe que la femme partage avec les femelles animales, exerce attirance la plus

vive et répulsion la plus totale et se trouve doté d'un imaginaire qui n'a cessé de s'enrichir au fil des millénaires.

Ainsi Lanouziere avance que « l'envie masculine des organes et fonctions féminines, le désir de s'approprier les pouvoirs fabuleux de la femme de donner la vie et de la mère de nourrir le nourrisson [...], ont été refoulés et déniés mais ont fait retour dans les mythes et légendes » (ibid.). Elle relate notamment qu'Aristote et Hippocrate croyaient à la possibilité pour certains mammifères mâles et pour les hommes d'avoir des sécrétions lactées et d'allaiter les enfants.

Dans l'Antiquité, les nombreux seins engorgés du lait divin d'Artémis d'Ephèse, déesse de la fécondité, de la fertilité et mère nourricière allaitent l'humanité toute entière. Par ailleurs, dans la mythologie grecque, les seins sont le symbole de l'immortalité. Hercule, fils de Zeus, fruit des amours illégitimes avec une mortelle, accéda à l'immortalité en tétant le lait du sein d'Héra. Toute une giclée de lait se répandit alors dans le ciel formant la Voie Lactée... Aussi le sein symbolise l'appel de la vie, il est souvent même promesse de vie. Dans un deuxième temps relevons que, dans notre société, le sein peut-être représentatif de la mère grâce à la relation qu'il instaure entre cette dernière et le nourrisson.

Le sein nourricier est le lieu d'une relation symbiotique entre la mère et l'enfant, source d'un plaisir fusionnel partagé (Baas, 2008). L'état de complétude rompu avec la césure de la naissance se revit et vient abolir le sentiment de perte et de vide ressenti par la mère (Blin, 2007). A travers l'allaitement, est donc présente l'idée que le sein favoriserait un état fusionnel entre la mère et l'enfant : Dominique Blin le rapproche même du « sentiment d'union indissoluble » décrit par Freud dans *Malaise dans la civilisation*.

Nous n'évoquons que succinctement les théories psychanalytiques qui présentent que l'enfant s'identifierait aux seins dans les premiers moments de sa vie (notamment dans les travaux de Mélanie Klein). Celui-ci penserait donc être la continuité du sein rencontré et se confondrait donc dans lui. C'est en prenant peu à peu conscience qu'il n'est pas le sein, lors d'expériences de frustration, que l'enfant s'en distinguera. Nous comprenons aisément à quel point l'expérience avec le sein de la mère est importante dans les premiers stades du développement de l'enfant. Alors que l'enfant désire ce sein maternel, nous devons percevoir que ce désir n'est toutefois pas de l'ordre de l'érotique. En effet plusieurs dimensions symboliques sont attribuées au sein et, dans la relation avec l'enfant, celui-ci se doit de rester maternel et ne pas glisser dans une symbolique érotique.

Ainsi Bruillon (1996) rajoute qu'aujourd'hui « le sein, outre sa dimension symbolique de maternité, est un des attributs de la féminité et de la séduction. Toutefois, le sein de l'allaitement, qui confronte à une situation œdipienne archaïque, est très différemment investi,

presque clivé de celui des seins érotisés de la sexualité. Il s'agit sans doute de maintenir à distance ce qui concernerait une réalisation fantasmatique incestueuse... ». Il illustre son propos par l'apport que nous font les idéogrammes chinois, qui distinguent la femme mère de la partenaire sexuelle. Ainsi l'idéogramme désignant la femme est une courbe représentant les seins tandis que celui qui désigne la mère est le même avec, en plus, la figuration des mamelons. Ces attributs symbolisent, dans cette culture, la différence femme/mère tandis que dans des cultures occidentales et autres, une dimension érotique est rattachée aux mamelons.

Enfin le sein est lié au lait, qui est la première nourriture du nouveau-né. Ainsi il ouvre en premier à l'enfant comme source de vie et de chaleur (Baize, 2008). Il peut donc être caractéristique du rôle de la mère au travers de l'allaitement. D'abord il est possible de penser qu'il symbolise cette pratique sociale car il la permet biologiquement. Toutefois, il faut signaler que, même si les seins permettent d'allaiter, cette pratique n'en reste pas moins culturelle et sociale : cette dernière évolue en fonction des époques, des classes sociales et des civilisations.

Dans notre société, cet organe renvoie à la mère nourricière comme phénomène naturel. Il s'avère donc que la fonction biologique est naturalisée par les individus. Toutefois la réalité pragmatique est autre de nos jours, et nous permet de voir que différents éléments – notamment plus individuels - entrent en jeu. Ainsi nous constatons une généralisation de l'allaitement artificiel, notamment dans les sociétés dites en voie de développement. Gros (1987) rappelle que « l'insuffisante quantité ou mauvaise qualité de lait, fatigue pour la mère, refus du mari, restriction de liberté sexuelle, insuffisance d'information, contraintes professionnelles, craintes d'abîmer les seins [...] refus de « l'animalité » liée à l'allaitement » sont souvent explicités comme raisons et prétextes de ce non-désir d'allaitement. Qu'en est-il alors de la symbolique des seins ? L'utilisation massive de l'allaitement artificiel est-elle en mesure d'en entraîner une modification ? Peut-être pouvons-nous y voir une façon de favoriser l'image érotique du sein à celle de la maternité...

2.2.1.2. Le sein comme support de l'identité féminine

Le sein signe de sa marque le corps féminin, puisqu'il va principalement renvoyer au sein de la femme (Bruillon, 1996). Ainsi il est possible de penser que les seins soient des représentants de la féminité car ils font symboliquement référence à l'identité sexuée de la femme. Cette dernière doit être considérée comme l'identité fondée sur la différence des sexes, qui inclut qu'il existe un féminin et un masculin. L'identité sexuée se construit autour de référents physiques et comportementaux qui peuvent être naturalisés par les individus. Ainsi

les seins sont symboliquement associés à la femme et renvoient à son identité sexuée socialement déterminée.

A ce propos, nous constatons que chez les transsexuels, dans la transition de femme à homme, l'ablation des seins est symboliquement plus importante que celle du vagin (Herault, 2004). La transformation corporelle des hommes vers les femmes commence quant à elle par la prise d'anti androgènes puis d'œstrogènes afin d'induire des transformations corporelles irréversibles, ou partiellement réversibles, dont le développement des seins. Lorsque cette prise d'hormones provoque une augmentation insuffisante des glandes mammaires, bon nombre de patiente auront recours à une plastie mammaire, jugée indispensable dans leur transformation. En somme, il s'avère que les seins, plus que n'importe quelle autre partie du corps, sont des représentants de l'identité sexuée de la femme, profondément ancrés en la croyance d'une réalité physique.

Nous pouvons penser que l'identité sexuée au travers des seins, s'inscrit dans la distinction réalisée entre les hommes et les femmes. Il apparaît donc que ce qui permettrait, en partie, de différencier les femmes des hommes serait la présence de seins chez ces dernières et leur absence chez eux (l'organe de référence chez l'homme est le pénis et le rapport au phallus qu'en fait la psychanalyse). D'ailleurs il semblerait que la légende grecque des Amazones mette en scène cette réalité. Il est raconté que ce peuple de femmes guerrières, résidant sur les rives de la mer Noire, empêchait la croissance du sein droit en mutilant les jeunes filles au fer rouge. Cet acte était réalisé dans le but de se masculiniser et de favoriser l'utilisation de l'arc. Il est donc possible d'interpréter cet acte comme la preuve que, dans certaines cultures, l'absence de sein renvoie à la masculinité, et sa présence à l'identité du sexe féminin.

Dominique Gros énonce que le sein est un « *marqueur d'identité* » (2009, p. 20) en justifiant son propos par le fait que « placées côte à côte, deux formes rondes suffisent pour féminiser un objet » et énonce que « cette fonction identitaire n'est pas une construction sociale ou culturelle mais lui vient de la nature ». Ici il met en avant une particularité du sein, celle d'être double. Le sein se doit d'être pair et symétrique, nous savons d'ailleurs à quel point l'asymétrie – même naturelle, à l'adolescence par exemple – peut perturber. Dès lors « *être femme, c'est avoir deux seins. En perdre un, c'est risquer de ne plus être reconnue comme femme* » (ibid.). Ici s'entrevoit toute la problématique liée à la mastectomie, que nous aborderons de façon plus approfondie puisque concernant directement notre sujet de recherche.

Par ailleurs, on considère le sein comme un support identitaire, notamment parce que c'est « une partie de soi à la charnière du visible et de l'intime ». Si les seins sont constitutifs de l'identité sexuée c'est aussi parce leur apparition propulse l'adolescente dans l'univers de

la séduction et l'inscrit dans la lignée des femmes par un processus d'identification. Peu à peu, la fille devient femme. Ainsi, concernant la féminité, le sein est perçu comme un objet de séduction et de coquetterie (Baas, 2008). Il modèle notamment l'image de la silhouette féminine, lui donnant une identité sexuelle gratifiante.

2.2.1.3. La sexualité

Nous avons évoqué que le sein est notamment symbole de fécondité, d'allaitement, image du réconfort maternel. Cependant, dans nos sociétés contemporaines, l'image de la mère semble parfois s'effacer au profit de celle de la femme et le sein reflète des préoccupations plus narcissiques. Le sein revêt plusieurs facettes : objet de convoitise et de désir d'identification pour la femme qui tend à se rapprocher de la perfection du modèle, objet de désir et de fantasme sexuel pour l'homme.

Tout d'abord les seins font partie des représentations et des pratiques sexuelles au travers de leur esthétisme ; en conséquence ils occupent une place importante dans la sexualité au travers d'un esthétisme socialement attribué. Finalement, les seins sexuellement attirants et donc désirés par les hommes et les femmes doivent correspondre à des critères de beauté socialement définis. Cependant nous savons que ces critères de beauté varient en fonction des civilisations et des époques, tout comme les modèles corporels. Ainsi les poitrines plates et musclées étaient l'idéal masculin de la Grèce antique, les seins fermes et menus ceux du Moyen-âge européen, les seins lourds et exubérants primaient en Inde à la même époque alors que la chair généreuse et les seins opulents avaient la faveur à la Renaissance.

D'autre part, la poitrine (à entendre comme « les seins ») intervient fortement, pour beaucoup de femmes, dans l'élaboration de la vie relationnelle. Cette partie du corps féminin suscite de nombreux fantasmes dans notre société et son rôle dans la sexualité lui confère une importance supplémentaire puisque c'est un objet érotique pour tous ceux qui désirent le corps humain. Cependant le sein érotique d'hier n'est pas nécessairement celui d'aujourd'hui. De la même façon l'attribut érotique n'est pas considéré de la même façon dans toutes les civilisations. Ainsi les geishas, considérées jusque dans les années 1950 comme des références au modèle féminin, bandaient leurs seins sous leurs kimonos tout en valorisant leur nuque et leur gorge, signes de l'érotisme japonais.

Enfin, au-delà de leur aspect symbolique, les seins sont aussi porteurs d'une fonction érotique du point de vue physiologique, car en tant que zone érogène primaire, ils sont l'un des moteurs de la libido (Baize, 2008). Tout en étant l'objet de désir érotique, les seins sont une zone érogène extrêmement sensitive, pour la femme comme pour son partenaire sexuel (Baas,

2008). Toutefois il nous semble que, malgré l'importance de ces organes dans l'activité sexuelle de notre société, ceux-ci sont passés sous silence. B. Barreau raconte que dans son travail sur les représentations profanes dans le dépistage du cancer du sein, « peu de femmes ont parlé spontanément du rôle érogène des seins [...] les femmes parlent avec un certain euphémisme et s'autocensurent de peur que leurs propos ne soient mal interprétés par la morale d'une idéologie manichéenne ». De la même façon il nous semble que peu de médecins vont, lors de consultation médicale, évoquer avec une patiente cet aspect érogène de la zone mammaire.

2.3. La mastectomie et ses répercussions

- *Répercussions physiques et psychologiques*
- *Modification corporelle*

La mastectomie, par l'ablation d'un organe externe bouleverse le schéma corporel. Ce sein manquant rappelle sans cesse l'emplacement de la maladie, la mutilation. Le regard extérieur se porte alors directement sur cette asymétrie et influence forcément le regard de l'autre. Le propre regard de la femme sur son corps est une épreuve, elle se découvre autrement, elle va devoir faire un travail de deuil consécutif à la modification de son image corporelle, afin d'accepter son corps, guérir le corps comme l'esprit (Fitoussi, 2007).

- *Modification des habitudes de vie*

Cette mutilation va entraîner bon nombre de dommages sur la vie quotidienne. Il peut subsister des douleurs et des séquelles fonctionnelles dues au curage axillaire qui peuvent restreindre les activités physiques, loisirs ou tâches ménagères. Également certaines activités comme la natation, ou d'autres sports vont s'avérer très difficiles vis à vis de l'image corporelle. De plus, la fatigue due aux traitements peut être une difficulté de plus.

Il y aura des changements également sur les habitudes vestimentaires, certaines femmes doivent changer leur garde-robe car elles ne se sentent plus à l'aise dans leurs propres vêtements (Fitoussi, 2007).

- *Répercussions psychologiques*

Les répercussions psychologiques sont de plusieurs types, celles liées au cancer avec tout ce que peut engendrer une maladie grave : l'angoisse de la mort, la peur, l'inquiétude, les remises en question, les mécanismes de défense, l'isolement social... et celles liées à la mammectomie qui vont nécessiter un travail de deuil consécutif à la modification de l'image corporelle, et la défiguration du féminin. Ce travail peut être plus ou moins long et passera par plusieurs étapes : la dévalorisation avec la perte de la féminité, de la maternité, le dégoût de soi-même, l'agressivité : colère ou refus de communiquer, la culpabilité (délais tardifs de découverte, consultation tardive), l'angoisse face au futur (la peur d'être abandonnée, des récurrences, des traitements, de la mort).

Autant de perturbations psychologiques qui nécessitent souvent une approche par un professionnel spécialisé (Fitoussi, 2007). Le fait d'affronter de tels changements physique entraînent, tôt ou tard des remaniements psychiques importants qu'il importe de prendre en considération dans l'optique d'améliorer l'image des femmes concernées et, de ce fait, leur satisfaction.

L'amputation se définit comme une « opération qui consiste dans l'ablation d'un membre, d'un segment de membre ou d'une partie saillante (langue, sein, verge) et plus généralement d'une partie du corps. Voir ablation, excision, exérèse et résection. Erlich (2000) remarque que les conséquences psychologiques de la mastectomie portent principalement sur deux facteurs : les effets anxigènes de la maladie cancéreuse et la mutilation résultante de la chirurgie, ce qui est normalement vécu par la patiente comme une grave atteinte à son intégrité corporelle ; et aussi la mutilation remet en question le rapport de la patiente à son schéma corporel, particulièrement avec l'image qu'elle a de son corps.

À partir de son expérience clinique avec des femmes porteuses d'un cancer du sein, Mc Dougall (1998) constate aussi l'évidence d'une détresse importante, issue d'un traitement médical traumatisant. Ce que nous pouvons aussi remarquer chez nos participantes. Des sentiments de menace de mort, des sentiments de confusion dans la relation avec l'autre, l'angoisse face à des relations amoureuses et sexuelles, autant que la mise en échec de l'identité féminine, représentent quelques éléments qui confirment que la perte du sein a des répercussions inévitables dans plusieurs domaines de la vie de la femme. Il est certain qu'un cancer du sein provoque chez la femme une angoisse qui attaque son sentiment d'intégrité corporelle ainsi que l'image qu'elle a d'elle-même.

- *Répercussions familiales et sociales*

Peu importe l'âge auquel survient la maladie, les répercussions sur la vie familiale, affective, sociale, sont toujours présentes. Nos relations, nos rencontres et notre manière d'être au monde s'appuient énormément sur l'image du corps. La crainte du regard des proches, la peur du rejet, sont des sentiments souvent retrouvés dans de telles situations. Dans un couple, sur le plan affectif, sexuel, relationnel, toutes les modifications physiques et psychiques que la femme subit peuvent être une épreuve à surmonter. De plus, les femmes ne peuvent plus être mères durant cette période, même l'allaitement est difficile voire impossible. Dans le cas où la femme est mère, elle ne peut que difficilement s'occuper de ses enfants, le rôle de la mère va être alors bouleversé.

Pendant la durée du traitement, la patiente se voit obligée dans la majorité des cas d'interrompre son activité professionnelle, les liens sociaux sont souvent rompus, ou fragilisés. La patiente atteinte de cancer peut difficilement faire des projets et se projeter dans l'avenir, non seulement par des préoccupations telles que la lutte contre la maladie mais aussi par des contraintes sociétales (Fitoussi, 2007).

À la suite des traitements, les femmes souhaitent reprendre leur routine, que ce soit au travail, à la maison ou à l'extérieur de leur domicile (Coyne et Borbasi, 2007; Knobf, 2007). Toutefois, celles-ci peuvent éprouver de la difficulté à le faire, surtout lorsqu'elles ne bénéficient pas du soutien nécessaire pour y parvenir (Coyne et Borbasi, 2007). Elles ont alors le sentiment qu'elles doivent être fortes pour les autres membres de leur famille, et ce, même si elles font face à des problèmes physiques et émotionnels importants (Allen, Savadatti et Gurmankin Levy, 2009). À mesure qu'elles retrouvent leurs capacités physiques, elles reprennent leurs activités quotidiennes et le contrôle de leur existence (Coyne et Borbasi, 2007). Ce processus peut s'étendre sur plusieurs mois et tous les membres de la famille doivent faire preuve de patience, tout en s'ajustant graduellement (Coyne et Borbasi, 2007; Knobf, 2007). Il est à noter que la communication entre les membres de la famille est essentielle pour soutenir les femmes dans leur cheminement vers la guérison (Mallinger et al., 2006).

Plusieurs études démontrent d'ailleurs que plus les femmes bénéficient d'un soutien émotionnel et d'une communication ouverte avec les membres de leur famille immédiate et élargie à propos du cancer et des répercussions de celui-ci, plus leur état de santé mentale et leur ajustement à leur nouvelle réalité sont positifs (Coyne et Borbasi, 2007; Knobf, 2007; Mallinger et al., 2006). Par ailleurs, il semble qu'une communication ouverte fonctionne mieux

dans un contexte où il y a déjà une communication positive et où les membres de la famille possèdent des habiletés relationnelles, telles que l'empathie, l'écoute et la validation (Mallinger et al., 2006).

- *Répercussions sexuelles*

Un nombre considérable d'étude et de publications documentent sur l'impact du cancer du sein sur le fonctionnement sexuel de la femme (Haris, Good et Pollack, 1982) rapportent que plus de 50% de cas récents de cancer, les femmes observent un certain nombre de symptômes qui inclue la douleur par exemple. Après les traitements, plusieurs femmes arrêtent les relations coïtales à cause de certains saignements, de la peur de soigner, de la douleur et de l'anxiété. De plus, la plupart des patientes notent une diminution dans le cunnilingus au cours des activités sexuelles. La douleur est aussi un important problème dont souffrent la plupart des femmes atteintes du cancer.

La fatigue et l'anxiété peuvent aussi influencer l'expression sexuelle (Anderson, 1986), la fatigue peut s'attaquer directement au fonctionnement sexuel, la fréquence des activités sexuelles baissent de même que le niveau d'excitation sexuelle, une diminution dans la perception des indices de l'excitation sexuelle et la douleur durant les activités sexuelles. Les femmes atteintes du cancer du sein présentent une diminution de la libido et après l'annonce de diagnostic, il est tout à fait compréhensible de ne plus être intéressées par la sexualité pendant un certain temps, alors qu'elles se sentent menacées dans leur vie. Cependant la disparition du désir s'accompagne de peurs incontrôlables, d'une grande tristesse, du trouble de sommeil, de perte d'appétit ou de la sensation de ne plus servir à rien. Dans ce cas, il vaut mieux s'appuyer sur un soutien psychologique pour ne pas arriver à une situation plus grave (Trupel, 2005).

2.4. Le cancer du sein et ses représentations psychologiques

Autant la représentation que la femme a de son sein est spécifique à chacune, autant l'ablation de ce sein met à mal le sentiment d'unité corporelle, et amène obligatoirement à un sentiment de défiguration du féminin.

« *Le sein et le cancer sont antinomiques dans leur sens premier. L'un peut donner la vie, l'autre peut donner la mort ou tout du moins ses corollaires, la maladie, la peur, la souffrance* ». Cette citation de Honoré (2005), reflète bien la représentation que le sein et le cancer peuvent susciter, on comprend mieux toute l'importance et l'enjeu de la maladie. A travers les âges, on peut remarquer que l'origine du cancer du sein a été associée à pas mal d'idées reçues dont voici quelques exemples:

- La femme a allaité et son lait a pourri.
- La femme s'est cognée ou elle a reçu un coup au sein.
- La femme a trop longtemps porté de soutien-gorge ou des corsets.
- La femme a commis l'adultère, ou a été de mauvaise vie.
- La femme a mangé trop de viande rouge.
- La femme est triste, déprimée.

Des idées qui aujourd'hui encore peuvent subsister, et même si la maladie est de plus en plus connue, certain la considère comme une maladie honteuse, ou même contagieuse. Tous ces éléments nous font réaliser que le sein est un organe certes, mais qu'il n'y a pas la même symbolique autour qu'il pourrait y avoir avec d'autres organes. Parce que c'est un organe extériorisé d'abord et donc visible, et parce que dans l'esprit collectif, il a une symbolique très ancrée. Le sein dispose de nombreuses particularités qui font que son appropriation se distingue de celle d'autres organes. D'après Goffette (2009) les principales caractéristiques du sein sont les suivantes :

- Les seins se développent tard par rapport à la plupart des parties du corps (lors de la puberté) : ainsi leur appropriation se fait par un psychisme mature.
- Le sein n'a pas de capacité motrice (contrairement à la main ou à la jambe).
- Les seins ne se développent que chez les filles, d'où un apprentissage et une expérience genrés.
- Le sein est directement lié à la fonction reproductrice.
- Le sein a une inscription sociale et culturelle marquée.

2.5. Quelques études empiriques sur la résilience au Cameroun

Plusieurs mémoires et thèses portant sur la thématique de la résilience ont déjà été soutenues dans les universités camerounaises. Toutefois, une consultation des bases de données PsycInfo et Scopus en janvier 2021 montre seulement cinq études ayant porté spécifiquement sur le phénomène de résilience au Cameroun.

Kiani (2009) a mené une étude qualitative exploratoire sur l'expérience de résilience des femmes ayant un handicap dans la région anglophone du Nord-ouest du Cameroun. Les résultats montrent que ces femmes sont confrontées : aux barrières de l'environnement physiques qui limitent leur accès à l'éducation et aux activités de la vie quotidienne ; à une double marginalisation familiale et sociale du fait du genre et du sexe ; à l'accès problématique à la maternité (dans certains cas à la suite d'abus sexuel) ou à l'accouchement nécessitant la

césarienne, ainsi qu'à la difficulté de satisfaire le besoin de fonder une famille ; aux difficultés à nouer et maintenir des relations ; aux difficultés d'accès à l'éducation et l'emploi ; à l'impuissance acquise. Pour ce chercheur, le processus de résilience de ces femmes est marqué par leurs qualités individuelles (persévérance, combativité, participation sociale, créativité), le soutien et la mutualisation des efforts dans les associations à travers des initiatives communes et la solidarité. Il conclue que pour soutenir et renforcer leur résilience, ces participantes sollicitent plus d'empowerment et un changement des attitudes sexistes.

Tchombe et al. (2012) ont conduit une étude qualitative exploratoire sur la résilience des familles confrontées à la pauvreté chez les Bakweri des villages du groupement Bonavada dans la région anglophone du Sud-Ouest du Cameroun. Leurs résultats montrent que la pauvreté est responsable d'un certain nombre de facteurs de risque auxquels ils sont confrontés : l'insécurité liée à l'habitation précaire, la promiscuité dans les quartiers d'habitation, l'impraticabilité des transports pendant les saisons pluvieuses du fait de la dégradation des routes ; l'insatisfaction des besoins fondamentaux de base (éducation, alimentation) ; l'inaccessibilité aux soins de santé du fait d'un déficit de l'offre de services de santé et des ressources financières pour payer les actes médicaux.

Kimessoukié Omolomo (2016) a réalisé une étude mixte (quantitative et qualitative) à visée explicative dans les régions francophones du Cameroun. L'objectif général était de comprendre l'expérience de résilience chez les femmes âgées de 20 à 55 ans vivant de l'adversité. Les résultats quantitatifs, en plus de mentionner 1005 participantes, mettent en évidence trois principaux profils de résilience (faible, modérée et élevée) et montrent que la vie associative, la scolarisation et l'accès à l'emploi soutiennent la résilience des femmes camerounaises. Les résultats qualitatifs basés sur les études de cas multiples mettent en évidence cinq principales phases dans le processus de résilience : perturbation, adaptation, rétroaction, réorganisation et transformation de soi.

Tchokoté et al. (2020) ont réalisé une étude qualitative (étude de cas) au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul-Émile Léger (CNRPH) situé à Etoug-Ebe dans la ville de Yaoundé au Cameroun. L'objectif était de saisir les enjeux des représentations culturelles sur le devenir des sujets en situation de handicap moteur acquis à l'âge adulte notamment sur leur capacité de résilience. Trois sujets (des hommes en situation de handicap moteur acquis à l'âge adulte) ont participé à l'étude. Les résultats révèlent que les sujets ont fait preuve de compétences personnelles et environnementales pour vaincre

l'adversité. Cependant l'auteure affirme que les ressources environnementales à travers l'apport de la communauté culturelle des participants ne permettaient pas aisément l'atteinte d'une restructuration psychique censée faciliter le travail de mentalisation du traumatisme induit par la nouvelle situation.

Nguimfack et Ovambe Mbarga (2020) ont publié une étude qualitative (méthode clinique) portant sur la résilience basée sur les signifiants culturels chez les soldats psycho-traumatisés de guerre en Afrique. La recherche s'est déroulée à l'Unité de Psychologie de l'Hôpital Militaire de Région N°1 de Yaoundé. L'objectif ici est de comprendre le rôle joué par la culture à travers l'action des signifiants culturels dans le travail de résilience chez les militaires camerounais psycho-traumatisés de guerre. Les résultats font état de ce que chez ces soldats, le travail de résilience est structuré autour du resserrement du lien entre le soldat et la famille bio lignagère, de l'affermissement du lien entre le soldat et l'ancêtre, de la consolidation du lien entre la famille bio-lignagère et l'ancêtre et de l'émergence du lien de maîtrise du soldat sur l'ennemi.

Toutes les études qui précèdent ont certes rendu compte de la résilience individuelle ou celle des groupes de personnes, mais elles n'ont pas abordé la capacité de rebondir des femmes ayant subis une mastectomie suite à un cancer du sein.

Après cette revue de la littérature à propos de nos concepts clés, nous allons poursuivre nos travaux avec l'encrage théorique de notre étude (Chapitre 3).

CHAPITRE III : INSERTION THEORIQUE

Ce chapitre de notre étude est essentiellement réservé au développement théorique faisant référence au phénomène que nous voulons étudier qui est celui de la résilience face à un état traumatique. Pour mieux appréhender ce phénomène nous nous référons à la théorie psychodynamique et au modèle écologique et transactionnelle de la résilience et à la théorie de l'image du corps afin de relever la relation entre le traumatisme et la mastectomie. Puisqu'il ne peut avoir de résilience que s'il y a eu traumatisme au préalable nous débuterons ce troisième chapitre par l'éclaircissement de la notion de traumatisme, pour ensuite chuter à la résilience. En somme, le présent chapitre s'intéresse aux théories auxquelles nous nous référons dans notre étude.

3.1. Les approches psychanalytiques du traumatisme

Ici nous montrerons comment de manière psychologique la question du traumatisme est élaborée.

3.1.1. Le traumatisme comme effraction du pare-excitation

Tandis que Freud découvre les étapes de la sexualité infantile, il se désintéresse de la question du traumatisme. Après 1914, la théorie du traumatisme se réduit aux névroses de guerre, ce qui amène Freud en 1920 dans *Au-delà du principe de plaisir* à élaborer sa nouvelle conception du traumatisme. C'est dans le cadre de la deuxième topique qu'il représente le traumatisme comme un phénomène énergétique venant effriter le pare-excitation. Dans cette nouvelle topique, le moi est une instance psychique à l'interface du ça, du surmoi et de la réalité. Il joue un rôle protecteur de la personnalité par la mise en place des mécanismes de défense. D'autre part, il opère comme un facteur de liaison psychique. Le moi permet au sujet de maintenir son adaptation à la réalité et sa cohérence interne.

Pour expliquer le pare-excitation, Freud le compare à une couche externe venant protéger l'organisme de l'afflux des excitations externes. Le pare-excitation « fonctionne comme une enveloppe ou membrane spéciale qui tient l'excitation à l'écart : les énergies du monde extérieur ne peuvent ainsi transmettre qu'un fragment de leur intensité aux couches voisines » (Freud, 1920). Pour lui, il y a un traumatisme lorsque l'afflux d'excitations externes est trop intense et qu'il vient submerger l'organisme, rompre la barrière protectrice : « nous appelons traumatiques, les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitation » (Freud, 1920, p.69). Ce pare-excitation est en fait la barrière protectrice du moi du sujet, ainsi, quand il y a effraction, le moi se trouve débordé, ses défenses sont inopérantes,

il n'est plus capable de faire son travail de liaison. L'auteur précise qu'il y a un effet traumatique lorsque cette effraction est inattendue, ce qui empêche un contre investissement opérant. D'autre part, le Moi n'est pas préparé par l'angoisse (notion d'effroi) entravant la mobilisation des énergies nécessaires pour créer une défense fonctionnelle. Ainsi, Freud (1920, p.72) précise que lorsqu'il y a traumatisme, « *le principe de plaisir est d'abord mis hors d'action. Il n'est plus question d'empêcher l'appareil psychique d'être submergé par de grandes sommes d'excitations, c'est bien plutôt une autre tâche qui apparaît : maîtriser l'excitation, lier psychiquement les sommes d'excitations qui ont pénétré par l'effraction pour les amener ensuite à la liquidation* ». En ce qui concerne la provenance de l'attaque traumatique nous constatons que Freud évoque à de nombreuses reprises les excitations externes comme étant à la source de l'effraction du pare-excitation. Laplanche (1998, p.243) de reprendre que le terme d'externe « *suggère que tout traumatisme est d'origine externe même le traumatisme psychique. Ce par rapport à quoi il y a extériorité c'est le moi, si bien que la perturbation que Freud nous décrit [...] semble être en premier lieu attribuée au traumatisme physique mais est en fait valable pour tout traumatisme.* »

3.1.2. Période des dernières avancées du traumatisme

La dernière théorisation de Freud au sujet du traumatisme apparaît dans *L'Homme Moïse* (1939). Selon Bokanowski (1999) « ces avancées sont en grandes parties redevables à celle proposées par Ferenczi lors de la dernière partie de son œuvre entre 1928/1933. » En effet, Freud(1939) met en lumière les expériences traumatiques survenant dans la petite enfance, entraînant une atteinte précoce du moi et endommageant le narcissisme. Ce qui va lui permettre de développer le concept de narcissisme traumatique. D'autre part il attribue au traumatisme une dualité de conséquences : il peut avoir des effets positifs qui « *sont des efforts pour remettre en œuvre le traumatisme, donc pour remémorer l'expérience oubliée ou, mieux encore, pour la rendre réelle, pour en vivre à nouveau une répétition [...]* » (Freud, 1939, p.163) et ainsi donc tenter de lier les représentations, conduisant à une élaboration du traumatisme ; il peut également générer des effets négatifs qui « *tendent au but opposé : à ce qu'aucun élément des traumatismes oubliés ne puisse être remémoré ni répété. Nous pouvons les réunir sous le nom de réaction de défense. Leur expression principale est ce qu'on nomme les évitements, qui peuvent s'aggraver en devenant des inhibitions ou des phobies* » (p.163). Le traumatisme ne peut plus alors être élaboré psychiquement.

3.1.3. Conception psychanalytique du traumatisme selon les auteurs

Dans cette partie, nous allons présenter la conception psychanalytique du traumatisme des auteurs suivants : Ferenczi (1934), Anna Freud (1971) et Cramer (1999).

3.1.3.1. Conception Ferenczienne du traumatisme

La théorie de Ferenczi (1934) apporte un élément supplémentaire en nous suggérant qu'il faut privilégier les conséquences du traumatisme, en l'occurrence les affects de déplaisir qu'il suscite, principalement des affects d'angoisse, dépressifs et agressifs tels que la colère et la rage, dont l'élaboration n'est plus possible. À partir de ce propos, on peut conjecturer que l'individu résilient sera celui qui parviendra à réguler les affects négatifs déclenchés par les événements défavorables sans être débordé. Dans ses derniers écrits, Ferenczi (1934, p.141) donne la définition suivante du traumatisme : « *la commotion psychique survient toujours sans préparation. Elle a dû être précédé par le sentiment d'être sûr de soi, dans lequel, par la suite des évènements, « on s'est senti déçu » ; « avant on avait trop confiance en soi et dans le monde environnant » ; après trop peu ou pas du tout. On aura surestimé sa propre force et vécu dans la folle illusion qu'une telle chose ne pouvait pas arriver ; « pas à moi »* (Ferenczi, 1982). Suite à cette commotion psychique, il y a tentative de défense qui s'avère parfois inefficace, elle est donc abandonnée. C'est ce type de traumatisme qui explique la raison pour laquelle certaines femmes ne parviennent pas à surmonter la situation trouble.

3.1.3.2. Conception d'Anna Freud

La théorisation d'Anna Freud (1971) apporte un éclairage complémentaire à notre construction. Elle souligne l'importance des mécanismes de défense du Moi, position que l'on retrouve aussi chez Ionescu (1999). Elle suggère aussi que le traumatisme sera inévitable à partir du moment où les défenses ne sont plus mobilisables ou plus suffisantes. Elle attire également notre attention sur la plus grande vulnérabilité du nourrisson et du petit enfant: « la tolérance aux traumatismes externes et aux sensations internes de déplaisir résultant de frustration, de carence affective augmente en proportion avec la maturation et le perfectionnement des appareils et fonctions du Moi ». On comprend mieux alors l'importance accordée par la psychanalyse au principal tuteur (la mère) du développement de l'enfant en bas âge qui ne peut traiter lui-même au départ les excitations l'assaillant. Le point de vue d'Anna Freud (1976) introduit une autre question d'actualité qui partage les cliniciens: l'origine interne ou (et) externe du traumatisme. Elle semble nous indiquer que les deux sont possibles. La première résulterait de l'intensité, de la violence de l'événement en soi (par exemple une naissance avec anoxie ayant entraîné une réanimation, ou une maltraitance répétée sur un

nourrisson). Mais on peut aussi supposer que c'est l'insuffisance du traitement interne des tensions induites par l'événement externe et l'incapacité à mettre en œuvre des mécanismes de défense et d'élaboration qui génèrent le trauma. Par conséquent, il nous semble que le déplacement des théories contemporaines en psychanalyse de la pulsion à l'objet traduit la place plus importante accordée progressivement à la réalité externe.

Ce qui nous amène une fois de plus à table sur les assises narcissiques de la femme mastectomisée. Se référant à l'investissement de sein qui est l'objet de plaisir, de la manière dont il est représenté et de comment est investis la castration.

3.1.3.3. Conception de Cramer

Ainsi, récemment Cramer(1999) a-t-il reproché à Freud de n'avoir privilégié, pour définir le traumatisme, que «la source sexuelle interne de l'excitation et d'avoir négligé les traumatismes dont l'origine est clairement une source de violence externe au sujet qui la subit» : point de vue remarquablement illustré par les travaux de Diwo (1997-1999) sur les déterminants du passage à l'acte suicidaire à l'adolescence, que l'on peut définir comme une forme de rupture de résilience. Celui-ci finit par produire un niveau de tension trop élevé, quelle que soit la qualité du fonctionnement mental du sujet. L'effet traumatique cumulé de ces facteurs externes ne peut alors que prendre (après avoir épuisé les sources d'écoulement à un niveau somatique) la forme d'une décharge par la voie comportementale, synonyme de rupture de résilience, ou pour reprendre Crocq (1985) « *d'une impossibilité pour le Moi de lier et d'abrégier cet afflux d'excitation apporté* ». Un facteur isolé peut devenir traumatique dès lors qu'il est intense et brutal. Une somme d'événements plus mineurs peut aboutir au même résultat à partir du moment où elle dépasse les possibilités d'élaboration défensive et mentale du Moi du sujet. La résilience implique donc en amont la survenue d'un traumatisme dont l'origine peut être uni ou multifactorielle et en aval une aptitude du sujet à le surmonter qui, sur le plan intrapsychique, mobilise deux paramètres importants :

- la nature, la variété et surtout la rigidité ou la souplesse des mécanismes de défenses que le Moi du sujet va mettre en œuvre, en particulier pour faire face aux représentations et aux affects de déplaisir très importants suscités ;

- les capacités d'élaboration mentale ultérieure des tensions générées dans leur double valence pulsionnelle sexuelle et agressive. Autrement dit, il s'agit là de la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi-même d'abord. On désigne

habituellement en psychanalyse sous le terme de mentalisation ce travail de la pensée sur elle-même pour lui permettre de traduire les excitations en représentations partageables, ce qui implique une opération de symbolisation. Celle-ci suppose aussi que les affects ressentis soient liés à des mots qui les spécifient, ce que nous désignons par le terme de liaison affect-représentation (Tychev, 1994 ; Tychev, Diwo, Dollander, 2000).

3.2. Les différentes approches de la résilience

Comme tout objet complexe, la résilience ne se laisse pas saisir dans une seule approche et selon un seul mode de raisonnement (Tisseron & Cyrulnik, 2007). Dans cette section, nous parlerons de l'approche psychodynamique de la résilience, l'approche des facteurs, l'approche adaptative (coping) et le modèle écologique et transactionnelle.

3.2.1. L'approche psychodynamique de la résilience

C'est dans les années 1990, en France, que des théoriciens et cliniciens d'orientation psychanalytique ont commencé à s'intéresser au phénomène de la résilience (Theis, 2006). L'intérêt des chercheurs quant au fonctionnement intrapsychique de la résilience a été suscité quelques années après les recherches menées par les auteurs de la perspective psychosociologique (Cyrulnik & Duval, 2006). Dans cette perspective, la résilience est considérée comme un processus dynamique, à l'intérieur duquel l'analyse du fonctionnement intrapsychique d'une personne est au premier plan (Anaut, 2005).

Alors, faire une lecture avec les grilles de la psychanalyse et de la psychologie clinique psychanalytique nous semble très pertinente pour identifier et analyser les processus en jeu dans la résilience. C'est d'ailleurs ce que Theis (2006) pense car pour lui, l'intérêt principal de l'étude de la résilience sous un angle psychanalytique vise à identifier et analyser les processus auxquels elle fait référence. On peut appréhender le processus de résilience de manière psychodynamique suivant deux axes principaux : d'une part du point de vue du traumatisme et de la réponse du sujet, d'autre part du point de vue des mécanismes de défense mobilisés par le sujet réputé résilient (Anaut, 2005). Pour Manciaux (2001), la résilience se définit par la « capacité d'une personne ou d'un groupe de personne à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères» (p. 645). Deux caractéristiques ressortent de cette définition selon Manciaux, soit la résistance à la destruction et la construction d'une existence valant la peine d'être vécue. D'après cet auteur, la résilience n'est jamais absolue et acquise une fois pour toutes, il s'agit plutôt d'une capacité qui est sollicitée dans un processus dynamique et évolutif.

D'après de Tychev, Lighezzolo-Alnot, Claudon, Garnier et Demogeot (2012), la résilience fait référence à l'habileté à se développer sainement tout en maintenant une perspective de vie orientée vers le futur, face aux évènements considérés déstabilisants, aux traumatismes sérieux et aux conditions de vie difficiles. Cette approche est essentiellement centrée sur le sujet et l'analyse de son fonctionnement intrapsychique.

L'intérêt majeur, selon nous d'une lecture de la résilience par la psychanalyse et par la psychologie clinique, est de permettre d'identifier et d'analyser les processus en jeu dans la résilience. Pour ce faire, nous réexaminerons le concept de traumatisme qui se situe toujours en amont de la résilience, nous ferons appel aux mécanismes de défense et d'élaboration mentale mis en œuvre par le sujet parallèlement, nous nous intéresserons aux soutiens extérieurs qui contribuent également à la résilience.

3.2.1.1. Traumatisme et résilience

Tel qu'énoncé dans ces dernières définitions, pour qu'une personne puisse être considérée comme résiliente, il importe qu'elle ait d'abord vécu un traumatisme (Anaut, 2005; Cyrulnik, 2003; de Tychev, 2001, Lecomte, 2002; Manciaux, 2001). Pour bien saisir en quoi consiste un traumatisme, il est nécessaire de définir la notion de trauma qui se distingue de celui-ci. Le trauma consiste en l'exposition d'une personne à un ou des évènements aversifs (Anaut, 2005). Il s'agit donc d'une situation ou d'un évènement externe aversif vécu par une personne à un moment donné au cours de sa vie. Le traumatisme quant à lui renvoie aux effets psychiques du trauma vécu, une fois que l'énergie mobilisée par la personne pour s'adapter dépasse ses capacités d'élaboration (Anaut, 2005). D'après Bokanowski (2005), le traumatisme « désigne l'impact psychique d'un évènement (séparation, deuil, accident, maladie, etc.) qui a marqué douloureusement l'existence d'une personne » (p. 891). Il fait donc référence à la façon dont la personne se représente la situation vécue et non seulement à l'évènement même. Le traumatisme se définit en fonction de la combinaison de la réalité externe (environnement) et interne (intrapsychique) d'une personne. Ainsi, il est possible de comprendre que le vécu d'un trauma (p. ex : agression sexuelle) chez deux individus n'engendre pas nécessairement dans les deux cas un traumatisme. Dépendamment de leur fonctionnement psychique respectif, les individus peuvent se représenter différemment cette situation.

Tel qu'énoncé jusqu'ici, la notion de trauma concerne un évènement de vie isolé. Il importe toutefois de considérer la possibilité qu'un individu puisse être confronté à un stress cumulatif (Guedeney, 1998). Le stress peut s'accumuler de deux façons différentes (Josse, 2006). D'une

part, il peut résulter d'une exposition prolongée au stress mineur prévisible et répétitif; il est question dans cette condition de stress chronique. D'autre part, il peut s'agir de l'accumulation de plusieurs événements stressants vécus.

D'après Theis (2006), l'intérêt principal de l'étude de la résilience sous un angle psychanalytique vise à identifier et analyser les processus auxquels elle fait référence. Pour Manciaux, Vanistendael, Lecomte et Cyrulnik (2001), considérer la résilience uniquement comme l'expression des traits individuels ne permet pas une compréhension exhaustive de ce phénomène complexe. Il importe donc de tenir compte à la fois de la réalité interne et externe d'une personne et de l'interaction entre celles-ci. Afin d'évaluer le mode de fonctionnement psychologique d'une personne et son potentiel de résilience, plusieurs auteurs (Anaut, 2005 ; de Tychey, 2001; Theis, 2006) soulignent l'importance de considérer la nature des mécanismes de défense mobilisés ainsi que sa capacité de mentalisation.

En définitive, le processus de résilience suppose donc la survenue d'un traumatisme (unique ou multifactoriel) et la réponse du sujet qui relèvera de son aptitude à surmonter le traumatisme (Anaut, 2005). Elle affirme aussi que la résilience résultera de l'expérience traumatogène qui met en jeu les dimensions suivantes :

- un risque vital (physique ou psychique),
- un éprouvé d'agonie psychique,
- les modalités de réponse du sujet pour se défendre.

Ceci étant que l'intensité émotionnelle d'un contexte traumatique dépend de la perception du sujet et de ses capacités défensives. C'est donc bien la « subjectivité » et non les aspects objectifs qui peuvent rendre compte du caractère traumatique d'une situation donnée. En fait, les aspects traumatiques sont en quelque sorte filtrés par les modalités défensives des sujets qui articulent les *ressources internes* et les *ressources de leur environnement* relationnel et socio-affectif (Lighezzolo & De Tychey, 2004 ; Anaut, 2006). Les prochaines sections visent donc à présenter les aspects théoriques de ces deux éléments.

3.2.1.2. Apports des mécanismes de défense

Le moi dispose d'un système défensif lui permettant de lutter contre les dangers tant internes qu'externes. Selon Laplanche et Pontalis (1978), les mécanismes de défense constituent l'ensemble des opérations pour réduire ou supprimer toute modification susceptible

de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Ils peuvent avoir une allure compulsive et opèrent au moins partiellement de façon inconsciente.

Dans cette partie, il ne sera pas question de passer en revue l'ensemble des mécanismes de défense décrits dans le champ de la psychanalyse. Mais nous allons aborder ceux qui nous semblent intervenir de manière déterminante dans l'étape de la résistance au traumatisme qui constitue selon Houssier (2002) celui de l'organisation défensive pour amortir le choc. Leur rôle est reconnu par plusieurs spécialistes de la résilience comme (Lecomte, 2005 ; Anaut, 2003 ; Cyrulnik, 2003). Nous développerons d'abord les mécanismes de déni, du clivage, de l'isolation. Ensuite, nous allons présenter trois mécanismes qui selon les psychanalystes ont une place déterminante dans le processus de résilience : altruisme, l'humour et la sublimation.

- *Le déni*

Le déni est un mécanisme de défense permettant d'éliminer une représentation gênante en niant, en refusant la réalité d'une perception traumatisante. Cette représentation ne disparaît pas comme dans le refoulement mais elle est tout simplement exclue et souvent remplacée soit par une formation délirante (psychose) soit par un fétiche (perversion). Ce mécanisme de défense est généralement utilisé par les organisations psychotiques et les organisations perverses. Le déni a été décrit par A. Freud (1936) sous le nom de négation par le fantasme c'est un procédé normal lorsqu'il est utilisé à certains stades de l'évolution du moi infantile, mais qui devient pathologique lorsqu'il se produit à un stade plus avancé. Contrairement à son usage dans les fonctionnements psychotiques, il porte davantage sur la signification affective de la réalité insupportable que sur la réalité en elle-même chez le sujet résilient.

De nombreux auteurs considèrent son emploi temporaire comme adaptatif face à des situations trop menaçantes pour être intégrées : c'est le temps de sidération (Cyrulnik, 1999 ; Hanus, 2001 ; De Tychev, 2001 ; Houssier, 2002). Selon Houssier (2002) les actions du déni et du *clivage permettent au sujet de se réapproprier progressivement la nouvelle réalité à prendre en compte...* Ils laisseront ensuite la place à d'autres procédés psychiques qui auront pour but de lier l'excitation et d'autoriser son écoulement. Le déni dans un premier temps atténue le choc, mais il ne doit pas perdurer au risque pour le sujet de perdre contact avec la réalité.

- *Le clivage*

Il existe deux types de clivages : le clivage du moi et le clivage de l'objet. Le clivage du moi est inséparable du déni de la réalité. C'est un mécanisme qui se retrouve dans le fétichisme et la psychose. La Planche et Pontalis (1978) le définissent comme la coexistence au sein du moi de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, l'autre dénie de la réalité en cause et met à sa place une production de désir. Ces deux attitudes persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement. .

Bergeret (2004) utilise plutôt le terme de *dédoublé du moi* qu'il conçoit également comme un mécanisme psychotique où une partie du moi du sujet va être en contact avec la réalité angoissante. Pour lui, le clivage du moi constitue ainsi une réponse possible à une situation traumatique permettant de préserver le sujet d'une éfraction psychique. Houssier (2002) remarque que cette défense est ici nécessaire, en ce sens qu'elle permet d'atténuer le caractère éfractionnant du traumatisme. Seulement, qu'elle ne peut perdurer tout comme le déni : *« cette modalité défensive constitue une réponse immédiate pour préserver le sujet du retour du vécu traumatique sous la forme de souvenirs encore trop investis par les affects de souffrance. »* Plus tard, grâce à un travail d'intégration et de mentalisation des affects associés aux représentations, le sujet pourra confronter aux souvenirs, devenus tolérables.

Le clivage de l'objet est décrit par Klein(1946) comme le mécanisme de défense le plus primitif contre l'angoisse qui scinde l'objet pulsionnel (partiel puis total) en bon et mauvais objet, mécanisme jouant un rôle organisateur important au début du développement. Le clivage de l'objet est un mécanisme de défense habituel chez les états-limites dont l'angoisse majeure est la perte d'objet (Bergeret, 2004).

- ***L'isolation***

L'isolation définie par Freud(1926) recouvre deux sens. Dans le premier elle est un mécanisme de défense surtout typique de la névrose obsessionnelle, et qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet se trouvent rompues (La Planche et Pontalis,1978). Cette défense aurait une valeur positive dans la mesure où elle permet de résister au traumatisme en faisant bonne figure, en n'étant en aucune façon submergé par exemple par nos ressentis de souffrance et en réunissant ainsi à paraître adapté, nous devrions dire détaché face au traumatisme qu'on vient de vivre (De Tychev et Lighezzolo, 2005). Seulement son utilisation rigide et automatique, comme chez le sujet obsessionnel, appauvrit la personnalité. La personne n'est alors capable de ressentir quelque émotion que ce soit. De même, il lui est difficile de

comprendre ce que ressentent les autres, ce qui peut entraîner un réel isolement sur le plan des relations.

Dans le second sens, l'isolation est la séparation entre l'affect lié à une représentation et la représentation elle-même. Pour Freud (1926), lorsque le refoulement est inopérant, lorsque l'impression traumatique ne peut être oubliée, on ne peut avoir recours à l'isolation qui fait en sorte que l'expérience vécue se trouve « dépouillée de son affect et ses relations associatives et se trouvent réprimées ou interrompues, si bien qu'elle reste là, comme isolée et qu'elle n'est pas non plus reproduite dans le cours de l'activité de pensée. » La représentation insupportable est détachée de ses affects, ce qui lui permet alors de demeurer consciente, puisque privée de toute connexion associative.

- *L'altruisme*

Ionescu (2001) définit l'altruisme comme le dévouement à autrui qui permet au sujet d'échapper à un conflit. Cette défense peut être un mode particulier de la formation réactionnelle, un exécutoire à l'agressivité, une jouissance par substitution ou encore une manifestation du masochisme. Freud (1920) ne la compte pas parmi les mécanismes de défense spécifiques, mais la considère comme un mode de la formation réactionnelle, c'est-à-dire une transformation en leur contraire de l'égoïsme (altruisme) et de la cruauté (compassion).

Anna Freud (2001) explique que l'altruisme permet de prendre part aux satisfactions pulsionnelles des autres (grâce aux procédés de projection sur autrui des émois instinctuels interdits et d'identification à ces substituts). Pour elle, il y a libération de l'activité et de l'agressivité pour servir l'intérêt d'autrui, ce qui augmente le sentiment de puissance du sujet ayant adopté le rôle de bienfaiteur. Par ailleurs, Lecomte (2005) remarque que beaucoup de résilients présentent cet altruisme, ceux-ci s'investissent souvent au profit d'autrui, et généralement dans le domaine qui a été à l'origine de leur traumatisme ou dans un domaine proche.

- *L'humour*

Tessier (1998) définit l'humour comme un état d'esprit qui permet de surmonter les contrariétés et les chagrins en les tournants en dérision : ainsi sont mis à distance par le sourire, les affects trop pénibles ; l'humour est donc une ressource pour nous sortir des épreuves. Mise à distance de ce qui fait souffrir, mais aussi élan positif vers la vie, l'humour en tant que

mécanisme de défense a des côtés très adaptatifs et n'entraîne pas le déni de la réalité mais plutôt une sublimation des pulsions agressives comme le suggère De Tychey (2001).

L'humour étudié par Freud(1905) est alors vu comme un processus de défense qui trouve moyen de soustraire au déplaisir son énergie déjà prête à se déclencher et de transformer cette énergie en plaisir par la voie de la décharge. L'humour permet d'éviter les affects douloureux liés à la situation vécue comme traumatisante. Pour Freud (1926) c'est la défense la plus élevée de toutes. Il explique que le moi refuse de se laisser abattre par une réalité traumatique et au contraire il défie le monde extérieur, en ce sens qu'il montre que de telles situations peuvent provoquer en lui du plaisir. Vanistendal (2001) et Lecomte (2005) affirment que l'humour fournit un soutien bienfaisant à chaque fois que nous devons faire face à un décalage entre l'idéal et la réalité. Il nous offre une perspective acceptable d'une situation difficile.

- *La sublimation*

Elle est un processus postulé par Freud (1920) pour rendre compte d'activités humaines apparemment sans rapport avec la sexualité, mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle. Freud a décrit comme activités de sublimation principalement l'activité artistique et l'investigation intellectuelle. La pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle est dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés.

La sublimation est un déplacement du but et de l'objet pulsionnel (pulsion sexuelle et agressive) vers des activités socialement valorisées (travail intellectuel, artistique, etc.). Par cette dérivation de l'énergie pulsionnelle, elle offre à l'activité sublimée de grandes quantités de forces et permet d'en tirer une grande satisfaction tout en échappant au conflit. Pour Freud(1920), la sublimation est liée à l'économie pulsionnelle, elle porte électivement sur les pulsions sexuelles qui ne doivent pas être entendues au sens restreint de la sexualité génitale et sur les pulsions partielles qui n'ont pu s'intégrer dans la génitalité et qui vont se trouver libres pour la sublimation.

Au regard de ce qui précède, nous avons vu que le recours à des mécanismes de défense permet dans un premier temps d'encaisser et d'atténuer les agressions et les souffrances comme le soulignent De Tychey et Lighezzolo (2005). Dès lors qu'en est-il de la seconde phase qui constitue même la mise en place durable du processus de résilience ? Pour ces auteurs, il s'agit de la liaison psychique des affects et des représentations, permettant un travail d'élaboration mentale des tensions générées par le trauma. Il importe donc pour nous de présenter cette phase

de mentalisation du traumatisme moteur fondamental de la capacité de résilience du sujet comme le souligne De Tychey (2001).

- *La mentalisation*

Pour Marty (2001), la mentalisation traite de la quantité et de la qualité des représentations psychiques des individus, lesquelles se manifestent dans le système préconscient. En effet, elle désigne l'ensemble des opérations symboliques par lesquelles l'appareil psychique assure la régulation des énergies instinctuelles et pulsionnelles, libidinales ou agressives.

Debray (2001) suggère que la mentalisation soit rapportée à la capacité qu'à le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier de l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. Cette définition a l'intérêt de mettre l'accent sur la nécessité du travail d'élaboration des affects, en particulier des affects de déplaisir (angoisse, dépression) et sur la nature des conflits d'ordre intrapsychiques. Selon De Tychey (2001), la mentalisation correspondant à la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables, les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi d'abord. C'est donc le travail de la pensée permettant de traduire les excitations liées au traumatisme en représentations partageables, de s'en saisir en leur attribuant une signification et éventuellement de les verbaliser.

La mentalisation constitue le processus intrapsychique essentiel du fonctionnement résilient. Ainsi, le processus de mentalisation et la richesse de l'espace imaginaire contribuent pour une large part à la mise en place d'une résilience à long terme. C'est-à-dire une résilience structurée plus durablement chez le sujet ; alors que la résilience à court terme relèverait essentiellement de la réponse face au trauma.

De ce qui précède, il ressort que beaucoup de spécialistes ont souligné l'évidence de la mise en sens de l'évènement traumatique au moyen de la mentalisation pour la mise en place durable du processus de résilience. Ce travail de mentalisation paraît nécessaire pour pouvoir dépasser le trauma même si nous considérons qu'un traumatisme ne peut pas être complètement élaboré, qu'il laissera des marques de vulnérabilité.

Auteurs	Caractéristiques personnelles ou environnementales associées à la résilience
Block et Block (1950)	Possibilité d'être heureux. Capacité d'engagement dans un travail productif. Sécurité émotionnelle. Capacité de développer et d'entretenir des relations satisfaisantes.
Werner (2001); Werner et Smith (1992)	Sens de l'autonomie. Dispositions sociales positives. Flexibilité. Sentiment de contrôle interne. Comportement pro-social. Empathie. Image de soi positive. Optimisme.
Kobasa (1979)	Considérer le stressueur ou le changement comme une opportunité, un défi. L'engagement. Reconnaissance de ses limites à contrôler.
Rutter (1985)	Obtenir le soutien des autres. Attachement sécurisant. Avoir des buts personnels ou collectifs. Sentiment d'efficacité personnelle. Effet renforçateur du stress. Avoir connu des réussites, des succès. Sentiment de contrôle, d'avoir des choix possibles. Sens de l'humour. Approche orientée vers l'action. Adaptation aux changements.
Lyons (1991)	Patience, Tolérance des affects négatifs
Clausen (1993)	Capacité à organiser sa vie. Relations interpersonnelles soutenantes.
Antonovsky (1993)	Ajustement et flexibilité psychologique/personnelle.
Connor (2003)	Optimisme. Espoir.

Tableau 1 : Exemples de caractéristiques personnelles ou environnementales associées à la résilience.

Comme nous pouvons le constater, l'histoire conceptuelle de la résilience a permis de relever une quantité importante de caractéristiques personnelles, de capacités et de traits de personnalité qui semblent être impliqués dans le processus de la résilience. À la lumière des caractéristiques présentées ci-dessus, il semble que la grande majorité d'entre elles sont associées à la personne plutôt qu'à l'environnement.

- **Limites**

Les approches psychodynamiques s'intéressent exclusivement aux processus endogènes de l'individu, elle fait principalement appel aux processus inconscients. Elles n'accordent pas de l'importance à l'altérité, à l'environnement du sujet. La perspective qui suit quant à elle fait appel aux processus conscients.

Tel qu'énoncé précédemment, pour Manciaux et al. (2001) la compréhension de la résilience implique la considération de la réalité interne du sujet, mais également l'ensemble de

la réalité externe qui l'entoure. Il importe donc maintenant de présenter les facteurs externes qui favorisent le processus de la résilience.

3.2.1.5. Les tuteurs de résilience

En plus de ces deux processus énoncés (mécanismes de défense et mentalisation), certains auteurs soulèvent également l'importance de considérer la présence d'un tuteur de résilience dans la vie d'une personne (de Tychev, 2001; Lecompte, 2002; Manciaux, 2001). Pour Delage (2004), la résilience est un concept intersubjectif. Pour lui, la résilience ne peut naître, croître et se développer que dans la relation à autrui. Il affirme que les capacités adaptatives et les capacités à penser ne peuvent être mises en jeu qu'à partir de liens significatifs avec un environnement dans lequel l'individu va pouvoir rencontrer ce que Cyrulnik (2001, 2003) appelle « tuteurs de résilience ».

L'insistance de Delage (2004) à concevoir la résilience dans l'intersubjectivité se justifie dans la conception même du traumatisme psychique. Pour lui, le traumatisme psychique est un cas d'effraction de l'appareil psychique, une mise en suspens des processus de pensée devant l'effroyable, une faillite du système pare-excitation individuel largement débordé dans ses capacités contenant. Ainsi, ce qui ne peut être traité dans l'intrapsychique doit pouvoir être abordé en partie dans l'interactionnel. Delage (2004) affirme alors que c'est la qualité des liens avec l'environnement qui peut indiquer à l'individu qu'il fait toujours partie du monde des vivants et qu'il peut malgré tout retrouver sens à la vie.

Par ailleurs, les récits de vie des personnes réputées résilientes font souvent état de liens affectifs importants, noués avec une ou des personnes (membres de la famille, pairs, amis confidents, enseignants, éducateurs, soignants...) qui leur ont servi de soutien, malgré des conditions difficiles (Anaut, 2009 ; 2012). Cette auteure postule que ces personnes signifiantes constituent des points d'étaillage ayant permis au sujet résilient de continuer à vivre et surtout de changer son parcours de vie. Pour ce chercheur, c'est la croyance en l'autre qui étaye la confiance en soi et aide le sujet à construire un nouveau type de développement. Cette capacité à faire lien et à s'attacher à une personne empathique est un élément central et peut se produire à tout âge (Anaut, 2009). Cette dernière pense en effet que l'expérience d'attachement n'est pas réservée à la prime enfance, car elle demeure une aptitude permanente quel que soit l'âge, y compris lorsqu'il est avancé. Par conséquent, à tout moment du développement humain, les individus sont susceptibles de trouver des liens structurants. Les personnes qui participent à l'étaillage des sujets en souffrance font office de figures d'attachement alternatives, dans la

mesure où elles suppléent les figures d'attachement initiales qui ont pu être défaillantes (Anaut, 2008).

Les individus qui contribuent à l'étayage d'une personne entrant en résilience ignorent parfois le rôle qu'ils jouent dans sa trajectoire de vie (Anaut, 2005). À travers les interactions relationnelles effectives (les encouragements, l'aide, l'écoute) ou à partir de ce que le sujet va projeter sur eux (via les modèles identificatoires), ils tutorisent son développement (Anaut, 2009). Pour cette auteure, ces personnes significatives assurent un rôle de « tuteur de résilience », car elles accompagnent et aident le sujet à supporter les souffrances et à les dépasser, et favorisent ainsi l'entrée dans un processus de résilience. Pour Lecomte (2005), ce qui caractérise les tuteurs de résilience est entre autres que :

- Ils manifestent de l'empathie et de l'affection,
- Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne,
- Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire,
- Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents,
- Ils respectent le parcours de résilience d'autrui,
- Ils facilitent l'estime de soi d'autrui,
- Ils évitent les gentilles phrases qui font mal (« Je me mets à ta (votre) place » ; « Tout ça c'est du passé ; maintenant, il faut oublier »).

D'après Lecomte (2004), les tuteurs de résilience doivent non seulement tisser des liens avec le sujet en difficulté, mais aussi et surtout créer un cadre structurant (des règles, des repères). Ainsi, le tuteur de résilience constitue un repère solide dans la vie de la personne et s'assure de lui laisser suffisamment de latitude pour lui permettre de se développer à sa façon.

3.2.2. Approche des facteurs de la résilience

3.2.2.1. Facteurs de protection et risque

Comme énoncé à plusieurs reprises dans ces définitions, les auteurs font référence aux vertus des facteurs de protection qui limitent les conséquences négatives pouvant être engendrées par l'adversité vécue par un individu. À quoi font-ils référence spécifiquement? En 1985, Rutter a défini les facteurs de protection comme étant les influences qui modifient, améliorent ou transforment la réponse d'une personne face à un événement prédisposant à une mauvaise adaptation. Selon Dyer et McGuinness (1996), les facteurs de protection représentent des compétences spécifiques nécessaires au processus de résilience. Jourdan-Ionescu (2001)

définit les facteurs de protection comme étant les « attributs des personnes, des environnements, des situations et des évènements qui paraissent tempérer des prédicteurs de psychopathologie basés sur un statut individuel à risque en offrant une résistance au risque».

Un facteur de protection est une qualité personnelle ou environnementale, une qualité émergente des interactions écosystémiques (le soutien social, la gratitude, le sens, etc.), qui paraissent tempérer des prédictions de psychopathologie ou qui sont susceptibles de permettre l'adaptation face à des situations de risque ou d'adversité (Ionescu, 2010 ; Kimessoukié Omolomo & Ionescu, 2014). Allant dans le même sens, Anaut (2015) affirme que plusieurs spécialistes de la résilience s'accordent pour identifier trois pôles de facteurs de protection : individuels (caractéristiques du sujet), environnementaux (solidarités et relations affectives de l'entourage familial), interactionnels (relations sociales ou extra-familiales).

- **Facteurs de protection individuels**

Pour Garmezy (1991), les facteurs protecteurs individuels impliquent en particulier : le tempérament, la réflexion et les aptitudes cognitives. Plus tard, plusieurs chercheurs ont recensé comme facteurs de protection individuels : la confiance en soi, l'estime de soi, l'ouverture, l'humour, la flexibilité, l'image de soi, l'intelligence, la persévérance, l'endurance, l'optimisme, la détermination, l'anticipation, l'attachement, la créativité, la perspicacité, l'autonomie, la gentillesse, l'espoir, l'honnêteté et la capacité à susciter la compassion des autres (Bekaert et al., 2012 ; Connor & Davidson, 2003 ; Hjemdal et al., 2011 ; Ionescu, 2015 ; Werner, 1993 ; Wagnild & Young, 1993).

- **Facteurs de protection environnementaux**

Ce sont des facteurs inhérents au milieu de vie. Ils sont constitués d'un ensemble de ressources extérieures que la personne mobilise et avec lesquelles elle interagit pour s'adapter aux différents facteurs de risque (Kimessoukié Omolomo, 2016). Il s'agit du réseau de soutien pour le sujet. Selon Werner (1993), parmi les ressources venant du milieu on trouve : des relations familiales chaleureuses, un soutien familial solide, une bonne communication parents-enfant. Pour Bekaert et al. (2012), le réseau de soutien comprend les membres de la famille, les amis, les voisins, les professionnels des services sociaux ou de santé accessible à la personne, les membres des groupes ou d'associations d'appartenance. Dans ce registre, la famille

(d'origine, nucléaire ou élargie) occupe une place prépondérante (Bekaert et al., 2012 ; Ionescu & Ionescu, 2011).

Par ailleurs, la contribution des éléments culturels à titre de facteurs de protection contre les troubles psychologiques est de plus en plus reconnue par les chercheurs (De Rosny, 1996 ; Edjenguèlé, 2009 ; Ionescu et al., 2010). Pour faire face à l'adversité, chaque peuple, pour préserver ou rétablir l'équilibre de l'individu, développe un ensemble de moyens ou de stratégies d'adaptation conforme à leur culture (Mancini & Bonanno, 2010), à leur vision du monde ou à leur rationalité (Edjenguèlé, 2009 ; Hebga, 1998). Les cultures et les religions ont ainsi développé et transmis de nombreuses croyances, des rituels et pratiques pour aider les individus à composer avec les adversités attendues et inattendues, y compris les rituels pour la perte et le deuil, les prières et les stratégies de méditation, une aide directe aux personnes dans le besoin, et les croyances qui véhiculent la valeur et le sens de la vie humaine (Masten & O'Dougherty Wright, 2010 ; Kimessoukié Omolomo, 2016). En particulier, la religion est considérée comme un facteur de protection contre les événements critiques de la vie ou pour le rétablissement par des chercheurs (Ionescu et al., 2010 ; Diener & Seligman, 2011 ; Cyrulnik, 2012). Plus récemment, Nguimfack et Ovambe Mbarga (2020) affirmaient qu'au-delà de leur rôle de protection, de sécurité et de socialisation, les éléments culturels (signifiants culturels) semblent également jouer un rôle prépondérant dans la capacité d'une personne à se développer, à continuer de se projeter dans l'avenir, en dépit des traumatismes parfois sévères.

- **Facteurs de protection interactionnels**

Ces facteurs sont une résultante de l'interaction entre l'individu, la famille, la communauté, la culture, le réseau social et l'environnement écologique (Kimessoukié Omolomo, 2016). Pour ce chercheur, la notion de groupe est essentielle ici, car par sa stabilité et sa capacité de renouvellement, le groupe offre la continuité existentielle, même après la mort, à travers le souvenir. Pour lui, le groupe offre un moyen de transcendance de l'angoisse de mort par la commémoration des défunts et la générativité. Les interactions positives sont caractérisées par le soutien social, la gratitude, l'amour, le pardon et sont toutes reconnues par les chercheurs comme étant des facteurs contributifs du bien-être ou de protection contre les différents stressseurs (Cyrulnik, 2012 ; Ionescu et al., 2010 ; Seligman, 2012).

Si les facteurs de protection sont importants à considérer, les facteurs de risque le sont tout autant. Ces derniers constituent des événements ou des contextes augmentant la probabilité qu'un individu puisse développer certaines problématiques ou troubles de santé mentale

(Werner & Smith, 1992). Les facteurs de risque et de protection constituent une dyade inséparable et il est nécessaire de les considérer conjointement (Jourdan Ionescu, 2001). Selon cette auteure, l'analyse de ces facteurs s'effectue en fonction de trois catégories spécifiques. Premièrement, il importe d'explorer tout ce qui se rattache au fonctionnement individuel de cette personne, en considérant à la fois ses caractéristiques biologiques, psychologiques et socio-affectives. Plus précisément il s'agit d'investiguer l'état de santé, le tempérament, la perception de soi et le niveau de développement de la personne. Deuxièmement, il importe de considérer la sphère familiale et d'explorer les caractéristiques des parents (surtout s'il s'agit de l'évaluation d'un enfant), l'environnement familial et les interactions entre les membres de la famille.

Troisièmement, il s'agit d'explorer l'ensemble des caractéristiques de l'environnement socioculturel de la personne. Le contexte scolaire, l'environnement de travail, le réseau social et la vie de quartier sont tous des éléments pouvant avoir une influence sur le processus de résilience d'un individu. Plus précisément, Cyrulnik (2001) mentionne l'importance de la rencontre de « tuteurs de résilience ». En offrant leur soutien et en favorisant leur estime, ils permettent la continuité du développement d'une personne qui a été confrontée à une situation à risque. À titre d'exemple, un tuteur de résilience peut être un parent, un enseignant, un éducateur ou un psychologue. Il importe de préciser que les trois niveaux de facteurs de risque et de protection présentés (individuel, familial et environnemental) doivent être considérés mutuellement. En effet, il y a plusieurs sources qui mènent à la résilience et celles-ci interagissent entre elles (Windle, 2011). Ainsi, il se peut que les difficultés personnelles d'un individu (p. ex. : faible estime de soi, anxiété, dépendance, impulsivité) puissent être modulées par le soutien familial et les ressources disponibles dans la communauté. Enfin, il importe de préciser que les facteurs de risque et de protection peuvent également varier en fonction du contexte et du temps (Fletcher & Sarkar, 2013).

Le fait que ces définitions font référence à l'équilibre entre les facteurs de risque et de protection sous-tend que la résilience n'est jamais totalement acquise et qu'elle se construit par le biais de l'interaction entre une personne et son environnement (Theis, 2006). Ainsi, il se peut qu'une personne soit résiliente à la suite d'un événement quelconque (p. ex. : un divorce), mais qu'à un autre moment de sa vie (p. ex. : le décès d'un parent) elle ne parvienne pas à s'adapter de la même façon. L'intensité du risque vécu est très influente et elle peut limiter l'efficacité et la nature protectrice des facteurs de protection (Jourdan-Ionescu, 2001).

3.2.2.2. Les facteurs de résilience

Pour Anaut (2005) la résilience peut concerner les individus, les familles, les communautés ou sociétés. Un certain nombre de caractéristiques associées au processus de résilience, ont été identifiées et constituent des « facteurs » de résilience individuelle, familiale ou communautaire selon les approches.

3.2.2.2.1. Facteurs de résilience individuelle

A partir de l'étude des individus réputés résilients, on peut retenir un certain nombre de caractéristiques qui contribuent à faciliter la résilience comme, par exemple : habilités de résolution de problèmes ; Autonomie ; Capacités de distanciation face à un environnement perturbé ; Compétences sociales ; Empathie ; Altruisme ; Sociabilité ; Popularité et perception d'une relation positive avec un adulte

3.2.2.2.2. Facteurs de résilience familiale

- Parmi les caractéristiques de la structure familiale : Âge des parents ; Nombre d'enfants (<5) ; Espace entre les naissances ; Espace physique suffisant ; Spiritualité, idéologie ; Discipline éducative.
- Parmi les caractéristiques de la dynamique familiale : Qualité de la communication ; Interactions chaleureuses et positives ; Support et affection.

3.2.2.2.3. Facteurs de résilience sociale et/ou communautaire

- Parmi les niveaux de résilience sociale, on peut citer : Les pairs ; Communauté sociale; école, quartier... ; La communauté religieuse ou idéologique ; La société et la culture.
- Parmi les formes de résilience sociale, on peut retenir : Solidarités ; Attentes élevées ; Implication active ; Valeurs d'entraide et de tolérance sociales ; Diversité des supports et des ressources sociales.

Pour nous, ces facteurs de résiliences permettent à la femme de mettre en place des stratégies bien déterminées afin de surmonter la menace. En premier, les facteurs de résiliences individuels représentent la capacité propre qu'a un individu de se sortir d'une situation trouble, pour cela, il met en place ces différentes variables pour faire face à la situation. En ce qui concerne les caractéristiques de la dynamique familiale, un couple dont la femme est mastectomisée s'épanouira mieux en élaborant une bonne communication et en soignant la qualité des interactions qui les lie tout en renforçant leur affection. Pour ce qui est des facteurs social et communautaire, il sera bien pour la femme concernée, de trouver en ces pairs un soutien moral afin de l'aider à mieux affronter le problème. On comprend également la raison

pour laquelle certaines femmes se tournent vers la religion ou des idéologies culturelles pour tenter de soulager leur souffrance.

Au-delà de la résilience entendue comme stratégie mise en place par la femme afin de surmonter la situation liée à la mastectomie suite à un cancer du sein, l'on puisse aussi se référer au coping qui dans le même registre que la résilience est un processus adaptatif pouvant aider à surmonter une situation trouble face à une menace quelconque.

3.2.3. Stratégies adaptatives (coping)

Parler des modèles théoriques du coping, nous amène à sélectionner dans le panel des chercheurs, ceux dont les approches cadrent avec notre recherche. Aussi allons-nous travailler avec les perspectives de Lazarus et Compas et al.

3.2.3.1. L'approche de Lazarus

L'adaptation est un processus cognitif qui s'effectue à l'aide d'évaluations et de stratégies pour surmonter une épreuve. Un des pionniers du coping est sans nul doute Lazarus. Ses nombreuses recherches ont permis d'élaborer une théorie évolutive et transactionnelle de l'adaptation des êtres humains lors de situations stressantes (Frydenberg, 1997). Dans ses écrits, Lazarus (1966) explique que le coping réfère aux stratégies pour transiger afin de faire face à la menace. Selon lui, quand la réponse à celle-ci n'est pas automatique, quand l'individu ne sait plus quoi faire, il doit pourtant s'adapter le mieux possible, essayé d'arriver à une solution. Le modèle de coping de Lazarus s'explique en trois points (Frydenberg, 1997) :

1. Chaque personne réagit différemment lorsque survient un obstacle. Le coping, lié au contexte, repose sur des caractéristiques stables de la personnalité de l'individu. Il est l'action de négociation avec le problème plutôt que le résultat même s'il n'est pas toujours complété avec succès. Lazarus soutient l'idée que le plus important est la tentative d'adaptation et non l'efficacité du résultat. En effet, il n'y a pas de bonnes et de mauvaises stratégies d'adaptation, ce qui importe c'est le lien entre le choix de la stratégie et la demande (Folkman et Lazarus, 1984). L'efficacité de la stratégie choisie dépend des critères déterminés par l'individu comme le bien-être, l'équilibre émotionnel ou la santé physique par exemple (Bruchon-Schweitzer, 2001).

2. Les stratégies d'adaptation (copingstrategies) sont définies par les tentatives qui expliquent les actions d'un individu dans sa transaction avec l'environnement c'est une stratégie efficace

permettant de maîtriser une situation stressante ou de diminuer les effets de celle-ci sur le bien-être physique et psychologique de la personne (Bruchon-Schweitzer, 2001).

3. Le coping est un processus évolutif, et constamment en changement. La conception transactionnelle du stress et du coping de Lazarus réfère aux processus impliquant des actions réciproques entre l'individu et l'environnement (Bruchon-Schweitzer, 2001). Lors de menaces, avant même de commencer une action d'adaptation, il y a d'abord une estimation de la situation. L'évaluation consiste à un processus cognitif et continu où l'individu évalue la situation menaçante (évaluation primaire) et ses ressources pour l'affronter (évaluation secondaire) (Bruchon-Schweitzer, 2001). Ensuite, les efforts d'adaptation déployés amènent à la réévaluation de cette situation déterminant ainsi les stratégies que l'individu utilisera par la suite. Cette estimation est le point central de la théorie de Lazarus. Lorsque survient une situation menaçante, l'individu déploie ses ressources internes afin de procéder à une évaluation en deux étapes. Premièrement, une évaluation primaire (primary appraisal) est effectuée. Elle consiste à l'identification d'un danger éminent. Qu'est-ce qui se passe? Elle se résume à la reconnaissance de l'évènement bénin, positif ou stressant (Arlett, Elgar et Groves, 2003). Bruchon-Schweitzer (2001) explique: Un même évènement peut par exemple être évalué par certains comme une perte (affective, matérielle, corporelle...) et s'accompagner de tristesse, de honte ou de colère. Il peut être évalué comme une menace (perte potentielle) et s'accompagner d'anxiété et de peur. Il peut enfin être perçu comme un défi (challenge) et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie (p.71). Ensuite, vient l'évaluation secondaire (secondary appraisal) où l'individu porte un même questionnement sur les différentes alternatives s'offrant à lui afin de faire face à cette menace. Lazarus (1968, p.161) l'explique ainsi: «Maintenant que je sais que je suis en danger, que puis-je faire? Quelles sont les ressources dont je dispose pour affronter cette situation menaçante? ». Bruchon-Schweitzer (2001, p.71) propose: « de très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées, comparées et sélectionnées (recherche des informations, faire un plan d'action, demander de l'aide ou des conseils, exprimer ses émotions, éviter le problème, se distraire, minimiser la situation ... » De plus, elle ajoute qu'un individu, pensant posséder les ressources suffisantes, sélectionnera des stratégies pour affronter le problème. Au contraire, si l'individu croit ne pas pouvoir faire face à une situation stressante, il modifiera son comportement pour mieux la tolérer.

3.2.3.2. La conception de Compas et al (2001)

Dans le modèle de coping qu'il propose, Compas (2001) définit l'adaptation par les efforts volontaires et conscients déployés pour régulariser ses émotions, ses connaissances, ses

comportements et son environnement afin d'affronter un évènement stressant (Compas et Wadsworth, 2002; Compas et al. (2001). Compas explique l'essentiel de son modèle en catégorisant le processus d'adaptation en trois dimensions. Sa première dimension du coping réfère au contrôle primaire de la menace (primary control coping). Elle consiste à l'utilisation de stratégies en vue de modifier directement le problème stressant ou à régulariser certaines réactions émotives par le biais de la résolution de problèmes, de l'expression des sentiments ainsi que de la modulation émotive. Sa deuxième dimension est le contrôle secondaire de la menace (secondary control coping). Elle inclut les stratégies liées aux tentatives d'adaptation pour faire face à l'évènement stressant ou aux conséquences du stress. Les stratégies de cette deuxième dimension sont l'acceptation, la restructuration cognitive, la distraction et la pensée positive. Finalement, sa troisième dimension est le désengagement (disengagementcoping). Elle réfère aux stratégies permettant de fuir ou d'éviter la situation stressante (évitement, dénéigation et pensée illusoire). Ce qui différencie le modèle de Compas à celui de Lazarus est la place accordée au support social. Pour Lazarus, le support social est une stratégie utilisée par l'individu en vue d'une future adaptation. Cependant, pour Compas, le support social n'est qu'un moyen employé par l'individu permettant de déployer une stratégie en particulier. Son modèle n'inclut aucune dimension individuelle mesurant l'utilisation du support social dans le processus d'adaptation. Cette stratégie est plutôt considérée comme un simple moyen lié aux stratégies de résolution de problèmes, d'expression et de régularisation des sentiments (Compas et Wadswolih, 2002). Compas critique le modèle de Lazarus et Folkman en affirmant que leur vision du coping est incohérente en ce qui concerne le lien entre les relations et le type de coping utilisé par l'individu Arlett et al. (2003).

3.2.3.3. Stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman (1984)

Les stratégies d'adaptation réfèrent aux comportements et aux attentes cognitives déployées pour affronter les situations stressantes (de Wilde, Dijkstra, Garnefski, kraaij et al. 2003). Folkman et Lazarus (1984) définissent les stratégies d'adaptation comme un ensemble de comportements et de réponses cognitives pour surmonter, tolérer ou réduire les demandes qu'engendrent les situations stressantes. Dans leur théorie du coping, ils ont élaboré huit stratégies utilisées afin de surmonter une menace : (a) la confrontation, (b) la distanciation, (c) l'autocontrôle, (d) la recherche de support social, (e) l'acceptation des responsabilités, (f) l'évitement, (g) la résolution de problèmes, et (h) la réévaluation positive.

STRATEGIES	DEFINITIONS
Confrontation	Efforts et actions directes pour modifier le problème
Distanciation	Faire comme si rien ne c'était passé. « Ce n'est pas si grave que ça. »
Autocontrôle	Croire que l'on maîtrise la situation: a) contrôle interne (capacités et comportements des individus), et b) contrôle externe (chance, hasard, destin).
Support social	Solliciter et obtenir de l'aide d'autrui.
Acceptation des responsabilités	Se sentir responsable, auto-accusation « J'ai compris que c'était moi qui avait créé le problème. »
Évitement	Fuir le problème, essayer de tout oublier.
Résolution de problèmes	Recherche d'informations, élaboration de plans d'action.
Réévaluation positive	Voir les effets positifs après avoir surmonté le problème.

Tableau 2 : Définitions des stratégies d'adaptation de Folkman et Lazarus (1984) cité par Bruchon-Schweitzer (2001)

Folkman et Lazarus (1984) considèrent que l'individu peut orienter son choix vers les stratégies d'adaptation centrées sur le problème (problem-focused) ou vers celles centrées sur les émotions (emotion-focused). Les stratégies d'adaptation centrées sur le problème conduisent l'individu vers une action pour changer la situation stressante (Dumont et Provost, 1999). Elles représentent les stratégies directes en vue de modifier le stress causé par la menace. En d'autres mots, elles sont les efforts portés afin d'agir sur la source de stress entre un individu et son environnement (Compas et al., 1989). Elles regroupent les stratégies de résolution de problèmes et de confrontation de Folkman et Lazarus (1984) (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Les stratégies centrées sur le problème sont plus efficaces dans les situations perçues comme contrôlables ou sensibles aux changements (Arlett et al., 2003). Par ailleurs, celles centrées sur les émotions ont pour but de réduire l'inconfort psychologique par la simple action d'ignorer l'élément stressant sans essayer de modifier la situation (Dumont et Provost, 1999). Elles regroupent les stratégies utilisées pour régulariser le stress associé aux sentiments négatifs ainsi qu'aux efforts pour diminuer la détresse émotionnelle liée à la situation stressante (Compas et al., 1989). Folkman et Lazarus (1984) les associent aux stratégies d'acceptation des responsabilités, de distanciation, de réévaluation positive ainsi que d'évitement (Bruchon

Schweitzer, 2001). Contrairement aux stratégies centrées sur le problème, celles centrées sur les émotions sont plus efficaces dans les situations perçues comme moins contrôlables (Arlett et al., 2003). En d'autres termes, si la rencontre entre l'individu et l'environnement est sujette aux changements, les stratégies centrées sur le problème sont utilisées. Lorsque la situation demeure instable, les stratégies centrées sur les émotions semblent alors plus susceptibles d'être déployées (Folkman et Lazarus, 1984). Pour ces mêmes auteurs, le style de coping peut s'avérer adapté ou inadapté. Le coping adapté regroupe toutes les stratégies centrées sur le problème et sur les émotions (Arlett et al., 2003). Le coping inadapté fait appel aux stratégies d'évitement passif comme la rumination, la résignation, l'agression ... Nous les résumons dans le tableau suivant :

COPING ADAPTÉ	COPING INADAPTÉ
<p><u>Stratégies centrées sur le problème :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Confrontation - Autocontrôle - Recherche de soutien social - Résolution de problèmes <p><u>Stratégies centrées sur les émotions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Distanciation / récréation - Acceptation des responsabilités - Réévaluation positive - Évitement 	<ul style="list-style-type: none"> - Rumination - Résignation - Agression ...

Tableau 3 : Les styles de coping de Folkman et Lazarus (1984)

3.2.4. Le modèle écologique et transactionnelle (modèle écosystémique)

Dans le cadre de cette étude auprès des femmes mastectomisées suite à un cancer du sein, le modèle écosystémique a été choisi, puisqu'il prend en considération les interactions entre la personne et son environnement (Carignan, 2011). Aussi, ce modèle situe l'individu dans un environnement complexe, où les différents systèmes interagissent entre eux, ce qui est pertinent pour démontrer comment l'annonce d'une maladie grave et le cheminement vers la guérison peuvent affecter les différents systèmes qui gravitent autour de la personne, soit le couple, la famille, le milieu de travail et les liens sociaux ; et aussi les ressources présentes dans la vie d'une personne lui permettant de s'adapter à l'adversité à laquelle elle est confrontée.

Ce modèle s'est davantage intéressé au contexte écologique en lien avec le développement de l'enfant selon les théories de Bronfenbrenner (1981) et dans une perspective transactionnelle. Il permet de visualiser les processus à l'œuvre, dans la résilience et de distinguer les différents concepts auxquels le processus de résilience fait appel. En effet, le

modèle bioécologique est basé sur le postulat que le comportement humain résulte d'une adaptation progressive et mutuelle entre les personnes et leur environnement.

Pour bien comprendre la réalité des individus ou des groupes, il faut tenir compte de leurs caractéristiques, mais aussi de l'environnement dans lequel ils évoluent (Bronfenbrenner & Moris, 2006; Carignan, 2011). Chaque personne réagit aux pressions de l'environnement selon ses ressources, son niveau de développement et ses particularités (Tarabulsky, Provost, Drapeau & Rochette, 2008). En ce qui a trait à l'environnement, celui-ci fait référence à la famille ou à l'entourage immédiat, aux liens sociaux, aux conditions de vie, aux normes, aux institutions, aux valeurs et aux croyances d'une société donnée (Tarabulsky & al., 2008).

À la base de ce modèle, quatre concepts-clés coexistent : le processus, la personne, le contexte et le temps. D'abord, le processus est le noyau du modèle écosystémique et il est décrit comme étant une interaction réciproque entre un organisme et des personnes, des objets et des symboles de son environnement immédiat. Pour contribuer au développement humain, l'interaction doit se produire sur une base régulière pendant une période relativement longue (Bronfenbrenner et Moris, 2006). Ensuite, la personne est à la fois productrice et produit de son développement. En ce sens, le développement se produit lorsque la personne participe à une activité. L'activité doit être régulière et doit se dérouler sur une période de temps suffisamment longue. Le développement n'est pas à sens unique, ce qui signifie qu'il doit y avoir une mutualité et une réciprocité entre la personne et son environnement. Tout au long de leur développement, les capacités développementales des personnes augmentent, ce qui signifie que les processus doivent devenir de plus en plus complexes (Bronfenbrenner et Moris, 2006). Le contexte, quant à lui, est défini comme l'ensemble des personnes avec leurs interactions et leurs transactions, qui évoluent dans un milieu socialement défini et géographiquement construit (Germain et Gitterman, 1995). Enfin, il y a le facteur temps qui doit être pris en considération, puisque les personnes et leurs environnements ont une histoire passée, présente et future (Bronfenbrenner et Moris, 2006).

Plus précisément, le modèle bioécologique propose six niveaux de systèmes : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème (Bouchard, 1987; Bronfenbrenner et Moris, 2006; Carignan, 2011).

- D'abord, **l'ontosystème** regroupe l'ensemble des caractéristiques individuelles (physiques, intellectuelles, psychoaffectives, spirituelles), des états (physiques, mentaux), des compétences (personnelles, parentales, sociales, professionnelles), des

habiletés (reconnaissance d'un talent, d'un savoir-faire, d'une qualité, d'une force) ou des déficits de la personne, qu'ils soient innés ou acquis au fil du temps (Bouchard, 1987; Bronfenbrenner et Moris, 2006). Dans ce cadre, l'ontosystème réfère aux caractéristiques individuelles des femmes ayant subi une mastectomie. Ces caractéristiques sont susceptibles de changer au cours de leur processus de guérison à travers la maladie, et ce, dès l'annonce du diagnostic. En effet, le vécu peut varier d'une femme à l'autre et influencer plusieurs caractéristiques personnelles, notamment en ce qui concerne la santé physique et mentale, l'estime personnelle et l'image de soi, ainsi que les habitudes de vie.

- Ensuite, le **microsystème** comprend le milieu de vie immédiat dans lequel l'individu joue un rôle actif. Ce milieu se caractérise par une multitude d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles et possède des caractéristiques physiques et matérielles particulières (Drapeau, 2008). En fait, le microsystème vise toutes les interactions entre la personne et son environnement immédiat (Bouchard, 1987; Bronfenbrenner et Moris, 2006).

Pour ces femmes, il s'agit d'explorer les conséquences du diagnostic et de la mastectomie sur leur vie conjugale, familiale, sociale et professionnelle, tout en tenant compte des services reçus dans le milieu de la santé, de même que de leur impact sur le processus de résilience, qu'il soit positif ou négatif.

- Quant au **mésosystème**, il correspond aux interrelations entre les microsystèmes que fréquentent la personne, tels que la maison, le milieu de travail, l'église et la famille élargie. Il inclut l'ensemble des liens, des relations et des activités entre les sous-systèmes, qui peuvent avoir une influence directe ou indirecte sur la vie de l'individu (Boulanger, 2014; Bronfenbrenner et Moris, 2006). Dans le cadre de ce mémoire, le mésosystème concerne les relations entre les professionnels de la santé, les collègues de travail, ainsi que la famille immédiate et élargie. Ces relations peuvent influencer positivement ou négativement le bien-être de la femme, de même que son processus de résilience.
- L'**exosystème** correspond, pour sa part, aux endroits ou aux lieux non fréquentés directement par la personne, mais dont les activités, les politiques ou les décisions l'influencent. L'exosystème correspond à un système social non perçu directement par l'individu, mais qui a un impact sur son développement. Les événements qui

surviennent dans ce niveau de système affectent l'environnement immédiat dans lequel la personne vit (Bronfenbrenner et Moris, 2006).

- En outre, le **macrosystème** comporte les valeurs, les coutumes, les croyances, les normes et les idéologies qui se reflètent dans la culture et les lois véhiculées au sein d'une communauté et d'une société. Ces valeurs sociales, ces croyances et ces politiques ont une influence directe et indirecte sur la vie de la personne (Bronfenbrenner et Moris, 2006). En lien avec le cancer du sein, le macrosystème fait référence aux normes sociétales liées avec l'importance de la féminité, soit l'importance que les femmes accordent à leur apparence corporelle. En raison du fait que les seins représentent bien plus que l'identité féminine, les conséquences du cancer du sein risquent d'être plus accentuées chez les femmes camerounaises, par exemple, que chez certaines femmes provenant d'une autre culture, où les seins ont une tout autre signification.
- En terminant, le **chronosystème** correspond à l'ensemble des considérations temporelles (durée, âge, synchronie, etc.) qui caractérisent la situation d'une personne. Le temps comprend le fil des heures, des jours et des semaines, l'histoire individuelle et familiale, ainsi que les événements survenant dans une période donnée (Bouchard, 1987, Bronfenbrenner et Moris, 2006). Le chronosystème nécessite d'être pris en compte dans l'exploration du vécu des femmes atteintes de cancer du sein, puisque certains événements (l'âge de la femme lors du diagnostic, le moment de la prise en charge médicale, etc.) peuvent influencer les réactions et les sentiments de la personne, en plus des conséquences liées à la maladie.

En somme, la perspective écologique comporte plusieurs variables à considérer et il est possible d'observer des divergences de points de vue à l'intérieur de celle-ci. Il se dégage de l'ensemble des définitions des concepts qu'ils font référence au fonctionnement conscient de l'être humain.

3.3. Le vécu traumatique du cancer et de la mastectomie

3.3.1. De l'annonce de la maladie à la chirurgie

L'annonce d'un cancer du sein marque le début d'un long voyage. Après la descente aux enfers dans la solitude de la maladie et la lente remontée qui s'ensuit, il est d'observation courante que s'instaure progressivement une disposition d'esprit propice à la réflexion, à l'élaboration parfois. Le bouleversement intense provoqué par cette atteinte à l'intégrité corporelle du sujet, relance des interrogations qui ne se limitent plus aux seules questions médicales. Le processus de soins mis en place, depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à la fin de

la reconstruction, oblige à l'introspection et peut donner lieu à une redécouverte de la vie psychique, voire à un remaniement de celle-ci. Une réorganisation psychique allant de pair avec le processus de reconstruction chirurgicale semble alors impérative pour que la reconstruction corporelle puisse ne pas être qu'un faux-semblant et prendre véritablement corps (Brullmann, 2007).

Le traumatisme est double, car l'annonce associe le mot "cancer" à celui de "sein", deux mots lourdement chargés de significations symboliques. Le psychisme est alors massivement envahi par une angoisse qui ne laisse place à rien d'autre qu'à cette idée de tumeur (tumeurs) dans le sein, de menace de mort imminente (Brullmann, 2007).

L'effraction brutale et imprévisible dans le fonctionnement psychique du sujet provoque en lui un véritable basculement et les ressentis évoqués par les femmes, au moment de l'annonce, font tous état de vide, d'abattement, d'effondrement, d'enfermement, d'incapacité à la pensée, de fuite, de panique, de perte des repères... (Brullmann, 2007).

- *L'état de stress post-traumatique*

La pathologie cancéreuse peut effectivement être vécue comme un événement traumatique dans le sens où :

- Elle peut entraîner la mort à moyen terme,
- La réaction du sujet suite au diagnostic est souvent apparentée à un choc,
- Des pensées intrusives peuvent devenir nombreuses et fréquentes,
- Des sujets s'occupent souvent de manière à ne pas y penser,
- Le fait de penser à la maladie entraîne parfois des réactions physiologiques intenses.
- La détresse émotionnelle se compose de symptômes anxieux, mais aussi dépressifs (Segestan- Crouzet, 2010).

- *L'effraction corporelle et son impact sur le psychisme*

La notion d'effraction corporelle proposée par Sibertin et Vidailhet permet de rendre compte des violences traumatiques imposées par la maladie, les traitements et parfois les discours qui entourent le patient. Cette notion d'effraction ajoute à ce que nous connaissons du trauma des maladies graves, une dimension d'aliénation. L'effraction vient du dehors et s'attaque à l'intime, ses traces sont durables, comme les cicatrices des interventions. Alors que le trauma concerne une irruption soudaine et brutale dans le psychisme provoquant une sidération de la pensée. (Venturini, 2014, p. 195)

L'effraction brise à la fois l'enveloppe corporelle et psychique à la manière d'un traumatisme que l'on pourrait qualifier de corporel. L'effraction est au corps ce que le trauma est au psychisme.

Ce cancer, et surtout ses traitements, sont une effraction du corps en tant que blessure par pénétration. Cette effraction brise à la fois l'enveloppe corporelle et psychique à la manière d'un traumatisme que l'on pourrait qualifier de corporel. Pour la patiente, l'intrusion se fait sur le corps et génère des fantasmes, affects et représentations pénétrantes qui endommagent l'image du corps. Intrusion, pénétration, mais aussi atteinte de l'intimité, perte de la continuité d'exister, menace de l'identité, atteinte de l'être dans son entier.

Le sujet dans cet état ne peut ni oublier, ni penser, il est à la fois possédé par la maladie et dépossédé de sa capacité d'autonomie corporelle et psychique, il est « *assujetti à la présence d'un autre en lui* ». (Venturini, 2014, p. 195)

- ***De l'effroi et de la sidération***

Face à l'annonce d'un cancer du sein surgit le plus souvent un temps de sidération, d'absence à soi-même, dont la durée peut varier de quelques heures à plusieurs jours, jusqu'à ce que cet enlèvement de la pensée cède la place à divers systèmes de défense dont l'excitation est sans doute l'un des plus remarquables. La psyché se trouve alors envahie par un débordement en cascade d'affects désordonnés.

Du vide au trop plein, dans l'excès, en proie à une avalanche de questionnements intérieurs (pourquoi moi, qu'ai-je fait pour mériter ça, pourquoi maintenant, etc.) d'autant plus vains que, sous l'effet du traumatisme, aucune réponse satisfaisante ne peut être trouvée. Les pensées s'entrechoquent, incapables de remettre de l'ordre dans ce bouillonnement désordonné, faisant tout au plus émerger un sentiment mêlé d'injustice et de culpabilité. (Brullmann, 2007)

- ***Les troubles émotionnels***

Le diagnostic de cancer du sein est une terrible épreuve pour les femmes, confrontées peut-être pour la première fois à la perspective de la mort. L'angoisse face au devenir et à l'incertitude provoquent un bouleversement psychique (Poinsot, Brédart & al, 2005). Le stress engendré par ce diagnostic de cancer peut perturber sérieusement la personne touchée et/ou son partenaire et aggraver les conditions des patientes (Griese-Davis, Hermanson, & al, 2000). Les partenaires peuvent présenter des niveaux de détresse au moins aussi importants que les patients eux-mêmes. (Panes-Ruedin, 2007, p.17).

Les femmes qui souffrent de dépression ont une image d'elles très négative, éprouvent également des difficultés avec leur désir (Speer & Hillenberg, 2005) et se désintéressent souvent des questions sexuelles (Katz, 2009). Les troubles psychologiques dès l'annonce du diagnostic,

l'adaptation aux traitements, l'angoisse d'un retour de la maladie diminuent fortement le désir chez la femme et mettent la sexualité au deuxième plan, derrière la lutte pour la vie (Gros, 2005).

3.3.2. L'image du corps chez la femme mastectomisée

La chirurgie mammaire, étape incompressible de la prise en charge du cancer, est à l'origine de mutilations venant modifier le schéma corporel mais surtout l'image corporelle. Nous allons essayer de nous pencher sur les différentes répercussions que peuvent produire ces modifications corporelles. Pour évoquer les concepts de schéma corporel et d'image du corps, il faut se tourner vers des domaines tels que la neurophysiologie, la psychologie génétique, la phénoménologie et la psychanalyse. Il est classique de distinguer le terme de schéma corporel comme relevant de la neurologie et celui d'image du corps comme relevant de la psychanalyse et de la psychologie.

Les neurologues s'intéressent à décrire, à travers le schéma corporel, des manifestations pathologiques de modifications de la perception du corps suite à des lésions du système nerveux central et périphérique. La psychologie quant à elle rend compte, à travers l'image du corps, de diverses manifestations psychopathologiques dans lesquelles la conscience du corps est atteinte. La réalité clinique oblige à penser le corps de façon plus complexe et intriquée que cette dichotomie schéma corporel / image du corps - simplificatrice et idéologique. Entre la réalité neurologique du schéma corporel et la réalité psychique de l'image du corps, il y a un va-et-vient nécessaire, car il est impossible de rompre artificiellement l'unicité de l'individu. Ainsi, en parcourant la littérature qui fait état de ces concepts, nous ne pouvons qu'en relever toute l'ambiguïté, et il paraît complexe d'avancer une définition qui soit partagée par la plupart des auteurs.

- *Schéma corporel*

Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce quels que soient le lieu, l'époque où les conditions dans lesquels il vit. Il intègre les informations relatives à l'ensemble du corps et sert de référence à l'acte moteur adapté. Dolto, dans son ouvrage de 1984 intitulé « l'image inconsciente du corps », parle de notre vécu charnel au contact du monde physique. En 1935, Schilder parle de l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Il insiste sur son rôle unificateur qui intègre de nombreuses données sensorielles (tactiles, thermiques, douloureuses, visuelles, vestibulaires, musculaires et viscérales) (Bruchon-Schweitzer, 1990).

Schilder a notamment développé ses travaux cliniques sur le phénomène du fantôme chez les sujets amputés, qu'il attribue à la persistance du schéma corporel antérieur du patient (où la zone amputée est encore représentée). Ainsi il retrouve l'existence de membres fantômes du bras, de la jambe mais aussi des fantômes des seins et de la verge. Selon lui, le fantôme est principalement représenté par des sensations tactiles et kinesthésiques accompagnées d'images visuelles.

Bien que Freud n'ait jamais parlé de schéma corporel ou d'image du corps, ses successeurs verront dans certaines de ses allégations un rapprochement possible : « *Le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un Moi de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface [...]. Le Moi est en dernier ressort dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui naissent à la surface du corps, à côté du fait qu'il représente la superficie de l'appareil mental* » (Freud, 1923, p. 238).

Dès lors, la profonde communauté entre le schéma corporel et le Moi est maintenant reconnue: « On peut concevoir la constitution du Moi comme unité psychique corrélativement à la constitution du schéma corporel. On peut aussi penser qu'une telle unité est précipitée par une certaine image que le sujet acquiert de lui-même sur le modèle d'autrui, et qui est le Moi [...]. » (Laplanche, Pontalis, 1967). L'intérêt porté aux sensations corporelles et à leurs relations avec les processus affectifs est repris par Schilder dans les années 30. Il fit l'hypothèse d'une relation entre l'investissement libidinal de certaines zones corporelles et des conflits psychiques spécifiques. L'individu chercherait ou éviterait la satisfaction de désirs liés à des zones particulières du corps ou à des zones symboliquement équivalentes.

Finalement l'ensemble des travaux montre que la formation progressive d'une image de son propre corps s'étaye sur des acquisitions multiples, non seulement visuelles et kinesthésiques (ce dont rend plutôt compte la notion de schéma corporel), mais aussi cognitives, affectives et sociales (découverte de l'autre et des frontières moi/autrui). La synthèse finale du développement de l'image du corps consiste à percevoir son corps comme unique, différents des autres et comme « sien », ce qui correspond aussi à l'appréhension de soi comme « objet » et « sujet ».

En conclusion de ce chapitre, nous sommes partis de la définition de Freud selon laquelle, le traumatisme serait un phénomène énergétique faisant irruption dans le psychisme effritant ainsi la pare excitation et générant une désorganisation psychique. Sachant que c'est du traumatisme que découle la résilience, les théories psychodynamiques et celles

écosystémiques nous aident dans la compréhension de la mise en place d'une bonne résilience. Afin de réussir à bien élaborer, l'individu a besoin de faire appel aux mécanismes de défenses tels que le déni, le clivage, l'intellectualisation, la mentalisation pour ne citer que ceux-ci et à doit à cet effet pouvoir compter sur une aide extérieure ou environnementale d'où l'abord des ressources externes. Dans les prochaines lignes, il sera question pour nous de poursuivre nos travaux dans le cadre opératoire avec d'entrée de jeu le chapitre quatrième axé sur la méthodologie.

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE

Dans ce quatrième chapitre qui chapote la deuxième partie de notre étude, il sera question pour nous de présenter l'ensemble des procédures utilisées pour obtenir des données et aboutir à nos résultats sur le vécu traumatique de la mastectomie et résilience chez les femmes mastectomisées. Pour y arriver, nous allons présenter tour à tour le site de l'étude, les critères et procédures de sélection des participantes, le type de recherche, la méthode de recherche, les techniques et outils de collecte des données. Ensuite, nous parlerons du déroulement des entretiens, des techniques d'analyse, des difficultés rencontrées dans la collecte des données et des considérations éthiques. Toutefois, avant de présenter ces points, il est nécessaire pour nous de faire un rappel de quelques éléments de la problématique de cette étude.

4.1. Bref rappel de quelques éléments de la problématique

Dans cette section, nous allons juste rappeler les éléments clés de la problématique. Il s'agit du problème de l'étude, de la question de recherche et de l'hypothèse générale.

4.1.1. Rappel du problème

Comme le stipule Cyrulnik et Duval (2006) suivant une approche écosystémique, la résilience est un concept développemental évoluant tout au long de la vie prenant en compte les facteurs contextuels. Pour eux, c'est un processus qui nécessite l'acquisition de la capacité à utiliser les ressources internes et externes présentes dans la vie d'une personne pour ainsi lui permettre de s'adapter à l'adversité à laquelle elle est confrontée. Sachant que la femme atteinte de cancer du sein ayant subi une mastectomie a vécu un traumatisme, sachant aussi avec Cyrulnik et Duval (2006) que le sujet enclin à une situation adverse doit pouvoir surmonter le traumatisme et dépasser l'adversité avec des forces renouvelées, l'étude pose le problème de la résilience chez la femme mastectomisée suite à un cancer du sein.

4.1.2. Rappel de la question de recherche

À partir du cadre théorique et du problème de recherche ci-dessus présentés, nous formulons la question de recherche suivante : Comment la femme mastectomisée suite à un cancer du sein parvient-elle à surmonter le traumatisme subi et à dépasser l'adversité ?

4.1.3. Rappel de l'hypothèse de recherche

En tant que réponse à une question préalablement posée, nous formulons l'hypothèse suivante : « la mise en œuvre du processus de résilience chez la femme à travers la mobilisation des ressources internes et externes permet de surmonter le traumatisme lié à la mastectomie.

4.1.4. Rappel de l'objectif

L'objectif de la présente étude est de comprendre comment la femme mastectomisée suite à un cancer du sein parvient à surmonter le traumatisme lié à la mastectomie et à dépasser l'adversité.

Après ce bref rappel de la problématique de l'étude, nous allons commencer notre exposé méthodologique en présentant le site de la recherche.

4.2. Site de l'étude

La présente recherche a eu lieu au sein de l'ONG Solidarité Chimiothérapie (SOCHIMIO). La SOCHIMIO est une association dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Il est situé dans la région du centre et plus particulièrement à la périphérie Ouest de la ville de Yaoundé, Département du Mfoundi, Arrondissement de Yaoundé VIe au quartier Melen non loin de la Gendarmerie Nationale.

4.2.1. Justification du choix du site

Il a été constaté que le cancer entraîne le plus souvent des incidences malheureuses aussi bien sur le malade que sa famille. Notre choix est porté sur cette structure car elle a pour cible les personnes atteintes de cancer. De même, la SOCHIMIO a pour mission principale d'offrir des services afin de venir en aide aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches dans un système beaucoup plus rapproché. La présente étude s'intéresse particulièrement aux femmes ayant subies une mastectomie suite à un cancer du sein dans le but de comprendre comment celles-ci parviennent à surmonter cette situation nouvelle. Compte tenu de ceci elle apparaît la mieux indiquée dans le suivi des femmes mammectomisées.

4.2.2. Présentation de la SOCHIMIO

4.2.2.1. Création et évolution en ONG

L'Association Solidarité Chimiothérapie (SOCHIMIO) a été créée le 24 février 1999 à Yaoundé à l'initiative du Docteur Paul Ndom, Responsable du Service d'Oncologie Médicale à l'Hôpital Général de Yaoundé, appuyé par un groupe d'hommes et de femmes composé des

malades du cancer, des membres de leurs familles, des amis, des personnels médical et paramédical et d'autres personnes de bonne volonté. Elle se définit comme une association d'action et de solidarité en vue de la prise en charge des malades du cancer au Cameroun.

Depuis cette date, ses multiples actions en faveur des malades du cancer ont amené les pouvoirs publics à lui accorder l'agrément d'une ONG en Janvier 2009.

4.2.2.2. Les objectifs

Les objectifs poursuivis par la SOCHIMIO sont les suivants :

- Chercher les voies et moyens pour réduire le coût du traitement du cancer au Cameroun ;
- Collecter les médicaments et le matériel médical et les mettre à la disposition des malades ;
- Faciliter les échanges entre les malades du cancer déjà traités et ceux en cours de traitement ;
- Apporter un soutien psychologique aux malades du cancer ;
- Informer le public sur la maladie cancéreuse à travers des campagnes de sensibilisation et la distribution des dépliants sur le cancer ;
- Eduquer les populations sur la nécessité de la prévention et du diagnostic précoce à travers les séances mensuelles d'Information et d'Education sur le Cancer (IEC) ;
- Accompagner les malades en phase terminale de leur maladie ;
- Plaider auprès des pouvoirs publics pour la prise en charge totale du traitement des malades du cancer au Cameroun ;
- Contribuer si possible à la recherche sur la maladie cancéreuse par la production des statistiques et des activités en partenariat ;
- Collaborer avec les associations ou personnes poursuivant des buts similaires.

Pour faciliter la compréhension de notre orientation méthodologique, nous jugeons nécessaire de présenter la typologie de notre recherche.

4.3. Type de recherche

Il s'agit d'une recherche qualitative et précisément de la Recherche Clinique (RC) qui est non-objectivante. Le terme recherche qualitative désigne généralement la recherche qui produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites, et le

comportement observable des personnes (Taylor & Bogdan, 1984). En effet, la Psychologie Clinique (PC) vise à envisager la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation (Lagache & Rosenblum, 1979). Dans le domaine de la souffrance, la Psychologie Clinique s'intéresse aux malades atteints de troubles organiques ou handicapés, de patients en traitement (Fernandez & Pedinielli, 2006). Pour ces deux auteurs, il ne s'agit pas seulement d'interroger l'origine des maladies mais d'appréhender aussi les comportements, le vécu, les discours et les émotions des sujets (malades, familles de malades, soignants). Ils estiment que la Psychologie Clinique s'intéresse aux rapports que le patient entretient avec sa condition de malade, occasionnellement à la manière dont il participe à l'apparition, au maintien, ou à l'aggravation de sa maladie. Par ailleurs, Anaut (2006) affirme que l'étude de la résilience vient compléter le champ de la psychologie clinique et de la psychopathologie en constituant un nouveau modèle fondé sur l'approche centré sur le sujet considéré dans sa globalité, avec ses ressources et ses processus défensifs autant que ses fragilités. La Recherche Clinique repose sur l'idée que la situation clinique est la source d'inspiration et le lieu d'élaboration de la recherche (Fernandez & Pedinielli, 2006). Selon ces deux chercheurs, ce type de recherche permet une étude approfondie d'un sujet fondé sur une pratique de la communication langagière.

En effet, nous cherchons dans cette étude à appréhender la façon dont les femmes ayant subies une mastectomie font pour surmonter le vécu traumatique suite à la nouvelle situation, cerner la fonction ou le sens des mécanismes d'adaptation dans le processus de résilience. En plus, dans ce type de recherche, l'accent est mis sur l'expérience de la personne, telle qu'elle l'a vécue : *« l'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes, leurs croyances, leurs émotions et leurs explications des événements sont considérées comme autant de réalités significatives »* (Mayer et al., 2007). De même, la présente étude est portée sur l'expérience distincte ou particulière de chaque femme dans le but de saisir de manière profonde les mécanismes mis en jeu dans le processus de résilience.

Comme tout type de recherche, la Recherche Clinique a une méthode spécifique.

4.4. Méthode de recherche

Selon Nkoum (2015), méthode vient du grec « methodos » qui signifie « route, voie, direction qui mène à un but » (p.59). Donc, il faut choisir ce chemin à l'avance pour pouvoir

atteindre l'objectif de son étude. C'est dans ce sens qu'Ardoino et Berger (2010) affirment que la méthode est un ensemble ordonné de manière logique, de principes, de règles, d'étapes permettant de parvenir à un résultat. Dans notre cas nous avons choisi comme « route », pour atteindre l'objectif de la présente étude, la méthode clinique. En effet, la psychologie clinique désigne à la fois un domaine et une méthode (Fernandez & Pedinielli, 2006).

4.4.1. Méthode clinique

La méthode clinique vise à recueillir in vivo des informations fiables par des techniques spécifiques (observation, entretien, test, échelle, analyse des productions du sujet) et à comprendre la conduite d'un sujet à partir de trois postulats : dynamique, genèse, totalité (Fernandez & Pedinielli, 2006). Pour ces auteurs, les principes de la méthode clinique sont : la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution des conflits.

Nous avons choisi la méthode clinique parce qu'elle prend en compte la singularité du sujet et la totalité de la situation. En effet dans notre recherche, nous voulons cerner les processus qui permettent aux femmes ayant subi une mastectomie de rebondir malgré le vécu traumatique.

Cependant, pour Lagache et Rosenblum (1979), la Psychologie Clinique a pour domaine l'humain (« Homme en situation ») et pour méthode l'étude des cas singuliers.

4.4.2. L'étude de cas

D'après les études de Yin, (1984) cité par Collerette, (1997), l'étude de cas se définit comme une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle où les limites et les phénomènes ne sont pas nettement évidentes et dans laquelle les sources d'information multiples sont utilisées. A partir de cette définition, l'étude de cas a pour fonction de rapporter une situation réelle, prise dans un contexte, et à analyser pour découvrir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse (Collerette, 1997). Considérée comme méthode de recherche, l'étude de cas est comme une observation approfondie et prolongée d'un sujet dans le but d'une étude exhaustive sur les caractéristiques, afin d'éclairer le comment et le pourquoi sur des points où le chercheur a peu de contrôle sur des événements étudiés. Et dans les situations où l'attention est dirigé vers les phénomènes contemporains dans un contexte de vie réelle (Yin, 1984 ; Eisenhardt, 1989 ; Smeltzer & Zener, 1992, cités par Collerette 1997).

Selon Gagnon, (2012) cette méthode de recherche présente plusieurs avantages qui se résument comme suit : fournir une analyse en profondeur dans leur contexte comme le cas de la femme mastectomisée dans un travail de résilience au Cameroun ; offrir la possibilité de développer les paramètres historiques (directement liés à l'individu ou au phénomène étudié) ; assurer une forte validité interne, les phénomènes relevés étant des représentations authentiques de la réalité étudiée. Un des intérêts de l'étude de cas consiste à fournir une situation où l'on peut observer l'expression d'un grand nombre de facteurs interagissant ensemble, ce qui permet de rendre compte de la complexité et de la richesse des situations comportant des interactions humaines, et de faire état des significations que leur attribuent les acteurs concernés.

Dans notre travail, l'étude de cas est appropriée parce qu'elle s'intéresse au vécu lié au traumatisme de la mastectomie et à la mobilisation des ressources de la résilience. Ainsi, il est donc important d'analyser de manière approfondie et précise les mécanismes en jeu.

4.5. Population et Critères de sélection des participantes

Notre population est constituée des femmes ayant subies une ablation du sein suite à un cancer du sein. Cependant nous avons défini les critères d'inclusion et d'exclusion qui sont indispensables pour le choix des participantes. La population visée par cette étude comprend des femmes francophones, ayant reçu un diagnostic pour un cancer du sein au cours des cinq dernières années et ayant subies une mastectomie d'un sein, étant en processus de guérison (post-traitements). Toutefois, les femmes âgées de moins de 40 ans qui désiraient participer à l'étude étaient privilégiées, principalement en raison du fait qu'elles sont moins nombreuses que les femmes plus âgées à recevoir un diagnostic de cancer du sein et que leur vécu diffère des femmes plus âgées (Gagnon, 2012, CNLCA, 2017).

4.5.1. Critères d'inclusion

Comme critères d'inclusions, nous avons :

- Avoir subi une mastectomie radicale et latérale ;
- La mastectomie doit avoir duré au moins un an ou deux ans car le processus de résilience se construit dans la durée;
- Ne pas avoir des antécédents neurologiques ou psychiatriques ;
- Accepter librement de participer à cette étude.

4.5.2. Critères d'exclusion

Sont exclus dans cette étude :

- Les femmes ayant subies une mastectomie partielle ou conservatrice ;
- Les femmes souffrant du cancer du sein en attente d'une mastectomie (préopératoire) ;
- Avoir des antécédents neurologiques ou psychiatriques.

4.5.3. Procédure de recrutements des participantes

En tenant compte des critères de sélection, l'échantillonnage non probabiliste a été utilisé, notamment l'échantillonnage par choix raisonné. En effet, ce type d'échantillonnage n'est pas basé sur les lois du calcul des probabilités (c'est-à-dire que chaque élément de la population n'a pas une chance égale d'être choisi). En outre, la technique de l'échantillonnage par choix raisonné se fonde sur le principe que le choix des participants est basé sur le jugement du chercheur par rapport aux critères de sélection adoptés. Cette technique est utilisée lorsque la problématique vécue vise une population particulière et de taille limitée (Ouellet et Saint-Jacques, 2000), ce qui est le cas dans ce mémoire. Par ailleurs, il s'agit d'une étude de cas dont l'objectif est d'appréhender la singularité de chaque sujet et non la généralisation des résultats.

Les participantes ont été recrutées via l'organisme « SOCHIMIO », qui a pour mission d'offrir des services afin de venir en aide aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches. À ce sujet, un premier contact a été réalisé auprès du président de l'organisme, qui s'est engagé à faire la promotion du projet auprès de la clientèle visée, soit les femmes mastectomisées suite à un cancer du sein, et ainsi de faciliter les rapports. Dès lors, sur la base de nos critères de sélection soit les femmes ayant subies une mastectomie, une liste de contacts téléphoniques nous a été remise afin que nous puissions rentrer en contact avec ces dernières. Elle s'est effectivement avérée efficace, puisque rapidement, les femmes contactées ont manifesté à l'étudiante-chercheuse leur désir de partager leur vécu et, par le fait même, de participer à la réalisation de ce mémoire.

Les participantes qui se sont montrées intéressées à participer à la recherche ont été contacté par l'étudiante-chercheuse par l'entremise d'un appel téléphonique et des messages whatsapp. Alors, nous nous sommes assurées de leur faire part des objectifs de l'étude, de même que des modalités de participation à l'entrevue (durée approximative, lieu, etc.). Les participantes étaient également informées des modalités concernant les règles de confidentialité liées à l'étude, ainsi que du caractère volontaire de leur participation. À la lumière de ces informations, les femmes intéressées avaient la possibilité d'accepter ou de refuser de participer

à la recherche. Ainsi, seules les femmes volontaires désirant réaliser l’entrevue ont été rencontrées. Sur 07 cas recensés, 03 contacts étaient indisponibles, 04 ont accepté de participer à l’étude. Sur ces 04 cas, 01 cas s’est déplacé pour l’étranger au cours de la recherche. Nous nous sommes retrouvés à la fin avec trois participantes. Les participantes retenues pour cette étude ont des caractéristiques spécifiques.

4.5.4. Caractéristiques des participantes

Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques de nos participants.

PARTICIPANTS CARACTERISTIQUES	Madame Nana	Madame Louise	Madame Marie
Age	39 ans	60 ans	53 ans
Genre	Féminin	Féminin	Féminin
Ethnie	Bamiléké-Béti	Bamiléké	Béti
Religion	Pentécôtiste	Catholique	Catholique
Profession	Communicatrice		
Niveau de scolarité	Licence en communication	Capacité en droit	BTS en management
Situation matrimoniale	Célibataire	Veuve	Célibataire
Rang dans la fratrie	3/3 ; 7/9	5/5	¼
Nombre d’enfants	02	04	01
Lieu de résidence	Ekounou	Bafoussam	Odza
Type de mastectomie	Mastectomie radicale du sein gauche	Mastectomie radicale du sein gauche	Mastectomie radicale du sein droit
Durée de la mastectomie	07 ans	03 ans	06 ans
Score à l’échelle de traumatisme de Davidson	Score : 84 Trauma important	Score : 96 Trauma sévère	Score : 77 Trauma important
Score à l’échelle de Wagnild & Young	147/175 Davantage de résilience	128/175 Davantage de résilience	133/175 Davantage de résilience

Tableau 4 : Caractéristiques des participantes

4.6. Techniques et outils de collecte des données

Les techniques et outils de recueil in vivo des informations (dans le respect de la situation naturelle et du contexte) représentent le premier niveau de la méthode clinique (Fernandez & Pardinielli, 2006).

4.6.1. Technique de collecte des données : l'entretien (semi-directif)

Selon Fernandez et Catteeuw (2001), l'entretien clinique est un des outils privilégiés de la méthode clinique dans la mesure où la subjectivité s'actualise par les faits de paroles à l'adresse du clinicien ou du chercheur.

L'entretien clinique est très important et indispensable en psychologie, que ce soit d'un point de vue de diagnostic, thérapeutique ou de recherche, permettant d'accéder aux représentations et aux émotions du sujet, mais aussi de recueillir des données anamnestiques. Il existe trois types d'entretiens : l'entretien directif, semi-directif et libre. Notre choix est porté sur l'entretien semi-directif car l'entretien directif est trop proche, trop rigide et donc sans intérêt pour cette recherche. De même, il nous a semblé difficile d'avoir recours à l'entretien libre qui très complexe. L'entretien semi-directif permet d'aborder plusieurs thèmes et indicateurs (sous-thèmes) et entre ces thèmes le participant organisera librement son discours. Cet entretien nous permet aussi d'approcher l'histoire des sujets mais aussi leurs stratégies défensives.

Dans cette étude, l'entretien semi-directif occupe une place très importante car elle permettra de procéder à une exploration en profondeur, d'avoir accès à l'expérience des personnes et de comprendre de l'intérieur les enjeux de l'expérience. De ce fait, il permettra d'avoir accès aux sentiments, idées et émotions les plus profondes des femmes mastectomisées suite à un cancer du sein.

4.6.2. Outils de collecte des données

La méthode clinique utilise plusieurs outils de collecte des données, notamment le guide d'entretien, les tests, les échelles ou questionnaires (Fernandez & Pardinielli, 2006). Dans la présente étude, nous avons utilisé un guide d'entretien et des échelles.

4.6.2.1. Guide d'entretien

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, pour mettre en oeuvre de façon pertinente et efficace l'entretien clinique de recherche, il faut utiliser un guide thématique ou guide d'entretien (Delhez, 1994 ; Fernandez & Pardinielli, 2006). Le guide d'entretien est un document qui regroupe l'ensemble des thèmes et sous-thèmes à aborder lors d'une entrevue. Cet outil permet au chercheur de suivre la méthodologie définie au préalable. Plus qu'une simple liste de thèmes, le guide d'entretien a pour but de fournir un cadre général ordonné à l'entretien.

Le guide d'entretien s'articule autour de quatre (04) thèmes principaux déclinés en plusieurs sous-thèmes. Il se présente comme ci-dessous :

- **Préambule**
- **Identifiant du participant**
- **Données socio-démographiques**
- **Données cliniques**
- **Thème1:Vécu avant la maladie**
 - ↗ **Sous-thème 1** : Représentation de soi
 - ↗ **Sous-thème 2** : Vécu quotidien avant la maladie
- **Thème 2** : Vécu lié à l'annonce du cancer du sein et l'ablation
 - ↗ **Sous-thème 1** : Contexte de l'annonce ;
 - ↗ **Sous-thème 2** : Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce de l'ablation
- **Thème 3** : Vécu après la mastectomie
 - ↗ **Sous-thème 1** : Vécu quotidien après la mastectomie (conséquences sur les différentes sphères de la vie)
 - ↗ **Sous-thème 2** : Représentation de soi après la mastectomie
 - ↗ **Sous-thème3** : ressenti et attitude face à la nouvelle condition de son corps
 - ↗ **Sous-thème4** : Le regard des autres après la mastectomie
- **Thème 4** : La résilience
 - ↗ **Sous-thème 1** : Mobilisation des ressources internes
 - ↗ **Sous-thème 2** : Mobilisation des ressources externes

4.6.2.2. Echelle de traumatisme de Davidson

L'Échelle de Traumatisme de Davidson (1997) est un outil d'évaluation qui a été créé par Davidson et ses collaborateurs. Dans sa version originale anglaise, le *Davidson Trauma Scale* a été élaboré à partir d'expériences traumatiques diverses et en se basant sur les critères diagnostiques ainsi que sur la symptomatologie de l'ÉSPT du DMS-IV. L'ETD a été traduite en français en 1998 par le distributeur (Multi Health Systems Inc.) à partir de la version originale anglaise.

L'ETD est un court questionnaire qui demande à une personne de répondre à des questions relatives au traumatisme qui fut le plus bouleversant pour elle (Annexe 8). Le sujet doit répondre à 17 questions qui correspondent aux divers critères diagnostiques d'un ESPT, en

donnant pour chaque symptôme éprouvé pendant la semaine antérieure une valeur selon une échelle de type Lykert. L'ETD évalue la fréquence et la gravité des symptômes.

Les valeurs de la fréquence des symptômes varient de : 0 = pas du tout ; 1 = 1 fois seulement ; 2 = 2 ou 3 fois ; 3 = 4 à 6 fois ; 4 = tous les jours. Les valeurs de la gravité des symptômes varient de : 0 = pas du tout pénible ; 1 = pénible de façon minimale ; 2 = modérément pénible ; 3 = pénible de façon prononcée ; 4 = extrêmement pénible. L'interprétation se fait sur la base du score globalisant la fréquence des symptômes et la gravité des symptômes obtenu sur les 17 items. Les conclusions sur le score total sont les suivantes :

- 61 ou moins : trauma léger ;
- 62-69 : trauma modérée ;
- 70-89 : trauma important ;
- 90 et plus : trauma sévère.

4.6.2.3. La RS-25 de Wagnild & Young (1993)

La RS-25 est une échelle d'autoévaluation à 25 items, conçue pour évaluer les attributs personnels positifs en lien avec la résilience (Wagnild & Young, 1993). Ces deux auteurs l'ont mise au point pour refléter cinq composantes de la résilience : la persévérance, l'équanimité, le bien-fondé, l'autonomie, la solitude existentielle. Ceci, afin d'évaluer les caractéristiques d'un individu lui permettant de pallier aux effets nocifs du stress et de s'adapter à la situation d'adversité à laquelle il est confronté. Elle comprend deux dimensions, soit « compétences personnelles » et « acceptation de soi et de la vie » (Patry & Ford, 2016). Le recours à cet instrument d'évaluation, présentant des appuis au niveau de ses caractéristiques psychométriques, vise à indiquer le niveau de résilience des participants de l'étude.

Les réponses sont notées selon une échelle de Likert à sept points allant de 1 (en désaccord) à 7 (d'accord). Les coefficients alpha de Cronbach sont dans une fourchette de 0,73 à 0,91. Les résultats finaux varient entre **25 et 175**, où un résultat plus élevé signifie davantage de résilience.

4.7. Déroulement des entretiens et passation des échelles

Il convient dans ce paragraphe de préciser le cadre dans lequel se sont déroulés nos entretiens avant d'aborder par la suite les conditions qui ont présidés leur réalisation. Nous avons rencontré nos sujets par le biais de l'organisme SOCHIMIO à Yaoundé. Nous avons

travaillé avec 03 femmes. Les entretiens étaient individuels. Ils se sont déroulés dans une salle de l'organisme et dans le domicile de chacune des participantes.

Nous avons réalisé deux (02) séances d'entretiens avec chaque sujet. Celles-ci étaient individuelles pendant une période de 1h05 minutes. Pour cela nous avons fait usage de notre guide d'entretien. Le premier entretien était consacré à l'entretien de prise de contact. Au cours de cet entretien, nous avons présenté aux participants les objectifs notre recherche tout en leur garantissant la confidentialité et l'anonymat des informations. Nous avons répondu aux interrogations des participants afin de favoriser un climat de confiance. Nous leur avons aussi présenté le formulaire de consentement éclairé qu'ils ont librement approuvé, et ensuite nous avons relevé les données sociodémographiques. Le deuxième entretien concernait les thèmes 1, 2, 3 et 4 ainsi que la passation du test de traumatisme de Davidson et de l'échelle de résilience de Wagnild et Young.

Au cours des entretiens, nous avons utilisé un enregistreur audio. Cependant, les participants ont été préalablement mis au courant de leur utilisation lors du premier entretien. L'ensemble des données, tant verbales que factuelles, ont été transcrites à l'aide d'un logiciel informatique (MS Word). A la fin de chaque entretien, nous remercions le participant pour sa disponibilité.

Dans la présente, étude nous avons trouvé nécessaire d'adresser le formulaire de consentement éclairé aux sujets. Ceci a participé à la mise en confiance de nos participantes qui se sont correctement ouvertes à nous. Elles ont ainsi manifestés leur désir de participer à cette recherche et se sont rendus très disponible. Au cours, des entretiens, nous nous sommes attelés à respecter la dignité des sujets, leur vie privée ainsi que leur confidentialité. Cette attitude nous a permis d'avoir accès à des données de qualité. Les sujets ont été informés de la nature de la recherche, des buts poursuivis et de l'utilisation des résultats. Les participants étaient entièrement libres d'accepter ou de refuser de participer à la recherche et ce, sans aucune conséquence. Une formule de consentement à participer à la recherche et à l'enregistrement des entretiens fut signée par chaque sujet. De plus, le contenu des entretiens est resté anonyme et confidentiel.

4.8. Technique d'analyse des résultats : analyse de contenu

L'analyse de contenu est un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration s'appliquant à des « discours » extrêmement diversifiés et fondé sur la déduction ainsi que l'inférence. Il s'agit d'un effort d'interprétation qui se balance

entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité, et, d'autre part, la fécondité de la subjectivité (Bardin, 1977). L'analyse de contenu s'organise autour de trois phases chronologiques : la préanalyse, l'exploitation du matériel ainsi que le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation. Pour cet auteur, la procédure comprend généralement la transformation d'un discours oral en texte, puis la construction d'un instrument d'analyse pour étudier la signification des propos. Ensuite, il y a l'intervention d'un chargé d'étude pour utiliser l'instrument d'analyse et décoder ce qui a été dit. Enfin l'analyse établit le sens du discours. Souvent les difficultés sont de rassembler des informations ambiguës, incomplètes et contradictoires, d'interpréter les similitudes et les différences entre répondants et parvenir à une analyse objective.

L'analyse thématique de contenu se veut avant tout « une technique descriptive des matériaux étudiés, susceptible d'identifier, de recenser et de classer les éléments de leur contenu en vue d'opérations ultérieures de comparaison, de contextualisation et d'interprétation » (Paillé & Mucchielli, 2008, p.188). Cinq étapes sont nécessaires pour mener à bien l'analyse thématique de contenu : la retranscription ; le codage ; la catégorisation ; l'élaboration de la grille d'analyse ; analyse des données.

➤ **La retranscription**

Généralement, cette retranscription est intégrale, quel que soit le nombre de pages, sinon des analyses fines sont très difficiles. Dans un premier temps donc, il va s'agir de réécrire très fidèlement les entretiens. Lors de cette étape de retranscription, il faut noter précisément le discours de l'enquêté tel qu'il est dit, sans omettre de préciser les silences, hésitations, ou comportements non verbaux observés (attitude de retrait, manifestations émotionnelles, etc.). La retranscription intégrale permet aussi d'éviter d'écarter trop vite de l'analyse des parties de l'entretien qui seraient jugées a priori inintéressantes, ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse (Compenhoudt et al., 2017). Pour ces deux auteurs, avant toute chose, il faut un matériau consistant et de qualité (en l'occurrence des entretiens) qui soit parfaitement restitué et entièrement disponible pour l'analyse. Ils pensent que quelles que soient les opérations auxquelles il sera procédé par la suite, il sera toujours possible de revenir à ce matériau de base et de s'y retrouver. Ensuite, il faut organiser ce matériau d'une manière qui permette son analyse.

➤ **Le codage**

Le codage correspond à une transformation des données brutes du texte. Ladite transformation qui, par découpage, agrégation et dénombrement, permet d'aboutir à une représentation du contenu susceptible d'éclairer l'analyste sur des caractéristiques du texte. Faire une analyse thématique consiste donc à repérer des noyaux de sens (des sous-thèmes) qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi. Généralement, l'ensemble des sous thèmes se déduit à partir du texte. Il s'agit du codage inductif ou enraciné ou ouvert (Ryan & Bernard, 2003), le chercheur n'établit pas la liste des sous-thèmes à étudier avant de travailler son corpus, celle-ci lui est a priori inconnue. Toutefois, dans certains cas, ceux-ci peuvent être définis à l'avance, à partir de la théorie et de la problématique (Bardin, 1991). Allant dans le même sens, Miles et Huberman (2003) parlent de codage conceptualisé ou préalable. Pour ces deux auteurs, lors des entretiens directs ou semi-directifs les thèmes abordés (Guide d'entretien) ont par définition été décidés à l'avance par le chercheur qui cherche à savoir quels contenus ils revêtent selon les personnes interrogées.

➤ **La catégorisation**

La catégorisation est une opération de classification des sous-thèmes par regroupement en thèmes. Pour Bardin (1991), la catégorisation peut employer deux démarches inverses : (1) le système de catégories est préétabli lorsqu'il découle des fondements théoriques hypothétiques ; (2) le système de catégories n'est pas donné à l'avance mais est la résultante de la classification analogique et progressive des sous-thèmes.

➤ **Élaboration de la grille d'analyse**

Une fois les thèmes et sous-thèmes identifiés, le chercheur doit les organiser les uns par rapport aux autres suivant une logique bien définie (Miles & Huberman, 2003 ; Paillé & Mucchielli, 2008). Cette organisation aboutie à l'élaboration de la grille d'analyse à partir du premier entretien. Pour consolider cette grille, on l'applique à un deuxième entretien, puis au reste du corpus. Les modifications nécessaires sont apportées et les nouveaux thèmes ou sous-thèmes sont ajoutés si nécessaire. Le but de cette opération vise la construction d'une représentation synthétique et structurée des matériaux étudiés. Avec cette représentation, on est en possession d'une vue schématisée de l'ensemble d'un matériau voire d'un corpus.

Dans cette étude, nous avons utilisé une analyse de type transversal, c'est-à-dire, celle qui rend compte non pas cas par cas, mais de manière groupée, en explorant l'ensemble des

thèmes de notre guide d'entretien. Pour procéder à cette analyse, nous avons construit une grille d'analyse. Les grilles d'analyse sont élaborées en fonction de la visée théorique qui a déterminé les consignes de recueil des données (Poirier, Clapier-Valladon&Raybaut, 1996).

De même, après avoir faire cette Catégorisation, nous avons procéder à la répartition des unités de sens sous les différents thèmes. Ensuite nous avons procéder au codage de ses unités de sens. Il est nécessaire de noter que nous avons définir les indicateurs en fonction de l'approche psychanalytique. Par ailleurs, les unités de sens repérés reflètent cette approche.

Hypothèse	Code	Variables	Code	Modalités	Code	Indicateurs	Observations			Résumé des observations
							+	-	+/-	
La mise en œuvre du processus de résilience chez la femme à travers les ressources internes et externes permet de surmonter le traumatisme	A	Traumatisme liée à la mastectomie	a	Vécu avant la mastectomie	1	Représentation de soi				
					2	Vécu quotidien				
			b	Vécu pendant la mastectomie	3	Contexte de l'annonce				
					4	Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce				
			c	Vécu après la mastectomie	5	Vécu quotidien après l'ablation				
					6	Représentation de soi				
					7	Ressenti face à la nouvelle situation de son corps				
					8	Regard des autres				

lié à la mastectomie	B	Résilience	d	Ressources internes	9	Le déni				
					10	Le clivage				
					11	L'intellectualisation				
					12	L'humour				
					13	La mentalisation				
			e	Ressources externes	14	Tuteurs de résilience : Famille, amis, collègues, soignants				
					15	Facteurs de protection : Spiritualité, ressources financières				
					16	Stratégies d'adaptation centrées sur le problème				

Tableau 5 : Grille d'analyse

Légende de la grille d'analyse:

+ : signifie existence de l'élément

- : signifie non existence de l'élément

± : signifie existence plus ou moins perceptible

- Comment lire la grille :

Il s'agira d'une grille à code binaire qui adoptera (A et B) comme variables (a, b, c...g) comme modalités, (1, 2, 3...) comme indicateurs. Précisons que si dans le discours d'une participante, l'information est absente, cela ne voudrait pas forcément dire qu'elle n'est pas importante. Elle peut être latente.

Exemples :

- **Si Aa1⁺ lire** : le vécu avant la mastectomie en ce qui concerne la représentation de soi est positive car la femme avait une image agréable d'elle-même ;
- **Si Ac7⁺ lire** : le vécu traumatique matérialisé par une mauvaise représentation de son corps après la mastectomie est plus perceptible chez Madame Louise.
- **Si Bg19⁺ lire** : les stratégies d'adaptation mis en œuvre par la femme mastectomisée en ce qui concerne la résilience est existante.

Nous retenons de ce chapitre que nous avons fait usage de la méthode clinique. Cette méthode a été choisie par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons obtenu 03 participantes. Nous nous sommes servis d'un Guide d'entretien pour collecter nos données. Ces données recueillies ont été analysées grâce à la technique d'analyse thématique de contenu (ATC). Ce sont ces résultats qui seront présentés dans le cinquième chapitre.

CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre de notre travail, nous allons procéder à la présentation et l'analyse des résultats à partir des données recueillies pendant nos différents entretiens sur le terrain de recherche. Dans un premier temps nous présenterons les participantes au cas par cas. Ensuite, nous ferons une analyse thématique des entrevues suivant la structuration de notre guide d'entretien. Enfin, nous présenterons quelques recommandations de nos participantes et nous analyserons la subjectivité du chercheur au cœur des différents entretiens.

5.1. Présentation des Résultats

Dans cette section, nous allons présenter l'anamnèse et les données cliniques de chaque participant de notre recherche. Dans le but de conserver l'anonymat de nos participants, nous leur avons attribué des pseudonymes. Il sera question de Madame Nana, Madame Louise, Madame Marie.

5.1.1. Présentation des participantes

5.1.1.1. Madame Nana

Agée de 39 ans, Madame Nana est une mère célibataire de deux enfants dont une fille de 15ans et un garçon de 8ans. Elle est Bamiléké/Béti et de religion pentecôtiste. Elle est troisième d'une fratrie de cinq enfants du côté maternel et septième d'une fratrie de neuf enfants du côté paternel. Ses deux parents sont encore en vie et ils s'entendent très bien. Elle est titulaire d'une Licence professionnelle en Communication d'Entreprise et travaille en tant que communicatrice dans une haute structure de la place.

En mars 2013, elle va constater une petite boule dans son sein gauche, qui va l'amener à consulter. Après traitement sur le diagnostic d'un kyste, ensuite d'un myome, c'est finalement en décembre qu'elle reçoit l'annonce de son cancer et par la suite l'ablation de son sein. Elle relatait les faits dans les moindres détails tels cela s'est passé et avec néanmoins la même intonation de voix. Elle parlait en faisant des gestes, battait des mains, tapait la bouche, son buste était droit. Elle est très souriante, accueillante et joviale.

5.1.1.2. Madame Louise

Agée de 60 ans, Madame Louise est une femme veuve depuis quelques années et mère de quatre enfants dont 02 filles 02 garçons. Originnaire de l'ethnie Baham dans la région de l'Ouest-Cameroun et de religion catholique, Madame Louise est enseignante de formation et comptable matière depuis l'obtention de sa capacité en droit il y a quelques années. Elle est

l'aînée d'une fratrie de cinq enfants soit 03 filles et 02 garçons. Elle travaille et vit dans la ville de Bafoussam, où elle poursuit par ailleurs ses études dans la même filière en Licence 1.

Elle a subi l'ablation de son sein gauche le 18 Novembre 2019 à l'hôpital Gynéco Obstétrique de Yaoundé, poussé par ses enfants, elle s'est sentie contrainte et après cela, elle a commencé à ressentir une grande tristesse et du désarroi. Au cours des entretiens, elle avait l'air fatigué, elle était brève dans ses propos, elle parle très peu et à voix basse. Elle est une femme forte de caractère.

5.1.1.3. Madame Marie

Agée de 53 ans et originaire de la région du Centre, de l'ethnie Ewondo, Madame Marie est une jeune femme autonome et entrepreneur et mère d'une fille unique de 24 ans qui vit à l'étranger. Elle occupe la première position dans une fratrie de quatre enfants soit 03 filles et 01 garçon. Ses rapports avec les membres de sa famille ne sont pas très tendres. Elle appartenait de naissance à une église Catholique et actuellement elle est membre d'une église pentecôtiste. Elle a fait des études supérieures et a obtenu un BTS en Management et hôtellerie. Elle s'est dévouée toute sa vie à sa profession d'hôtelière jusqu'à son renvoi malgré sa maladie en 2018, ce qui fut un choc pour elle et une marque d'injustice et par la suite par faute de moyens financiers elle a dû suspendre ses cours du soir en Licence professionnelle.

En 2016, pendant une visite gynécologique pour se faire opérer d'un myome et probablement se faire enlever l'utérus, que le médecin palpe son sein et ressens une petite boule qu'elle-même suspectait déjà en lui disant soudainement vous avez un cancer et nous allons laisser le myome pour enlever le sein de toute urgence. Ce fut très dur, elle fut dans le choc, surprise et elle a commencé à ressentir un gros énervement et un sentiment de culpabilité car elle se disait c'est à cause de sa négligence qu'elle en est arrivée là et si seulement si elle avait consulté plus tôt. Elle est très souriante aussi et très décontractée.

5.1.2. Présentation des résultats au test du traumatisme de Davidson et à l'échelle de résilience de Wagnild et Young

Participants	Madame Nana	Madame Louise	Madame Marie
Degré du trauma (ETD)	Score : 84 Trauma important	Score : 96 Trauma sévère	Score : 77 Trauma important

Tableau 6 : Résultats au test du traumatisme de Davidson

Participants	Madame Nana	Madame Louise	Madame Marie
Score à l'échelle de Wagnild & Young	147/175	128/175	133/175
	Davantage de résilience	Davantage de résilience	Davantage de résilience

Tableau 7 : Résultats à l'échelle de Wagnild et Young

5.2. Analyse des résultats au cas par cas

Dans cette partie de notre étude, nous allons faire l'analyse de nos résultats à partir des données recueillies. Pour y parvenir, la structuration thématique de cette analyse respectera celle de notre Guide d'entretien.

5.2.1. Cas de Madame Nana

Notre entretien avec Madame Nana s'est déroulé après son contrôle de routine. Lors de cette rencontre nous découvrons une femme dynamique, souriante et d'accueil chaleureux, un climat de confiance et de coopération s'est installé, le discours de participante était chargé d'émotion et de leçon tout au long de cet entretien.

- Vécu avant la maladie

A propos des informations liées à sa représentation, Madame Nana nous dit qu'elle avait un rapport plus ou moins bon avec son corps et son image d'elle-même. Elle ne se voyait pas trop belle mais pas moins belle. Son estime d'elle-même était moyenne. Elle nous dit : « *avant j'étais une très belle femme, j'avais un beau corps, des formes moyennes, tout était moyen sur moi, même ma poitrine était moyen, je n'avais pas de complexe véritable.* » Ce qui montre que la représentation de soi chez Madame Nana est perceptible (Aa1+). Concernant le vécu quotidien, Madame Nana vivait normalement avec une vie rangée et comblée entre travail, conjoint et enfant, pour elle c'était le bonheur espéré. Elle souligne : « *avant la maladie, c'est vrai je n'avais pas une santé très forte, mais j'étais pleine de vie, j'étais très festive comme tout autre jeune, j'avais des projets, des projets de mariage, j'avais même déjà un bon boulot, deux enfants, fille et garçon, un fiancé, vraiment je ne me plaignais pas. Ce n'était pas parfait mais ça m'allait.* » Tout comme la représentation de soi, le vécu est autant perceptible chez Madame Nana. (Aa2+)

- Vécu lié à l'annonce du cancer du sein et l'ablation

- *Contexte de l'annonce*

L'annonce d'un diagnostic grave est un événement traumatique, au sens où c'est un événement de la vie qui se caractérise par sa violence et son intensité, tout en entraînant des bouleversements chez la personne concernée et son entourage. Les paroles alors prononcées restent ancrées dans la mémoire et, habituellement, le patient et ses proches se souviennent avec précision de ce moment marquant de leur vie. En ce qui concerne, le contexte de l'annonce de l'ablation, après son accouchement en septembre 2013, après traitement hormonal, Madame Nana nous relate que : « *en mars, je constate une petite boule dans mon sein gauche, je suis de nature très curieuse et entre temps, j'ai des personnes autour de moi qui ont souffert de cancer du sein. Alors, je suis allé directement consulté, on a fait la palpation, ensuite une échographie et une biopsie qui révèle enfin un cancer du sein après un long parcours.* » Or, étant donné son jeune âge et en raison du fait qu'elle n'avait pas d'antécédents familiaux, elle tentait de demeurer positive quant au diagnostic, même si elle ressentait continuellement un doute à ce sujet au fond d'elle-même. Le verbatim ci-dessus démontre que le vécu lié à l'annonce a créé un effet de surprise qui vient bouleverser l'équilibre psychique chez la participante. Ce qui montre que le contexte de l'annonce est perceptif (Ab3+).

- *Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce*

En ce qui concerne ses réactions, nous ne pouvons dire que l'intensité du choc chez cette participante était grande, dès lors qu'elle nous dit ne pas avoir réagi négativement lors de l'annonce, dans le sens où elle n'a pas eu de réactions de tristesse, de colère ou de panique sur le coup. Elle a plutôt adopté une attitude positive, en souhaitant immédiatement se mettre en action. Dès le diagnostic, elle se sentait prête à foncer vers les prochaines étapes de guérison, tout en gardant la tête haute malgré un petit bouleversement. Elle affirme : « *dès qu'on m'a annoncé cela je suis tombée des nues, j'étais dépassé que l'affaire qu'on entend souvent que cancer, opération donc c'est vrai ! Mais je suis de nature très forte, très caractérielle, peut-être je ne réalisais même pas trop l'ampleur des choses, j'ai toujours eu mon sourire. Moi, j'étais dans l'action, je ne me suis pas effondrée. Moi, je n'arrêtais pas de dire au monde, moi l'histoire de l'annonce que t'es assise sur la chaise puis il te l'annonce, puis tu bascules en arrière, moi pour moi, ça n'a pas fait ça. J'ai commencé à m'informer et à me préparer mentalement du coup j'avais toujours une longueur d'avance. J'étais forte mais je me souviens que j'ai pleuré une seule fois.* » Ces sentiments sont plus ou moins perceptifs. (Ab4[±])

- **Vécu après la mastectomie**

- *Vécu quotidien*

Après son retour à la maison, Madame Nana nous raconte les changements que la mastectomie a créé ; ne pouvant plus bien prendre soin de ses deux enfants et de la maison avec son fiancé qui l'avait quitté à cause de sa condition, elle a dû rentrer vivre chez ses parents, mais avait très hâte de reprendre des forces et de retourner au travail. Elle précise : « *j'ai dû arrêter le travail et retourné ici chez nous alors que j'avais à peine signé mon contrat. (...) mais resté sans travaillé ça m'ennuyait ; c'est vrai j'étais malade mais après je ne pensais qu'à une chose reprendre ma vie d'avant.* » (Ac5+) Madame Nana a souligné que la mastectomie a eu des répercussions négatives sur sa vie conjugale, car son conjoint de l'époque influencé par sa famille a pris la décision de mettre un terme à leur relation à la fin de ses premiers traitements de chimiothérapie et de son ablation pour ensuite s'afficher en couple avec une autre femme. Même si les deux partenaires entretenaient une relation stable depuis près de neuf ans avec deux enfants, la maladie fut un obstacle de taille au maintien de celle-ci.

De ce fait, cette répondante a non seulement dû affronter seule la maladie, mais également faire face à une douloureuse séparation, ce qui fut très difficile à accepter. Aujourd'hui, cette mauvaise expérience fait en sorte qu'elle anticipe l'idée de rencontrer un nouveau partenaire amoureux, de peur d'être abandonnée par la suite si elle est à nouveau malade. Elle relève : « *Quand j'ai eu mon cancer du sein, suivi de ma mastectomie, lui il ne l'a pas accepté surtout que sa famille était même déjà contre lui disant que tu veux vivre avec un cadavre ? Or c'était l'année qu'on devait se marier et il est parti avec quelqu'un d'autre. On peut dire ça. Ça m'a détruit. Je sais que ce n'est pas tout le monde, mais je me suis dit « Si je rentre quelqu'un d'autre dans ma vie et que je suis malade, est-ce qu'il va partir lui aussi ? »*

En outre, après la mastectomie, au niveau de sa relation intime avec son mari, la fréquence de l'activité sexuelle a beaucoup diminué lors des rapports, son partenaire se sentait gêné par la cicatrice, car son mari faisait tout pour ne pas toucher cette partie de son corps malgré qu'elle fasse tout pour le rassurer. Elle dit : « *Mon fiancée, il ne voulait plus avoir des rapports sexuels avec moi. Je lui demandais tu crois que le cancer c'est un virus ou que ça va te contaminer ? Mais il ne comprenait rien. Lorsqu'on parvenait même à avoir les rapports, il évitait au maximum de toucher ma poitrine, or malgré l'ablation le plaisir à ce niveau se fait ressentir. Ce n'est pas parce que tu n'as plus de seins que le plaisir n'y ait plus. C'est dur de se rejeter par la personne avec qui on se sent le plus proche et chez certaines même ce manque d'affection provoque des rechutes mais heureusement Dieu m'en a épargné.* »

Toutefois, Après l'ablation, elle se sentait mieux et plus sécurisée, car pour elle le défi était avant tout de préserver sa vie à côté de celui de son sein, même si elle regrettait cette partie d'elle-même, très valorisée. Elle avait l'impression que son corps a changée, mais elle a fini par accepter cette nouvelle image qu'elle considère de positive. Elle traduit cela en ces termes : « *moi quand je sors-là je m'habille, je mets ma prothèse, si je ne te dis pas que j'ai un seul sein, tu ne sauras rien. Quand je me mirais, c'est vrai le sein n'était pas là euhhhh ! Pour moi ce n'était pas un handicap en tant que telle ma bataille, c'était que je dois vivre avec un sein ou pas je ne suis pas mannequin et Dieu m'a créé ainsi avec des formes moyennes, avant maintenant je m'aime et comme on dit je me sens (éclats de rires).* » (Ac6+)

- ***Le regard des autres***

Quant aux regards des autres, elle le prend plutôt bien, dans le sens où ces derniers la trouvent toujours coquette, bien vêtue et toujours souriante, elle nous dit à ce moment, que : « *c'est vrai qu'au début j'étais un peu gênée de me mettre nue devant les gens, mais en réalité cette maladie je ne l'ai pas volée ni achetée au marché du coup je ne gère pas. A l'époque, je ne pouvais pas me balader sans soutien, mais maintenant, je suis no stress, quand je suis au quartier comme maintenant, je suis sans soutien, je porte ma prothèse quand je sors.* » (Ac8+)

- **Mobilisation des ressources internes**

Dès l'annonce du diagnostic, le mécanisme de défense qui a été élaboré par Madame Nana est le clivage. Elle dit : « *dès que le médecin m'a annoncé cela certes j'ai eu très peur mais face à ses explications j'avais espoir vu qu'il m'a dit que la boule était encore très petite et que je n'étais qu'au stade 1 de la maladie cela m'a rempli d'espoir pour ma guérison.* » (Bd10+)

Pour ce qui est de l'intellectualisation, il ressort du discours de Madame Nana : « *mais comme je suis communicatrice et je suis très curieuse à la base, j'ai lu fais des recherches, du coup je savais à peu près ce qui m'attendait étape après étape, ma masse avait évolué certes mais elle était encore très petite du coup je ne paniquais pas trop. Je savais qu'en suivant mon traitement et avec l'aide de Dieu j'allais guérir.* » (Bd11+) Elle a tout fait pour avoir les informations sur le trauma et s'en sortir.

Concernant le processus de mentalisation, qui suppose une phase d'élaboration qui passe par la mise en sens du vécu traumatique et le processus d'historicisation, s'agissant de conférer un sens à la blessure, Madame Nana affirme : « *Toutes choses qui nous arrivent dans la vie*

c'est pour un but, nous donner de grandir, de nous découvrir et je n'en suis pas déçue, je me suis découverte autrement et plus forte. De plus, j'avais dit au Seigneur si tu me guéris je vais témoigner de toi et aujourd'hui, je suis une personne ressource, un exemple de femme forte, je passe à la télévision, j'arrive aujourd'hui à sensibiliser les gens, dans ma famille je ne suis pas l'ainée mais on m'a placé chef de famille, tout ceci c'est grâce au cancer si ça n'avait été cette maladie, je n'en serais pas là. » (Bd13+) La participante essaie de relativiser la situation tout en retenant le bon côté de la chose. Avec le temps, elle pouvait parler avec humour de sa situation. Elle s'exprime en ces mots : *« moi j'aime beaucoup blaguer, je suis toujours souriante à la base peu importe, moi quand je suis au quartier je me balade sans soutien-gorge comme je fais le ménage, je suis no stress (rires), j'aime mon corps et cette maladie je ne l'ai pas acheté au marché, non plus. » (Bd12+)*

Elle rajoute en disant : *« A la base je suis quelqu'un de positif. Moi, je vois toujours le bon côté de la chose plutôt que le mauvais. Moi, je n'étais pas positive dans le sens que c'est arrivé c'est arrivé non ! Mais dans le sens que je vais guérir, que j'ai ça à vivre, je vais le vivre. J'ai ça à faire, je vais le faire. Je pense que la force de mon caractère et le fait que dans la vie je suis de bonne humeur, toujours souriante puis je fonce. Je suis dynamique. Je pense que ça, ça m'a aidé. Le fait de ne pas m'apitoyer sur mon sort non plus. Tu vois on me découvre finalement le cancer mercredi, lundi je rencontre le Prof Ndom, je commence le traitement vendredi, je subis ma chirurgie et dans tout ça mon fils avait à peine 1an. »* De ce fait, elle considère que son attitude positive et sa force de caractère lui ont permis de mieux faire face à la maladie, voire de l'accepter, puisqu'elle souhaitait survivre malgré ce à quoi à elle ressemblerait par la suite.

- Mobilisation des ressources externes

Nous arrivons aux relations interpersonnelles où madame Nana nous affirme que dès les débuts tout son entourage familial, professionnel, et amical s'est senti concerné par sa maladie et lui a apporté tout le soutien nécessaire. Concernant les amis, les voisins, les collègues de service et le corps médical, Madame Nana nous dit : *« Ma force était mon Dieu, ma force était mes enfants, ma force était le soutien de ma famille, mes voisins, les tout-petits enfants, mon travail. Rends-toi compte à peine 6mois que je commence le travail et que j'ai signé mon contrat que je commence la maladie, ils auraient pu me renvoyer mais non ! Ils m'ont gardé et ont pris en compte près de 80% des frais médicaux, je n'étais pas utile à mon entreprise, ils avaient quel intérêt à me garder, il y a des gens parfois qui perdent leur emploi*

donc ça m'a beaucoup aidé d'avoir tous ces soutiens-là. Et encore, j'ai travaillé beaucoup d'argent pendant ma maladie, parfois le mal entraîne une bonne chose, j'avais pratiqué 2,5 millions dans mon compte pour dire le soutien massif que j'ai eu. » (Be11+)

Comme facteur de protection prédominant que nous avons relevé dans le discours de Madame Nana, nous pouvons citer la foi en Dieu et une forte ressource financière qui lui a permis de traverser l'épreuve de la maladie et de vivre une certaine sérénité à la suite de son traitement. Madame Nana mentionne ceci : *« Née d'une famille chrétienne très engagée, j'ai la foi en Dieu et je me dis c'est ça qui m'avait donné la force d'avancer. J'avais prié et dit à Dieu dès l'annonce de mon cancer, si je dois vivre qu'on ne dépense pas et que tu me conduises vers les bonnes personnes mais si je dois mourir vraiment que je parte sans souffrir et il m'a exaucé à tous les niveaux. Je fais toujours ce témoignage que si j'ai survécu ce n'est pas parce que je suis parfaite mais le Seigneur a jugé que je suis utile et aujourd'hui je suis à son service en tant que pasteur et ceci grâce à ce que j'ai vécu. » (Be15+)*

En analysant les éléments du discours de Madame Nana, nous constatons que cette dernière est bien renseignée par la maladie, la mastectomie et ses effets. Néanmoins, nous pouvons noter que l'annonce de la maladie et l'ablation du sein a engendré un traumatisme marqué par des réactions négatives qui conduit à la mise en place des mécanismes de défense et le l'apport des tuteurs de résilience qui justifierait la nécessité à vaincre l'adversité. Consciente du changement provoqué par cette maladie et ces traitements, Madame Nana reste confiante et motivée quant à son avenir. Elle a de grands projets de vie et envisage même de profiter de la vie tant qu'elle est en vie, de bien faire les choses en profitant de son entourage familial et amical qui l'ont soutenu tout au long de son parcours.

Elle atteste : *« Le fait d'avoir été malade m'a fait prendre conscience de la vie, du sens de la responsabilité, car je me dis que s'il faille que je meurs, je dois laisser un héritage. Alors qu'avant j'étais insoucieuse, ma vie était plus la grande vie, voyages, sorties. Mes amies maintenant roulent dans de grosses voitures ça aurait été mon cas certainement avant la maladie, mais mon souci actuellement c'est d'investir, me construire et actuellement je suis à mon deuxième duplex construit si je ne te dis pas tu ne peux pas savoir je ne vais pas m'arrêter là et ceci je peux dire c'est grâce au cancer qui m'a permis de me redéfinir et l'avenir de mes enfants est assuré. Et c'est la maladie et le rejet de certaines personnes qui m'a donné toute cette force et cette sagesse-là. »*

5.2.2. Cas de Madame Louise

- *Représentation de soi*

En ce qui concerne la représentation que Madame Louise se fait d'elle-même, elle s'exprime en ces termes : « *(avec un air de vantardise) Bon à vraie dire j'étais une belle femme avec de belles formes... vous voyez mes petits-enfants-là ils tiennent leur beauté de moi.* » (Aa1+) La représentation est perceptive et on note une haute estime de soi et un sentiment d'autosuffisance qui se dégage de Madame Louise en lien avec son discours.

- *Vécu quotidien*

Malgré le décès de son mari où elle se retrouve seule à faire face à la vie, Madame Louise s'occupe bien d'elle, ainsi que de ses petits-enfants, elle a une vie bien rangée entre travail, carrière et famille. Elle souligne : « *bon que dire ? Je me suis mariée assez tôt et suite au décès de mon époux qui n'a pas été facile, je me suis véritablement dédiée à mon travail et à mes enfants et petits-enfants malgré que je souffre de temps en temps de maladie.* » (Aa2[±]) Elle décrit sa vie d'avant comme une femme active, mais depuis, son tempérament a changé. Elle est devenue plus sensible et irritable, agressive et dure.

- **Vécu lié à l'annonce du cancer du sein et l'ablation**

- *Contexte de l'annonce*

En effet, Madame Louise, nous raconte qu'elle a très mal vécu l'annonce de sa maladie, plus important encore l'annonce de sa mastectomie, la décrivant ainsi comme un moment effroyable, un choc et une situation pour elle qui était de l'ordre de l'impensable et de l'inacceptable. Elle nous raconte : « *après mon opération des hémorroïdes, j'étais couchée au salon et je discutais avec une sœur, quand j'ai voulu tirer ma robe, ça bloque quelque part je regarde je crois que c'est le bout du sein et non, il y avait une boule qui collait sur la peau. Directement, j'appelle ma belle-fille qui était là qui est aussi médecin, c'est comme ça qu'on est allé à l'hôpital, on a fait des ponctions, la mammographie, des examens c'est là qu'on m'annonce que j'ai le cancer et qu'on doit m'enlever le sein. J'ai fui je suis rentrée chez moi à Bafoussam. (...) Après, j'ai rencontré un autre médecin qui m'a juste fait une petite chirurgie et à enlever la tumeur mais sans aucun suivi.* » (Ab3+) Le choc que reçoit l'individu lorsqu'il vient de perdre une partie de son corps entraîne des répercussions sur l'appareil psychique de l'individu surtout lorsque celui-ci n'a pas été préparé.

On peut dire que Madame Louise se perd dans la reviviscence du trauma et a par conséquent de la difficulté à se concentrer et à nous relater les faits. Par contre, l'intrusion, la répétition et l'envahissement dans la pensée de l'évènement traumatique fait en sorte qu'elle revit de façon obsédante le traumatisme par des pensées, des images, des flash-back, des sensations physiques, cauchemars, état de qui-vive au moindre souvenir.

- Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce de l'ablation

L'annonce d'un diagnostic aussi lourd pour un individu et la non préparation de l'individu face à une ablation laisse entrevoir des réactions et les émotions négatives face à la nouvelle situation. Ceci ressort des propos de Madame Louise : « *ma première réaction suite à l'annonce de la maladie et l'ablation de mon sein était la fuite. J'ai fui je suis rentrée chez moi à Bafoussam, ça m'a touché, ça m'a désaxé, et je me suis enfermée pendant au moins deux mois je ne voulais voir personne, je ne mangeais même pas, j'ai tout maigri, ce n'était pas facile, j'ai pensé à beaucoup de choses non seulement j'ai le cancer et on va aussi m'enlever le sein ? Comment ? Pourquoi ? J'ai failli mourir même avant mais après j'ai accepté et ça m'a donné la paix dans la tête.* » (Ab4+) Le déni, la fuite, les insomnies, le repli sur soi y sont perceptibles, dans lequel elle a fondu en larmes suppliant le médecin de ne lui enlever que la tumeur et non pas tout le sein.

- **Vécu après la mastectomie**

- *Vécu quotidien*

Face à cette nouvelle situation la vie reprend son cours mais chez certains individus cela devient plus difficile entre fatigue dû aux effets de la chimiothérapie et santé physique et psychologique. Toutefois, Madame Louise a su s'y faire et reprendre sa vie en main. Elle relève : « *ma vie aujourd'hui, non non non, moi je travaille hein, je fais mes business comme avant, je n'ai aucun problèmes majeurs. Même aujourd'hui, je suis dans mon service, j'effectue mes contrôles, la routine quoi !* » (Ac5[±])

Sur le plan conjugal, Madame Louise qui est veuve a souligné que la présence d'un conjoint lors de sa maladie aurait certainement facilité son expérience. En effet, celui-ci aurait pu lui offrir plusieurs formes de soutien, principalement en l'aidant à réaliser des tâches quotidiennes, à lui apportant un soutien moral, car selon elle son défunt mari et elle était de grands complices. Elle est également d'avis qu'un partenaire amoureux aurait pu lui fournir un soutien psychologique important, en faisant en sorte qu'elle ne soit pas laissée à elle-même.

Bien qu'elle ait pu bénéficier de la présence de ses enfants pendant cette période difficile de sa vie, Madame Louise souligne que ce type de soutien n'est pas comparable à celui qu'un conjoint aurait pu lui fournir.

« C'est zéro depuis plusieurs années (silence). Parce que mon mari est mort il y a quelques années. Nous étions très fusionnels. C'est plus difficile quand on est veuve. De ce côté-là, je me disais : « Ah, si j'avais quelqu'un avec moi, si mon mari était encore là ? »

- *Représentation de soi et ressenti face à la nouvelle condition de son corps*

A la première vue de sa cicatrice, Madame Louise remarque la détérioration de son corps et fond en larmes. Jusqu'à présent, madame Louise n'arrive pas à accepter son statut de femme mastectomisée, et ne l'acceptera pas *« tsuipps (avec un air triste), jusqu'aujourd'hui je ne comprends pas pourquoi il fallait qu'on m'enlève le sein»* réplique-t-elle. Néanmoins, elle se résigne à faire avec. Toutefois, en vue de cacher l'absence de son sein, elle utilise des boules de coton pour ne pas se faire remarquer par les autres. Madame Louise soutient ceci : *« les débuts sont très difficile, je réfléchissais beaucoup quant à ma nouvelle apparence, à quoi je vais même ressembler. Puis finalement, je me suis habitué à me voir sans mon sein et à l'accepter, c'était dur au départ, je me cachais même, je ne voulais pas me montrer aux autres personnes même mes sœurs mais maintenant je n'ai plus ce problème je m'accepte de plus je ne marche pas nue donc ! »* (Ac6±) Il semblait chez Madame Louise le rejet de la faute à sa mastectomie sur les autres dont sa famille et le corps médical et qui refuse de s'avouer sa maladie et le changement de son corps, utilisant par là un déni total de sa mastectomie dans les premiers temps.

- *Le regard des autres*

La société a parfois des appréhensions en ce qui concerne la maladie cancéreuse qu'il taxe encore de fatalité. Et quand on entend cancer du sein, du coup on s'attend à une chirurgie vu que beaucoup savent que c'est la seule solution et on ne peut pas y échapper. La difficulté réside souvent au niveau de la conciliation entre l'image de soi avant la mastectomie et celle qui doit désormais être réaménagé. Cependant, elle a plus ou moins relativisé la situation sachant que le regard de son entourage avait changé et l'a bien accepté. Elle dit : *« Le regard ? Est-ce que je marche nue ? Quand je m'habille est-ce qu'on voit ? Moi j'ai commencé à réfléchir sur cette affaire ci-là que le sein est toujours dans l'habit alors les gens n'ont pas besoin de savoir que j'ai un seul sein. Il y a une maman qui vendait le bouillon au quartier c'est*

dans ma maladie que j'avais même appris que cette femme n'avait même plus ses deux seins si on ne te dit pas tu ne peux pas savoir. Si on me disait qu'on va couper le bras, ça sera visible, si je passe là on va dire la femme qui a le bras coupé-là ; mais mon sein qui voit ? Personne ! Et en plus tous ces gens qu'on a coupé ci ou ça, ils ne vivent pas ? Pourquoi je dois me déranger avec ce que les gens pensent voilà comment j'ai raisonné. » (Ac8±)

- Mobilisations des ressources internes

L'adaptation au trauma consécutif à la perte d'un sein demande la mobilisation de certaines ressources pour faire face à une réalité trop insupportable. Chez Madame Louise nous avons relevé le déni et l'isolation dès l'annonce du diagnostic lorsqu'elle nous dit : *« lorsqu'on m'a parlé de cancer et d'opération, ça ne passait pas dans ma tête. Que ça sortait d'où ? Je ne voulais rien entendre de tout ce qu'on me disait. De là, j'ai fui et je suis rentrée chez moi à Bafoussam, je me suis enfermé au moins pendant deux mois, je ne voulais rien entendre. »* (Bd9+). Quelques temps après s'être faite à la réalité des choses, elle mentalise en disant ceci : *« [...] cette maladie est le plus grand coup dur de ma vie. Et je peux te dire que je suis passée déjà par pleines de difficultés mais cette maladie est en train de me démontrer que je suis plus forte que ce que je croyais. Tout le monde était surpris par la rapidité de ma récupération. J'ai découvert une très grande force mentale. »* (Bd13+).

- Mobilisations des ressources externes

Bien que les relations entre Madame Louise et ses enfants étaient tendues au départ car ils étaient pour son opération alors que elle non. Elle a fini par comprendre qu'ils ont été d'un grand soutien et d'une grande aide. Elle reconnaît aussi que sa force de caractère et le fait qu'elle soit une femme battante, forte et qui a la foi l'ont aidé à accepter la situation.

Concernant sa famille, elle relève : *« J'ai reçu le soutien incommensurable de mes enfants qui depuis le début ont été là pour moi ; même mes sœurs surtout celle qui me suit directement, elle a toujours été avec moi. »* (Be14+)

Comme stratégie d'adaptation, la recherche immédiate d'informations a également aidé Madame Louise à faire face à la maladie. Elle soulève : *« le fait de lire sur le sujet m'a beaucoup aidé à vivre cette situation. Internet est quand même extraordinaire hein, d'avoir des groupes où on peut raconter nos histoires et il y en a une multitude de groupes à propos du cancer du sein, où on peut recevoir de l'information. »* (Be16+) Le fait de lire sur le sujet à aider à diminuer la charge négative de l'affect car elle mentionne : *« J'ai lu aussi beaucoup de*

brochures sur la question du cancer, j'ai beaucoup lu sur la maladie, sur les femmes malades comme moi, j'ai vu aussi que chez les blancs c'était même très grave que ça ne laissait personne peut-être c'est aussi ça qui me réconfortait. » Elle envisage donc d'aborder directement le problème.

5.2.3. Le cas de Madame Marie

- **Vécu avant la maladie**
- *Représentation de soi*

Avant la maladie, Madame Marie était une femme avec une très grande assurance en ce qui concerne sa beauté physique et sa féminité dont elle ne manquait l'occasion de s'afficher et les faire valoir. Ceci ressort de son discours : « *ouffff (elle pousse un cri d'exclamation) avant, avant ? Comment je me voyais ? J'étais une très belle femme, je m'exhibais beaucoup, les seins dehors, je portais les choses pas très osé mais je savais montrer mon corps. Je me maquillais, j'étais rayonnante et très féminine malgré le fait qu'au travail j'avais un uniforme, quand je sortais de là, je savais mettre mes formes en évidence, je me sentais bien dans mon corps.* » (Aa1⁺) Cette exclamation chez Madame Marie marque un regret, de la nostalgie vis-à-vis de ce qu'elle a perdu.

- *Vécu quotidien*

Madame Marie est une femme pétillante, souriante qui a subi des coups durs dans la vie, des trahisons. Mais toutefois, elle était très dévouée à son travail qui l'absorbait au point où elle n'avait plus de « vie ». Elle précise : « *avant ma maladie, ma vie de façon générale, j'avais une vie assez épanouie. J'étais une femme totalement dévouée à mon travail, c'était boulot, boulot et boulot. Je n'avais d'yeux que pour mon travail et j'en suis là aujourd'hui faute à mon travail car j'ai négligé ma santé.* » (Aa2⁺) On ressentait à sa voix de la culpabilité et de l'amertume, car elle selon elle, elle se serait tellement donné à sa travail, à ses patrons au détriment de sa santé.

- **Vécu lié à l'annonce de la maladie**
- *Contexte de l'annonce*

Le contexte de l'annonce chez Madame Marie fut vraiment anodin, bien qu'elle ait senti cette masse dans son sein, elle ne s'y est pas trop attardée. C'est lors d'un rendez-vous gynécologique qu'elle se confronte à la triste réalité : « *bien avant, j'ai vu un médecin de l'entreprise pour m'enlever tout doute, mais comme on n'avait jamais le temps, c'est passé*

inaperçu. Mais je lui avais dit j'ai une petite boule-là, il me dit non ce n'est rien. Ensuite, c'était lors d'une consultation classique de gynécologie, on devait m'opérer des myomes et je voulais même qu'on m'enlève une fois l'utérus. C'est là que le médecin palpe le sein et ressens une boule et me dit zuuuuuuuuu ! L'utérus-là, on va même laisser, il faut déjà vous prendre en charge vous avez un cancer et on doit couper ce sein. » (Ab3+) L'annonce du diagnostic s'est faite de manière brusque et a plongé Madame Marie dans un état de choc immense car elle n'en revenait pas que cela puisse lui arriver de la sorte.

- Réactions et Sentiments éprouvés à l'annonce

Elle nous raconte que lors de l'annonce du diagnostic, elle se retrouve dans un état second, voyant en face d'elle que la mort, ne croyant pas ce qui était en train de lui arriver, elle s'évanouit et pleura, imaginant ainsi la mort, la fin de sa vie. Elle relate : *« quand il m'a dit qu'il allait enlever mon sein, sur le coup j'étais sur le choc, il a été très maladroit, je n'en revenais pas. J'étais dans sa clinique à Tsinga, je te dis j'ai marché de Tsinga jusqu'au carrefour Mvog-bi à pieds tellement j'étais dépassée. J'ai pensé à tout, à ma fille, ô mon Dieu elle n'a que moi et qu'est-ce qu'elle va devenir. Ce qui m'arrivait c'était intense. J'étais énervée j'ai même pleuré, je n'en revenais pas. » (Ab4+)*

- Vécu après la mastectomie

- Vécu quotidien

Entre trouble de l'image du corps (dont il sera question de se réapproprier son nouveau corps), répercussions sur la santé physique et psychologique à la suite de la mastectomie, le retour du milieu hospitalier pour le milieu de vie n'a pas été facile pour Madame Marie qui ne voulait que personne ne sache ce par quoi elle serait passée faisant tout pour dissimuler. Elle dit : *« à ma sortie de l'hôpital, ça n'allait pas physiquement, j'ai des problèmes de mobilité avec mon bras droit, du coup j'ai préféré resté à la maison et étant donné même qu'on m'avait renvoyé abusivement du travail J'ai fait un genre de petite dépression. J'ai pris une petite pilule pour l'anxiété. Je n'étais pas capable de parler. Quand on me demandait comment ça allait, je pleurais. On me demandait pourquoi je ne parlais plus à personne, mais je n'étais pas capable. Après, je dois l'avouer c'était très difficile sur le plan personnel. »*

Toutefois, elle affirme ne plus s'en faire pour des banalités du quotidien, qui auparavant pouvait lui causer de l'anxiété. Elle relativise désormais les situations et se concentre sur les aspects positifs de la vie. Madame Marie affirme : *« avant ma maladie, je*

n'avais même pas un instant pour moi, toute ma vie c'était boulot boulot boulot, aujourd'hui et encore que j'ai été renvoyé injustement dans ma maladie alors que j'y avais consacré toute ma vie au travail, maintenant je suis plus à même de prendre soin de moi, d'entreprendre, et de réaliser mes projets. Je sais maintenant que la vie est sacrée, la maladie peut revenir tôt ou tard, je fais plus attention certes mais j'en profite. » (Ac5+)

- *Représentation de soi et ressenti face à la nouvelle condition de son corps*

Redoutant tout ce qui vient à elle, Madame Marie avait du mal avec sa nouvelle image car elle ne se reconnaissait pas dans les débuts. Elle nous rapporte ceci : « *non seulement, je me retrouve avec un seul sein c'est vrai il y'en a chez qui on enlève même les deux mais ! Aussi j'ai perdu tous mes cheveux ma peau était lisse comme pour un bébé et j'étais noire je te dis que noire bien même, tu vois ton sac à main j'étais noir comme ça c'était horrible. » (Ac6±)*

Quant à son attitude, il ressort : « *moi qui aimais bien mon corps, j'ai refusé tout contact visuel avec celui-ci (me montant sa poitrine, car elle sortait du bain), je refusais de me regarder ce n'était pas facile. Mais véritablement hein, je suis en vie que demander de plus, je suis une belle femme, ne me voit pas comme ça hein (rires) quand je me mets là, je mets ma perruque-là, mes prothèses qui c'est vrai sont parfois déséquilibrés mais j'ai trouvé ma bonne taille, après ce relooking tu ne peux même plus me reconnaître, toute ma beauté ressort donc j'ai pas ce problème, malgré l'âge qui avance je demeure une belle femme. » (Ac6±)*

- *Le regard des autres*

En ce qui concerne le regard des autres, dans les trois premiers mois qui suivirent l'ablation, elle craignait d'entendre parler les gens car elle faisait tout pour garder cela secret or ce fut en vain, mais avec le temps passé, elle devint indifférente à cela : « *vers les débuts je me cachais hein, même si on ne pouvait parfois pas s'en douter je pensais que j'étais exposé et j'avais honte. De plus, malgré que j'aie tout fait pour garder ma maladie secrète, les gens autour de moi on sut et tout le monde se posait des questions. Je l'ai mal vécu, j'ai même pensé aller me faire une reconstruction tel que j'avais lu car les prothèses me gênaient parfois, mais après j'ai compris que tout cela était dans ma tête et c'est passé. » (Ac8±)*

- **Mobilisations des ressources internes**

Comme mécanisme de défense, il ressort du discours de Madame Marie, les mécanismes tels que le déni, l'humour, la mentalisation et bien d'autres. Concernant le

mécanisme de l'humour, il ressort : *« depuis ma maladie avec mon licenciement, je ne me laisse pas faire. Ceux qui croyaient me faire tomber et que je ne me relèverai pas ont honte maintenant. Quand je veux sortir là, je mets ma perruque, je me maquille comme toutes les femmes, on ne peut même pas imaginer que celle-ci comme ça, elle n'a même pas 100f dans son porte-monnaie (rires aux éclats). C'est la grâce de Dieu après tout, je suis debout. »* (Bd12+) Pendant sa maladie, elle a connu bon nombre d'évènements douloureux notamment son licenciement. Avec ces successions d'évènements négatifs, son psychisme a du mal à supporter et l'humour est utilisé afin de lui procurer un bienfait chaque fois qu'elle doit faire face à ce qui lui arrive.

Nous avons la mentalisation : *« Pour moi, ce que j'ai vécu fait partie des épreuves de ma vie. C'est une maladie qu'on a m'aurais fait selon certaines personnes dans mon lieu de travail, précisément mon chef. Je peux dire que ces gens-là ont profité de la maladie pour m'atteindre. Mais ils n'ont pas réussi car par la grâce de Dieu je suis debout. De plus, cela m'a permis de voir le vrai visage de certaines personnes, finalement même, tout ceci est un message de Dieu pour moi. Je vivais à cent à l'heure ! Je pense que Dieu voulait donner une nouvelle direction à ma vie... et maintenant, je sais ce qui est essentiel pour moi. »* (Bd13+)

- Mobilisation des ressources externes

Madame Marie puise son courage et sa force dans la religion et sa fille : *« Cette force ! Pour résumer il y a Dieu et ma fille, je devais me battre pour elle. En fait, j'ai compris que si ce n'était pas Dieu tu ne serais pas en train de me parler là, il m'a protégé de tous ceux qui voulaient mon mal. Je te dis pendant ma maladie grâce aux jeunes et à la prière, je me suis davantage rapproché de Dieu et j'ai atteint un niveau spirituel incroyable qui m'a permis de surmonter cette situation. Aussi pendant ma maladie j'avais fait le rêve d'une amie déjà décédée je voulais arrivée chez elle dès qu'elle me voit elle m'intercepte de retourner chez moi que je ne dois pas venir chez elle tu comprends que Dieu parle et la mort n'était pas pour moi. »* (Be15+) Ainsi que dans l'équipe des soignants qui l'ont beaucoup soutenu : *« Je n'ai eu aucun problème. Vraiment, sur le département d'oncologie, elles sont géniales, elles sont vraiment gentilles. Tu te sens toujours importante quand tu arrives. Mon chirurgien-oncologue, si j'avais quelque chose, j'appelais et il me rappelait dans la journée souvent. Il y avait aussi une infirmière qui m'a été de bon soutien, jusqu'aujourd'hui on a gardé le contact, elle est une bonne amie. »* (Be14+) Nous relevons aussi la ressource financière abondante.

Par contre, pour Madame Marie, la famille n'a pas joué son rôle escompté si ce n'est qu'elle a été un facteur de risque tout comme son licenciement pendant sa maladie. Elle dit : « euhhh franchement, je suis seule (grand silence). Comme dans toutes les familles, il y a l'enfant préféré et peut-être toi qui me parle tu es l'enfant préféré chez vous ça se voit. Aux yeux de ma mère on dirait je méritais ce qui m'arrive du coup elle était là comme si elle n'était pas. La seule sœur avec qui je m'entends elle vit au Canada donc on ne peut dire que ma famille m'a soutenu. Je préfère ne plus en parler. (Regard triste) » (Be14-)

5.3. Analyse transversale des entretiens

Elle nous permet de ressortir les ressemblances et les différences entre participantes de l'étude.

5.3.1. Le vécu avant la maladie

Toutes les participantes de l'étude avant la maladie avaient plus ou moins le même style de vie entre conjoints, travail, enfants et famille. Elles avaient une vie rangée, comblée sans difficultés énormes. Elles vivaient paisiblement sans savoir qu'un jour leur vie viendrait à basculer suite à l'annonce inédit d'un cancer.

Concernant, leur représentation de soi, tous les sujets ont décrit avoir un rapport plus ou moins bon avec leur corps et leur image d'elle-même avant la maladie. Elles se voyaient belles, avec des belles formes chacune. On note donc chez nos participantes avant la maladie, une bonne estime de soi, nos participantes s'aimaient et semblaient fières de leurs atouts féminins. Nous le confirmons avec Madame Marie qui le traduit en ces termes : « ouffff (elle pousse un cri d'exclamation) avant, avant ? Comment je me voyais ? J'étais une très belle femme, je m'exhibais beaucoup, les seins dehors, je portais les choses pas très osé mais je savais montrer mon corps. Je me maquillais, j'étais rayonnante et très féminine malgré le fait qu'au travail j'avais un uniforme, quand je sortais de là, je savais mettre mes formes en évidence, je me sentais bien dans mon corps. »

5.3.2. Vécu lié à l'annonce du cancer et l'ablation

Dans le discours des répondantes entourant la découverte du cancer et son annonce, il est possible de distinguer des parcours distincts en fonction des participantes. Aucune de nos participantes n'avaient eu d'antécédents familiaux. Néanmoins, la découverte du cancer du sein s'est effectuée en raison d'une anomalie qu'elles avaient préalablement identifiée sur leur sein. Ce qui les a incitées à consulter un médecin d'entreprise ou un médecin d'une clinique médicale,

et ce, le plus rapidement possible. En raison du fait que ce sont les répondantes elles-mêmes qui ont pris conscience que leur sein présentait une anomalie, le moment entre les tests diagnostiques et l'annonce du cancer du sein fut une période particulièrement éprouvante pour elles, puisqu'elles étaient conscientes de l'éventualité d'être confrontées à un diagnostic de cancer.

Indépendamment de leur âge, l'annonce du diagnostic de cancer du sein fut un véritable choc pour toutes nos répondantes, qu'elles qualifient de « claque au visage ». Bien qu'elles aient elles-mêmes découvert leur anomalie mammaire, elles étaient tout de même surprises d'être confrontées à ce diagnostic. Au fond d'elles-mêmes, elles espéraient que leurs inquiétudes des semaines précédentes ne soient pas fondées. Malgré leur espoir de ne pas être malades, ces répondantes tenaient à se rendre à leur rendez-vous médical sans être accompagnées, car elles désiraient gérer leurs émotions elles-mêmes sans avoir à se préoccuper des sentiments de leurs proches. Leur réaction immédiate fut d'éclater en sanglots dans le bureau de leur médecin (Madame Marie). Pour elles, l'annonce du diagnostic a suscité une réaction de panique, engendrée par la peur de mourir et de ne pas s'en sortir (Madame Louise et Madame Marie). Cette crainte fut particulièrement présente dans le discours de Madame Marie, une mère monoparentale d'une fillette alors âgée de 15 ans. Chez cette répondante, la peur de la mort semblait surtout liée à son rôle de parent, car elle craignait que sa fille se retrouve orpheline. Cette dernière ressentait le besoin d'être rassurée par l'équipe médicale, en obtenant un maximum d'informations sur son état de santé et les traitements à envisager.

Madame Marie nous dit : « *quand il m'a dit qu'il allait enlever mon sein, sur le coup j'étais sur le choc, il a été très maladroit, je n'en revenais pas. J'étais dans sa clinique à Tsinga, je te dis j'ai marché de Tsinga jusqu'au carrefour Mvog-bi à pieds tellement j'étais dépassée. J'ai pensé à tout, à ma fille, ô mon Dieu elle n'a que moi et qu'est-ce qu'elle va devenir. Ce qui m'arrivait c'était intense. J'étais énervée j'ai même pleuré, je n'en revenais pas.* »

À l'inverse, une répondante, Madame Nana a mentionné ne pas avoir réagi négativement lors l'annonce, dans le sens où elle n'a pas eu de réactions de tristesse, de colère ou de panique. Elle a plutôt adopté une attitude positive, en souhaitant immédiatement se mettre en action. Dès le diagnostic, elle se sentait prête à foncer vers les prochaines étapes de guérison, tout en gardant la tête haute malgré un petit bouleversement.

Nous avons relevé que les participantes ont éprouvé le sentiment de tristesse, le sentiment de culpabilité, le sentiment de désespoir et le sentiment de honte qui constitue le vécu traumatique mais aussi un sentiment vif d'espoir pour le cas de Madame Nana.

5.3.3. Vécu après la mastectomie

Les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie ont entraîné certaines difficultés chez les répondantes. À ce sujet, elles ont ressenti plus ou moins une grande fatigue, et ce, plus spécifiquement les jours suivant le traitement. Cette fatigue empêchait parfois ces femmes de réaliser leurs tâches quotidiennes, en raison d'un manque d'énergie et de force. Malgré cette grande fatigue, certaines répondantes réussissaient à accomplir leurs tâches quotidiennes sans problèmes, particulièrement les femmes qui avaient des enfants à charge et qui pouvaient plus difficilement déléguer leurs responsabilités.

Lors des entretiens, les répondantes ont mentionné que l'arrivée du cancer a eu de nombreuses répercussions dans leur vie personnelle. Ces répercussions concernent, plus spécifiquement, leur santé physique et psychologique. Bien que les conséquences du cancer semblent plutôt négatives en ce qui concerne la santé physique des répondantes, il est intéressant de noter que la maladie a aussi eu un impact positif dans certains aspects de leur vie psychologique. Dans le même sens, les répondantes ont été en mesure d'aborder leur plus grande fierté dans ce qu'elles ont vécu, les éléments positifs liés à la maladie, ainsi que leur vision de l'avenir.

Certaines répondantes ont identifié des retombées positives de leur expérience de cancer et des traitements associés, l'une d'elles la qualifiant même de « cadeau ». À ce sujet, ces trois répondantes ont mentionné qu'elles étaient des personnes plus anxieuses avant la maladie. Elles faisaient des projets à long terme et elles pensaient beaucoup à leur futur plutôt que de vivre le moment présent. Elles ne pensaient pas que leur santé était fragile et que leur vie pouvait être en danger à court terme. L'arrivée de la maladie leur a donc permis de ralentir, de profiter des instants qui passent et de ne pas angoisser pour le futur.

Elles affirment ne plus s'en faire pour des banalités du quotidien, qui auparavant pouvaient leur causer de l'anxiété. Elles relativisent désormais les situations et se concentrent sur les aspects positifs de la vie.

C'est ce qui ressort des propos de Madame Marie qui affirme : « avant ma maladie, je n'avais même pas un instant pour moi, toute ma vie c'était boulot boulot boulot, aujourd'hui et

encore que j'ai été renvoyé injustement dans ma maladie alors que j'y avais consacré toute ma vie au travail, maintenant je suis plus à même de prendre soin de moi, d'entreprendre, et de réaliser mes projets. Je sais maintenant que la vie est sacrée, la maladie peut revenir tôt ou tard, je fais plus attention certes mais j'en profite. »

De plus, avec l'arrivée de la maladie, nos répondantes considèrent avoir évolué en tant que personnes. Certaines d'entre elles avaient antérieurement tendance à prioriser les besoins d'autrui avant leurs propres besoins, alors qu'elles s'écoutent et s'affirment davantage désormais. Elles savent que la vie n'est pas éternelle et que les gens qui tiennent à elles comprendront leurs choix et, dans le cas contraire, elles ne souhaitent pas dépenser leur énergie pour des relations négatives. Chez ces femmes, la maladie a provoqué une urgence de vivre, en ce sens qu'elles profitent aujourd'hui de chaque instant, comme s'il était le dernier. Même si elles ont survécu à la maladie, elles ne savent pas ce que l'avenir leur réserve et elles préfèrent vivre pleinement le moment présent. La maladie a également permis à certaines répondantes de réaliser des rêves et de foncer dans la vie, ce qu'elles n'auraient pas osé faire avant leur diagnostic de cancer. En effet, elles se disent maintenant qu'elles n'ont plus rien à perdre et que la vie est courte, ce qui les amène à foncer en se souciant moins des conséquences de leurs décisions et de leurs comportements. Dans le même sens, une a aussi mentionné donner moins d'importance aux petits tracas de la vie quotidienne et aux considérations matérielles, qu'elle arrive à mieux relativiser. Elle fuit les gens qui se plaignent pour des banalités et qui ne savent pas apprécier ce qu'ils ont.

Madame Nana atteste : « le fait d'avoir été malade m'a fait prendre conscience de la vie, du sens de la responsabilité, car je me dis que s'il faille que je meurs, je dois laisser un héritage. Alors qu'avant j'étais insoucieuse, ma vie était plus la grande vie, voyages, sorties. Mes amies maintenant roulent dans de grosses voitures ça aurait été mon cas certainement avant la maladie, mais mon souci actuellement c'est d'investir, me construire et actuellement je suis à mon deuxième duplex construit si je ne te dis pas tu ne peux pas savoir je ne vais pas m'arrêter là et ceci je peux dire c'est grâce au cancer qui m'a permis de me redéfinir et l'avenir de mes enfants est assuré. Et c'est la maladie et le rejet de certaines personnes qui m'a donné toute cette force et cette sagesse-là. »

Nos répondantes ont mentionné d'avoir été fières d'elles-mêmes et être fières d'avoir simplement survécu, d'avoir passé au travers cette épreuve la tête haute, d'avoir été gracieuse en terme de ressources financières. Être fières de l'attitude positive qu'elles ont adoptée tout au

long de cette épreuve difficile. Évidemment, il aurait été plus simple pour ces répondantes de voir les aspects négatifs associés à la maladie, car elles sont d'avis qu'ils sont plus nombreux que les aspects positifs, mais elles ont choisi de regarder vers l'avant et de continuer à avancer. Et aussi, pour certaines cela leur a permis de voir le vrai visage de certaines personnes qu'elles considéraient comme proches d'elles.

Madame Marie nous dit : « Ma plus grande fierté... Ma plus grande fierté c'est moi-même. Je suis tellement fière de moi c'est impossible. J'ai passé au travers, je ne me suis pas découragée, j'ai continué à foncer. Tout de même, j'ai été déçu par l'attitude de certaines personnes qui m'ont carrément tourné le dos. Regarde avant mon téléphone ne pouvait pas faire 5min sans sonner prêt par-ci par-là, les marches inutiles, mais depuis que tu es là tu as entendu quelque chose ? Rien ! Je suis seule, la maladie m'a ouvert les yeux et je dis tout simplement merci à Dieu qui a toujours été avec moi. »

Ainsi, malgré le fait que l'annonce d'une maladie grave, telle que le cancer du sein et ses thérapies mutilantes, soit un événement difficile dans une vie, des éléments positifs sont associés à cette épreuve dans le discours des répondantes. En plus de se centrer davantage sur le moment présent et de ressentir de la fierté vis-à-vis leur cheminement, ces femmes ont mentionné avoir découvert des forces, chez elles-mêmes et dans leur entourage, qu'elles ne soupçonnaient pas avant la maladie. Leur cancer a fait en sorte qu'elles ont dû aller au plus profond d'elles-mêmes afin d'utiliser leurs ressources personnelles pour surmonter cette épreuve. Elles ont pris conscience de leur force intérieure et, désormais, elles ont le sentiment qu'elles peuvent affronter toutes les épreuves que la vie mettra sur leur chemin. De son côté, Madame Nana a réalisé à quel point il y avait des gens autour d'elle qui tenaient à sa présence. Même si elle s'en doutait, elle n'avait jamais réalisé pleinement l'amour que ses proches lui portaient, ce que la maladie lui a permis de découvrir.

« C'est comme que je te disais, moi j'ai appris à découvrir des forces intérieures que j'avais et que je ne savais pas que j'avais. J'ai appris que j'étais très positive. Je savais que j'étais positive, mais pas à ce point-là. J'ai aussi appris que j'étais capable de passer au travers une expérience comme ça, d'une dure épreuve comme ça, parce qu'on ne parle pas d'une grippe. J'ai appris avec l'aide de Dieu à ne pas toujours prendre les choses dans le mauvais sens. Et aussi ça m'a fait connaître vraiment l'amour que les gens me portaient, le soutien aussi. J'ai pu voir vraiment que j'étais appréciée. »

En rapport avec le conjoint, Madame Nana a souligné que la mastectomie a eu des répercussions négatives sur sa vie conjugale, car son conjoint de l'époque influencé par sa famille a pris la décision de mettre un terme à leur relation à la fin de ses premiers traitements de chimiothérapie et de son ablation pour ensuite s'afficher en couple avec une autre femme. Même si les deux partenaires entretenaient une relation stable depuis près de neuf ans avec deux enfants, la maladie fut un obstacle de taille au maintien de celle-ci. De ce fait, cette répondante a non seulement dû affronter seule la maladie, mais également faire face à une douloureuse séparation, ce qui fut très difficile à accepter. Aujourd'hui, cette mauvaise expérience fait en sorte qu'elle anticipe l'idée de rencontrer un nouveau partenaire amoureux, de peur d'être abandonnée par la suite si elle est à nouveau malade.

Madame Louise qui est veuve a souligné que la présence d'un conjoint lors de sa maladie aurait certainement facilité son expérience. En effet, celui-ci aurait pu lui offrir plusieurs formes de soutien, principalement en l'aidant à réaliser des tâches quotidiennes, à lui apportant un soutien moral, car selon elle son défunt mari et elle étaient de grands complices. Elle est également d'avis qu'un partenaire amoureux aurait pu lui fournir un soutien psychologique important, en faisant en sorte qu'elle ne soit pas laissée à elle-même. Bien qu'elle ait pu bénéficier de la présence de ses enfants pendant cette période difficile de sa vie, Madame Louise souligne que ce type de soutien n'est pas comparable à celui qu'un conjoint aurait pu lui fournir.

« C'est zéro depuis plusieurs années (silence). Parce que mon mari est mort il y a quelques années. Nous étions très fusionnels. C'est plus difficile quand on est veuve. De ce côté-là, je me disais : « Ah, si j'avais quelqu'un avec moi, si mon mari était encore là ? »

Pour Madame Nana, étant en couple au moment des traitements, la mastectomie semble avoir affecté davantage sa vie sexuelle. En effet, même après les traitements, les relations sexuelles ont soit diminué ou cessé complètement pour elles et de plus, son conjoint l'a quitté.

Dans le discours des répondantes, plusieurs difficultés liées aux traitements reçus ont été évoquées. En ce qui a trait à la mastectomie, la perte de son sein fut le changement le plus difficile à accepter pour la majorité des répondantes, ensuite la perte de cheveux, et ce, malgré le fait qu'elles étaient conscientes que cela se produirait peu de temps après le début des traitements. En ce qui a trait aux changements physiques, ceux-ci se manifestaient, la plupart du temps, par une perte ou un gain de poids important qui, en plus de l'alopecie, ont affecté l'image corporelle et l'estime de soi des femmes qui se reconnaissaient de moins en moins physiquement. Finalement, les répondantes ont mentionné la perte de goût comme effet

secondaire des traitements, ce qui diminuait leur appétit et leur plaisir de manger. Dès que leurs cheveux ont commencé à tomber, ces répondantes n'ont pas hésité à se raser la tête elles-mêmes ou à demander à un proche de le faire. Outre la perte de leurs cheveux, ces femmes ont également vécu difficilement la chute de leurs cils et de leurs sourcils et la couleur de leur peau qu'elles décrivaient d'une noirceur horrible.

Madame Nana dit : *« les changements n'étaient pas faciles, je ne me reconnaissais plus, j'avais totalement changé, la chimio m'avait détruit et mon sein n'était plus je ne me reconnais plus. J'étais devenu noire très noire et les gens du coup voyait déjà ma mort et ça m'énervait, ça m'agaçait tellement. »*

La plupart des répondantes ont d'ailleurs choisi de porter une perruque et du maquillage lors de leurs déplacements extérieurs, ce qui facilitait leur adaptation vis-à-vis de ce changement corporel. Malgré tout, elles vivaient quotidiennement avec la peur du jugement d'autrui, qu'elles portent ou non leur perruque. Si elles ne portaient pas la perruque, elles avaient le sentiment d'être étiquetées, car toutes les personnes qu'elles rencontraient savaient alors qu'elles avaient un cancer, alors qu'elles ne voulaient pas nécessairement que des inconnus aient accès à cette information. D'autre part, si elles portaient la perruque, elles craignaient que certaines personnes le remarquent et qu'elles se moquent d'elles. Même si la perruque et le maquillage aidaient certaines répondantes à affronter la vie en société, il était difficile pour elles d'accepter leur nouvelle image lorsqu'elles se retrouvaient au naturel. En effet, lorsqu'elles étaient dans leur intimité, à la maison, et qu'elles devaient se regarder dans le miroir, il était difficile pour elles d'accepter les changements physiques auxquels elles étaient confrontées et de se sentir aussi belles qu'avant, bien que leurs proches leur rappellent régulièrement leur beauté intérieure et extérieure. Toutefois, celles-ci vivent relativement bien avec leur nouvel état de santé et arrive à s'adapter aux changements que le cancer et ses thérapies mutilantes a occasionnés dans leur vie.

On note donc chez nos participantes que le vécu après la mastectomie était difficile sur différents plans. On note également dans les débuts une mauvaise acceptation de leur nouveau corps, la fuite et une appropriation lente mais qui avec le temps s'est atténué.

Cependant, nous remarquons qu'à travers les entretiens de chacune de ces cas qu'elles donnent toutes la même importance et valeur symbolique à leur sein. Ces représentations aussi importantes qu'elles soient, une fois confrontées à une agression

extérieure, déclenchent chez ces femmes une manifestation de leurs mécanismes de défense dont le but est de faire face à ces perturbations soudaines, entraînant les réactions suivantes :

Il semblait chez Madame Louise le rejet de la faute à sa mastectomie sur les autres et le refus de s'avouer sa maladie et le changement de son corps, utilisant par là un déni total de sa mastectomie dans les premiers temps. qui ne supporte pas son invalidité à accomplir les mêmes tâches qu'avant, la pousse à se sentir inutile pour sa famille.

Madame Marie, pour qui sa beauté est ce qu'elle possède de plus chère vivait mal le changement que subit son corps, ce qui la mit face à une blessure narcissique profonde..

Concernant le regard de la société, la société a parfois des appréhensions en ce qui concerne la maladie cancéreuse qu'il taxe encore de fatalité. Et quand on entend sein, du coup on sait qu'on a coupé vu que beaucoup savent que c'est la seule solution et on ne peut pas y échapper, tel ressort du discours de nos répondantes. Cependant, elles ont plus ou moins relativisé la situation sachant que le regard de leur entourage avait changé et l'ont bien accepté.

5.3.4. Résilience

Tout d'abord, nos participantes estiment que des traits de leur personnalité les ont aidées à traverser l'épreuve du cancer du sein et de la mastectomie. Elles ont mentionné être des personnes positives dans la vie, qui voient le bon côté des choses avant tout. Cet esprit positif les amène à foncer dans tout ce qu'elles entreprennent et à se mettre en action. Dans le même sens, elles ont également souligné le fait qu'elles s'apitoient rarement sur leur sort, étant plutôt centrées sur la recherche constante de solutions. De ce fait, elles considèrent que leur attitude positive et leur force de caractère leur ont permis de mieux faire face à la maladie, voire de l'accepter, puisqu'elles souhaitaient survivre malgré ce à quoi à elles ressembleraient par la suite.

Confrontés donc à cette nouvelle réalité, les participantes vont mobiliser à la fois des ressources tant internes comme externes pour surmonter l'adversité et se développer continuellement. Nous avons ainsi identifiés comme processus inconscients des mécanismes de défense à savoir : le déni, le clivage, l'humour... De même, nos sujets ont correctement mentalisées c'est-à-dire qu'elles ont donc franchi le cap de la mise en place durable du processus de résilience. En effet, les participantes ont pu produire une représentation mentale et par la même occasion verbaliser les situations les plus pénibles qu'elles ont vécues et ceci de manière détaillée. Elles ont fait preuve d'optimisme, d'autonomie, de positivisme et d'une grande foi en

Dieu, ainsi qu'une forte ressource financière que nous avons perçu comme facteurs de protections.

Elles reconnaissent tout de même que le quotidien est parfois compliqué mais elles sont joyeuses, épanouies et se projettent dans l'avenir. Les sujets ont accepté leur situation et ont développé des stratégies centrées sur le problème afin de ne pas s'apitoyer sur leur sort. De plus, nos sujets reconnaissent le soutien capital qu'elles ont reçus de leurs proches et qui été une grande ressource et un support pour avancer de même que leur situation financière qui elles le soulignent a beaucoup aidé dans les débuts à mieux vivre ces moments.

5.4. Analyse des résultats au test du traumatisme

- Cas de Madame Nana

Madame Nana obtient un score minimum de 84 l'échelle qui est étalonnée de 1, elle vit le moment de l'annonce de sa mastectomie avec une forte angoisse, où elle perçoit la mort en face d'elle, cependant elle se sentait pas impuissante face à ça. Elle n'éprouve aucune difficulté à parler de ce qui lui est arrivée. Depuis l'évènement, elle a des difficultés d'endormissement suivi de réveil nocturne qui la fatiguent. Elle avait parfois les nerfs à vif mais aucun évitement phobique. L'échelle permet de constater qu'elle est toujours d'aussi bonne humeur qu'avant, et s'en donne à cœur joie à réaliser les choses auxquelles elles ne se prêtaient forcément pas avant. Sa vision de la vie n'a pas changé ; au contraire elle ambitionne de faire une carrière, d'être une femme d'influence, voyager, et profiter de sa famille, ainsi que ses enfants qui c'est pour eux qu'elle se bat; l'isolement est à épargné dans son cas.

- Cas de Madame Louise

Pour le cas de Madame Louise, elle obtient un score 96 à l'échelle. Score qui révèle ses réactions au moment de l'annonce de son cancer du sein et de sa mastectomie ; où elle ressent une forte angoisse et frayeur qui la projette dans un état de refus car elle refuse d'accepter la situation où seul la conviction de ça ne peut pas être ça lui traverse l'esprit, toutefois accompagner de manifestations physiques (fuite, isolement, résignation, colère...) Madame Louise se sent harcelée et impuissante à cet instant.

Il est clair que Madame Louise ne supporte pas les changements de sa vie, ce qui peut être constaté à travers les réponses de l'échelle I (items 6, I7), ainsi qu'un fort sentiment de culpabilité et d'humiliation sans ressentir pour autant le sentiment d'être dévalorisée. Sa qualité de vie, n'est plus la même depuis qu'elle n'effectue plus ses activités quotidiennes, elle se sent

donc impuissante et incomprise depuis l'événement trouvant tout de même un bon soutien de ses proches et ne se sent guère abandonnée, essentiel pour une femme qui cherche d'avantage la compagnie des autres.

La participante évoque avoir été particulièrement perturbé par cette situation. Selon elle, elle n'aurait pas été préparée à faire face à ce genre de situation. Elle aurait fait des cauchemars répétitifs en lien avec l'évènement. Cette situation aurait temporairement affecté sa perception d'elle-même. Elle ne pouvait croire à ce qui lui arrivait. Malgré l'intensité de l'anxiété vécue face à la situation, elle aurait été en mesure de continuer à fonctionner dans son quotidien.

Elle reconnaît aussi que la présence de son réseau social et le soutien de sa famille lui ont été d'une aide incontestable. Elle évoque également que sa vie de famille lui a permis de maintenir un certain équilibre.

- **Cas de Madame Marie**

Elle obtient un score de 77 à l'échelle qui révèle ses réactions au moment de l'annonce de son cancer du sein et de sa mastectomie ; où elle ressent une forte angoisse et frayeur qui la projette dans un état second où seul la conviction de mourir lui traverse l'esprit, toutefois accompagner d'intense manifestation physique (pleurs, tremblements, sueur, nausées...) Madame Marie se sent impuissante, abandonnée à cet instant. L'échelle rapporte une forte intensité des troubles du sommeil avec une grande difficulté d'endormissement, de réveils nocturne et de fatigue au réveil (items 1, 2, 5), avec la manifestation de rêves ou cauchemars terrifiant ayant un rapport avec sa mastectomie. On note un fort évitement phobique des hôpitaux qui constituent le lieu de l'évènement (item 2, 7).

Elle devient alors plus méfiante, irritable et ne maîtrise plus ses nerfs comme avant. Préférant fuir les situations insupportables, elle ne craint tout de même pas de perdre le contrôle car celle-ci déclare ne pas avoir de comportements agressifs quand elle répond aux items 14 et 15. Elle manque parfois d'énergie, ce qui se justifie par la faiblesse de son corps depuis la mastectomie notamment la validité de son bras droit. Elle se sent responsable de son cancer et même coupable d'avoir perdu son sein lors de la mastectomie. En effet, envahit par le sentiment de ne plus être comme avant, sa vision de la vie ne change tout de même pas. Elle a des grands projets dans le monde de l'entrepreneuriat. Malgré qu'elle déclare se sentir dévaloriser, elle ne se sent pas pour autant humilié et ne ressent aucune haine où colère violente

si ce n'est envers son entourage professionnel, sa famille qui l'aurait abandonné, méprisé et incompris. Aujourd'hui, avec du recul, la participante se dit surprise que malgré la souffrance, elle soit en mesure d'éprouver un sentiment de bien-être, jamais vécu auparavant.

5.5. Analyse des résultats à l'échelle de résilience

- Cas Madame Nana

D'un point de vue quantitatif, la participante a obtenu un score total de 147. La dimension « compétences personnelles » (items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 24) correspond au score de 96 et la dimension « acceptation de soi et de la vie » (items 7, 8, 11, 12, 16, 21, 22, 25) au score de 32. D'un point de vue qualitatif, les items avec lesquels la participante est le plus en accord sont en lien avec les éléments suivants: sa débrouillardise, son assiduité, son autodiscipline, sa capacité d'adaptation, sa capacité d'analyse et sa capacité à traverser des périodes difficiles, sa confiance en soi. Les items avec lesquels elle se dit plus en désaccord sont quant à eux en lien avec capacité à laisser-aller; tolérer de ne pas avoir le contrôle et de plaire à tous.

- Cas de madame Louise

Concernant Madame Louise, d'un point de vue quantitatif, la participante a obtenu à l'Échelle de résilience un score total de 128. La dimension « compétences personnelles » (items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 23) correspond au score de 80 et la dimension « acceptation de soi et de la vie » (items 7, 8, 11, 12, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 25) au score de 48. D'un point de vue qualitatif, les items avec lesquels la participante est le plus en accord sont en lien avec les éléments suivants: débrouillardise et détermination, capacité d'adaptation, reconnaissance de ses réalisations. Les items avec lesquels il est le moins en accord sont en lien avec les éléments suivants : son estime de soi et sa confiance en soi.

- Cas de Madame Marie

Pour Madame Marie, d'un point de vue quantitatif, la participante a obtenu à l'Échelle de résilience un score total de 133. La dimension « compétences personnelles » (items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 24) correspond au score de 104 et la dimension « acceptation de soi et de la vie » (items 7, 8, 11, 12, 16, 21, 22, 25) au score de 29. D'un point de vue qualitatif, les items avec lesquels la participante est le plus en accord sont en lien avec les éléments suivants: débrouillardise et détermination, capacité d'adaptation, reconnaissance

de ses réalisations et confiance en soi. Les items avec lesquels il est le moins en accord sont en lien avec les éléments suivants : son estime de soi et sa capacité à aider.

L'objectif de ce chapitre était de faire une analyse des entretiens et des tests que nous avons obtenus de nos participantes. Nous avons fait une analyse thématique basée sur les éléments du discours et des éléments des tests produits par nos participantes. Il ressort des éléments de la présentation du participant, de son vécu avant, pendant et après la mastectomie que ce sont des éléments constitutifs du traumatisme chez la femme mastectomie en lien avec la perte de l'objet fantasmé. D'autre part la mobilisation des ressources internes, externes induit la réorganisation chez la femme. Tous ces aspects rendent compte du niveau d'acceptation de la mastectomie et d'activation ou non du processus de résilience. Les résultats présentés seront interprétés et discutés au chapitre suivant.

CHAPITRE VI : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

D'après Fortin (2016), le chercheur doit dégager la signification des résultats de son étude, tirer des conclusions, évaluer les implications et formuler les recommandations pour les recherches futures. Allant dans ce sens, le présent chapitre est divisé en quatre sous-sections. En premier lieu, il sera question de lire nos résultats à partir des théories retenues. Deuxièmement, les différents résultats obtenus seront discutés en lien avec l'hypothèse et la question de recherche qui avaient été formulées. Nous poursuivrons notre réflexion en présentant les principales limites de notre étude. Pour terminer, les apports de cette recherche et les pistes de réflexion pour les recherches futures seront présentés.

6.1. Interprétation des résultats

Les résultats obtenus au précédent chapitre proviennent des entretiens menés auprès de trois femmes mastectomisées à la SOCHIMIO. La première passation concerne l'analyse thématique qui fait ressortir quatre thèmes : le vécu avant la maladie, le vécu lié à l'annonce, le vécu après la mastectomie et la résilience. La deuxième passation est celui des tests de traumatisme de Davidson et l'échelle de résilience de Wagnild et Young.

6.1.1. Interprétation selon le thème 1

- vécu avant la maladie

Le thème sur le vécu avant la maladie a été analysé au niveau de la représentation de soi et du vécu quotidien. Les résultats montrent qu'avant la maladie, nos participantes vivaient plus ou moins paisiblement entre conjoint, enfant et travail et ne présentaient pas de difficultés éventuelles si ce n'est sur le plan sanitaire. Quant à leur représentation, elles avaient une bonne image d'elles-mêmes et se voyaient bien constitués. Selon Bruchon Schweitzer (2002), l'image du corps : « *c'est ce que l'on pense de notre corps. L'estime de soi, c'est la façon dont on se sent face à soi-même ou dont on se perçoit. C'est le résultat de l'activité psychique des individus face à divers déterminants biologiques (le corps réel) ou sociaux (le corps perçu par autrui).* »

6.1.2. Interprétation selon le thème 2

- Le vécu lié à l'annonce

Le vécu lié à l'annonce met en relief le contexte de l'annonce, les réactions et sentiments éprouvés à l'annonce. Chez nos participantes, les résultats ont démontré un immense choc lors de l'annonce, et ce, malgré le fait que certaines d'entre elles avaient elles-mêmes découvert leur

anomalie mammaire. En effet, elles furent surprises d'être confrontées à cette maladie grave qu'est le cancer du sein. De plus, l'annonce a suscité une réaction de panique, engendrée par la peur de mourir et de ne pas s'en sortir sur le coup.

Conformément aux travaux de certains auteurs (Da Rocha et al., 2014; Reich et al., 2001 ; Brullmann, 2007) qui soulignent d'ailleurs qu'au moment du diagnostic, les femmes se retrouvent submergées par une multitude d'émotions, principalement alimentées par la peur de mourir, de rester diminuées, de souffrir et de faire souffrir leurs proches. Ce dernier constat converge avec le besoin des sujets de cette étude. Toutefois, l'une d'entre elle n'a pas eu de réactions de tristesse, de colère ou de panique sur le coup (Madame Nana). À l'inverse, elle a plutôt adopté une attitude positive, en souhaitant immédiatement se mettre en action. Cette réaction dépend de plusieurs facteurs entre autres des caractéristiques personnelles de l'individu, soit son ontosystème, ainsi que de ses ressources internes et externes qui font en sorte qu'elle réagit d'une manière ou d'une autre (Bronfenbrenner, 1998).

Les résultats obtenus du discours de nos participantes relèvent aussi de la colère chez Madame Louise, un sentiment de culpabilité chez Madame Nana qui dénote du traumatisme vécu. Pour Ferenczi (1934), on reconnaît un traumatisme par ses conséquences, en l'occurrence les affects de déplaisir qu'il suscite, principalement des affects d'angoisse, dépressifs et agressifs tels que la colère et la rage, dont l'élaboration n'est plus possible. Nous relevons dans les propos de nos répondantes qu'elles ont éprouvé des émotions négatives lors de l'annonce de leur mastectomie. Ces déclarations l'attestent : « *Je suis tombée des nues...Je n'arrivais pas à y croire ! [...]* Et de plus, j'étais aussi très en colère » (Madame Nana) ; « Cela a été un choc pour moi et j'ai eu très mal quand le médecin m'a dit cela sans aucune retenue, c'était maladroit de sa part » (Madame Claire) ; « Je n'y ai pas du tout cru et j'ai fui sur le coup, c'était très dur à avaler. » (Madame Louise).

6.1.3. Interprétation selon le thème 3

- Vécu après la mastectomie

Le vécu après la mastectomie est caractérisé chez nos trois participantes par le vécu quotidien, la représentation de soi, le ressenti face à la nouvelle condition de son corps et le regard des autres. Les résultats obtenus montrent que les débuts en toute chose n'ont pas été faciles sur les plans personnels, sociaux, familiaux et professionnels. Chez Madame Nana on constate qu'elle a conscience des changements que la mastectomie a provoqué et ceux subit par son corps, notamment corps, lorsqu'elle se trouve face aux regards des autres, mais elle a

su tirer un aspect positif à cela car selon elle n'a jamais été autant forte et ambitieuse qu'avant le cancer qui finalement s'est avéré avoir des aspects positifs dans sa vie. Chez Madame Louise, le vécu après l'amputation est marqué par une phase de désolation et de deuil, mais elle a su relativiser et accepter la situation car très vite, elle va retourner au travail. Elle dit : « *les débuts sont très difficile, je réfléchissais beaucoup quant à ma nouvelle apparence, à quoi je vais même ressembler. Puis finalement, je me suis habitué à me voir sans mon sein et à l'accepter, c'était dur au départ, je me cachais même, je ne voulais pas me montrer aux autres personnes même mes sœurs mais maintenant je n'ai plus ce problème je m'accepte de plus je ne marche pas nue donc !* » Chez Madame Marie, les résultats nous font part du changement total et complet de sa vie, de son quotidien, et de sa perception de soi qui affectent la relation avec son entourage, ainsi par la perte de jouissance suite à son licenciement, notamment de sa vie familiale, avec lassitudes accentuées.

L'image corporelle et l'estime de soi des participantes de notre recherche apparaissent comme étroitement liés à leur identité de femme, de mère et de conjointe. Selon les étapes du deuil de Kluber-ross (1940), l'acceptation est la dernière étape de tout le processus du travail de deuil. L'arrivée à cette dernière étape ne signifie pas que nous ne ressentons plus la douleur de la perte. Cependant c'est une phase de reconstruction ou nous résignons à accepter la réalité de la situation. C'est aussi la période pendant laquelle la vie reprend son cours et permet de remonter la pente afin de retrouver son énergie, d'organiser sa vie en fonction de la perte.

6.1.4. Interprétation selon le thème 4

- Mobilisation des ressources internes et externes

La modification brutale et soudaine du corps entraîne une angoisse qui relève d'une part de la difficulté à se reconstruire une nouvelle image de soi et d'autre part de la peur d'entrer en contact avec le regard de l'autre. L'activation des stratégies de résilience demande à ce que l'individu soit capable de mobiliser des ressources pouvant jouer un rôle significatif lorsqu'on a perdu une partie de soi. On note chez nos trois participantes la présence de la mise en œuvre des mécanismes de défenses à savoir le déni, le clivage, l'intellectualisation et la mentalisation afin d'encaisser et atténuer la souffrance. Ils se manifestent par l'acceptation de la nouvelle situation et la capacité à accepter une nouvelle image du corps malgré le regard des autres. Madame Nana et Madame Marie développent l'humour et des réactions positives pour essayer d'accepter leur nouvelle image détruite par la mastectomie. Les interactions laissent comprendre que ces participantes travaillent à rétablir un nouveau schéma corporel malgré la

blesse narcissique regard de stigmatisation qui est désormais dirigé vers elle. Elle précise : « *moi j'aime beaucoup blaguer, je suis toujours souriante à la base peu importe, moi quand je suis au quartier je me balade sans soutien-gorge comme je fais le ménage, je suis no stress (rires), j'aime mon corps et cette maladie je ne l'ai pas acheté au marché, non plus.* »

Les résultats de notre étude ont montré que nos participantes ont reçu un soutien important venant de leur entourage, ce qui a fortement participé à leur résilience et leur a permis de continuer à s'accrocher à la vie. Il s'agit des membres de leur famille, des collègues, des voisins etc... Ces personnes significantes ont assuré un rôle de « tuteurs de résilience », car elles ont accompagné et aidé nos sujets à surmonter le traumatisme lié à la mastectomie et à le dépasser, et ont favorisé ainsi leur entrée dans un processus de résilience (Cyrulnik, 2003 ; Delage, 2004). C'est pour cela que la résilience ne peut naître, croître et se développer que dans l'intersubjectivité découlant de la relation à autrui (Delage, 2004).

Nous illustrons ceci au travers de leur propos : « *J'ai reçu le soutien incommensurable de mes enfants qui depuis le début ont été là pour moi ; même mes sœurs surtout celle qui me suit directement, elle a toujours été avec moi.* » (Madame Louise) ; « *J'ai beaucoup été soutenu par les membres de ma famille ; ma mère, elle me soutenait beaucoup, beaucoup même, elle a tellement faire pour moi (...)* » (Madame Nana).

Par ailleurs, les auteurs font référence aux vertus des facteurs de protection qui limitent les conséquences négatives pouvant être engendrées par l'adversité vécue par un individu. Selon Dyer et McGuinness (1996), les facteurs de protection représentent des compétences spécifiques nécessaires au processus de résilience. Ces compétences ou attributs tels qu'il ressort de notre étude font mention d'une très grande foi en Dieu (la spiritualité), une bonne situation financière, un esprit positif et optimiste. Selon Black & Lobo (2008), les femmes qui ont de bonnes ressources financières et qui n'ont pas à s'inquiéter de ces éléments pourront plus facilement orienter leurs énergies vers le développement de leur résilience.

Les résultats de l'étude montrent que les participantes ont eu recours aux facteurs de protections pour la mise en œuvre du processus de résilience. Le tableau ci-dessous récapitule les facteurs de protections en jeu chez nos participantes.

Facteurs individuels	Facteurs familiaux	Facteurs environnementaux
-----------------------------	---------------------------	----------------------------------

Bonne estime de soi (participante Nana)	Soutien social	Bon réseau social
Bonne santé physique (Madame Nana)	Capacité d'adaptation et de flexibilité	Modèle de pairs ayant une influence positive
Bonne compréhension des liens de cause à effet	Communication adéquate	Environnement sécuritaire
Bonne capacité de gestion de problème	Présence de rituels et de routine	Disponibilité et proximité des soins et services
	Cohérence (trouver un sens)	
Foi et spiritualité (Toutes les participantes)	Ressources économiques (Toutes les participantes)	Implication dans un groupe religieux (Madame Marie et Madame Nana)
Bonnes habiletés sociales	Temps en famille (Toutes les participantes)	Activités et loisirs
Ouverture d'esprit	Optimisme et sens de l'humour (Chez Madame Nana et Madame Marie)	Information et soutien professionnel (Chez Madame Nana)

Tableau 8 : Facteurs de protection dans le développement de la résilience

À la base de la théorie établie par Lazarus et Folkman (1984), deux métatypes de stratégies d'adaptation sont décrits : les stratégies centrées sur la résolution de problème et celles centrées sur les émotions. Les stratégies centrées sur le problème constituent pour l'individu une manière directe d'affronter le problème qui lui cause un stress ou d'augmenter ses ressources afin d'y faire face. Elles englobent deux sous-catégories : (a) la résolution du problème (l'individu cherche de l'information et élabore un plan d'action) et (b) l'affrontement de la situation (l'individu tente d'agir sur le problème) (Bruchon-Schweitzer, 2001). Selon les résultats de notre étude, ces femmes mastectomisées suite à un cancer du sein utilisent cette stratégie car elles souhaitent être dans l'action et en contrôle de leur vécu. En ce sens, il est démontré que la maîtrise de la situation est acquise lorsque le flux d'informations en ce qui a trait à la maladie peut être contrôlé par et pour elles-mêmes, pour leur famille et pour les autres membres de leur réseau social (Drageset et al., 2010).

6.2. Discussion des résultats

Dans la présente section, nous confrontons les résultats acquis dans cette étude avec ceux obtenus dans les recherches précédentes. Nous ferons cette discussion sur deux principaux axes. Le premier axe est celui du vécu traumatique et le second axe est celui de la résilience des femmes mastectomisées.

Cette étude avait pour objectif d'appréhender la manière dont le vécu traumatique de la mastectomie participe à la mise en place du processus de résilience chez la femme mastectomisée suite à un cancer du sein. Les résultats obtenus et analysés laisse entrevoir que les femmes ont vécu un traumatisme lié à la mastectomie. Le sein étant un objet fortement investi par la femme, la perte de celui-ci va réveiller une blessure double narcissique. En effet, à travers l'analyse des trois cas qui compose notre groupe de recherche, nous prenons compte de quelques éléments que manifestent toutes ces femmes malgré la différence de leurs âges respectifs. Celles-ci partagent une grande importance de leur statut de femme, de mère et de conjointe qui définit leur valeur sociale et permet leur intégration dans la société en tant que femme active mais avant tout, en tant que femme accompli, ce qui implique l'importance de leur image de femme toujours présentable et féminine dans un environnement où le regard des autres et l'apparence sont primordiales. Ne disposant pas de stratégies adaptées pour gérer ce traumatisme qui les maintient à l'isolement, à un repli sur soi, à une absence de communication grâce à des pratiques thérapeutiques (rééducation, accompagnement psychologique, accompagnement familial) adaptées, elles arrivent à se redécouvrir et à faire des remaniements cognitifs, comportementaux qui facilitent l'acceptation et l'activation d'un comportement résilient.

Freud (1893) considère comme traumatiques des événements réels mais aussi des événements psychiques : l'angoisse, les souvenirs et les fantasmes. Il affirme : « tout événement qui produit des affects pénibles comme la peur, l'anxiété, la honte peut agir à la façon d'un choc psychologique. » De même, dans la présente étude le traumatisme des sujets est d'origine psychique. En effet, la femme a perdu l'objet qu'elle a fantasmé depuis l'enfance (Lanouzière, 2007). Il y a une réactivation de la blessure de castration dans le sens où il est impossible d'être constamment le « bon objet » face au miroir. Autrement dit, cette transformation de l'objet fantasmé réactive la scène primitive du complexe d'œdipe qui alimente le vécu traumatique. Cette mastectomie vient éprouver la femme. Ses ressources psychiques vont être mobilisées car elles se trouvent réactiver des vécus plus ou moins archaïques. Par conséquent, la présente étude va dans le sens de la théorie psychanalytique selon laquelle les expériences traumatiques

peuvent avoir une source externe ou interne. Nous affirmons donc avec Ciccone (2009) que « les expériences traumatiques peuvent avoir une source interne ou externe, peuvent concerner des situations réelles ou des scénarios fantasmatiques, des objets du monde concret ou des objets du monde interne. »

Cette étude partage également l'idée de Moley-Massol (2004) selon laquelle « La chimiothérapie est souvent perçue comme un remède pire que le mal. La perte d'un sein est vécue comme le principal traumatisme de l'histoire de la maladie, plus douloureux encore que la maladie elle-même. La femme blessée, meurtrie au plus profond de son identité de femme, perd sa confiance en elle, se sent diminuée, en faillite vis-à-vis de sa féminité. La blessure narcissique est profonde et les troubles anxieux et dépressifs fréquents. Il faut du temps à la femme pour surmonter chaque épreuve, élaborer chacune des pertes et réaliser chacun des deuils successifs. Il faut du temps pour accepter la maladie, la chirurgie, la prothèse éventuelle. À chaque étape, un travail psychique est nécessaire, singulier, spécifique et d'autant plus difficile que l'épreuve précédente n'a pas été suffisamment mentalisée et acceptée. »

Cependant, les résultats de notre étude s'opposent à ceux des études de Walsh, Manuel et Avis (2005) ainsi que de Zapka et autres (2006) qui font ressortir que l'adaptation de la femme au cancer et à ses conséquences est directement liée à la perception et au soutien émotionnel du conjoint. Chez nos participantes, à l'instar de Madame Nana on a pu observer une absence au niveau du soutien du conjoint, une absence du soutien social perçu chez Madame Louise qui est veuve, ce qui ne facilitait sans doute pas une bonne adaptation mais elles ont pu surmonter le déséquilibre ou le manque en recherchant le soutien ailleurs que chez leur conjoint notamment leurs enfants. De plus, selon les résultats de Mellon et Northhouse (2001), le soutien social permet de prédire la qualité de vie. Étant donné l'importance du soutien du conjoint, celui-ci devrait être inclus dans la prise en charge pour faciliter l'adaptation et la capacité de vaincre l'adversité chez ces femmes. Car si les sujets vivaient en couple et bénéficiaient de ce soutien spécifique, on aurait plus vite amorcé le processus de résilience chez elles. Selon Bloom et al. (2001) et Manning-Walsh (2005), le soutien social offert par le conjoint permet de diminuer les effets négatifs des symptômes de la maladie sur la qualité de vie des patientes, dans le sens où plus les femmes bénéficient de soutien social, plus leur détresse liée aux traitements et leurs effets secondaires diminuent.

Les participantes de notre étude ont toutes utilisé la foi comme facteur de protection. Selon Colston (1994), la foi permet aussi un meilleur espoir en l'avenir (Colston, 1994). De plus, la

spiritualité est d'ailleurs un élément très présent dans la littérature comme étant un moyen clé pour faire face à la maladie. Un bémol est toutefois posé pour ce qui est des personnes qui se tournent vers Dieu et mettent leur sort entièrement entre ses mains. En effet, ces personnes qui se dégagent de leur maladie en se tournant vers la religion montrent beaucoup plus de troubles anxieux et dépressifs que ceux qui s'y tournent pour des fins de ressourcement et d'espoir (Hebert, Zdaniuk, Schultz & Scheier, 2009; Sherman, Simonton, Latif, Spohn & Tricot, 2005; Tarakeshwar et coll., 2006). Par contre, ce postulat n'est pas vérifié chez nos participantes qui ont vraiment puisé leur force et leur courage absolu dans la foi en Dieu tel qui ressort de leur discours.

Comme autre facteur, les ressources économiques ne sont pas à omettre. Nos résultats convergent avec plusieurs études qui ont montré que les finances sont une source de stress importante dans la vie des malades et leur famille (Black & Lobo, 2008; Cohen et coll., 2002; Hagglund et coll., 1996; Sutanto et coll., 2013). Néanmoins, les familles qui ont de bonnes ressources financières et qui n'ont pas à s'inquiéter de ces éléments pourront plus facilement orienter leurs énergies vers le développement de leur résilience (Black & Lobo, 2008). Dans la présente étude, les protocoles viennent confirmer cette affirmation.

Au terme de cette discussion, force est de constater qu'il y a beaucoup de convergences et très peu de divergences entre nos résultats et les travaux antérieurs. Nous pensons que cela a été favorisé par notre approche méthodologique qui a consisté à user du codage préalable. En effet, en conformité avec certains auteurs (Bardin, 1991 ; Miles & Huberman, 2003), la liste des thèmes et sous-thèmes de notre guide d'entretien provient du cadre conceptuel et théorique de notre étude. Il nous restait seulement de chercher à savoir quels contenus ces thèmes revêtaient selon les personnes interrogées.

Aucune œuvre humaine n'étant parfaite, notre étude a aussi des limites que nous présentons dans les prochaines lignes.

6.3. Limites de l'étude

Bien que cette étude apporte des contributions aux connaissances à propos du vécu de la mastectomie des femmes, elle comporte toutefois une certaine limite. Une des limites de cette recherche est la taille restreinte de l'échantillon, composé de trois participantes. De ce fait, les résultats obtenus dans l'étude ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des femmes ayant subi une mastectomie.

6.4. Implications et perspectives de l'étude

Les implications et perspectives de cette étude sont multiples et se situent à plusieurs niveaux.

6.4.1. Implications de l'étude

Les informations et résultats de cette recherche pourront contribuer à l'amélioration de la prise en charge des femmes mastectomisées dans les structures de santé. Il sera par exemple possible de développer des connaissances en accompagnement concernant l'impact du diagnostic et des traitements du cancer du sein chez les femmes atteintes et leurs proches. Une telle approche se veut holistique et pluridisciplinaire associant nécessairement des psychologues entre autres dans l'équipe des soignants car l'utilité d'un suivi psychologique se fait ressentir car le soutien psychologique est un élément clé dans le processus de guérison. Il s'agit d'insérer dans l'organigramme des hôpitaux un agent chargé de la prise en charge psychologique des patients en pré et post-opératoire, avec des groupes de paroles divers. Également, il serait pertinent d'explorer le vécu des femmes de minorités (femmes rurales, de statut socioéconomique moins élevé) afin de mieux comprendre leur vécu et leur capacité de résilience. Au niveau des familles, elles devraient assurer leur soutien moral et psychologique ce qui aidera la femme mastectomisée de s'accepter dans son nouveau corps et aussi, elles doivent éviter des propos stigmatisant et de rejet (du mari) pour rétablir un équilibre psychoaffectif et favoriser la diminution des rechutes et participer par-là à une meilleure récupération. Il s'agit donc d'une implication sur le plan institutionnel, individuel et social.

6.4.2. Perspectives de l'étude

Des recherches longitudinales pourraient aussi être effectuées dans le but d'approfondir la compréhension des différentes étapes du vécu de la mastectomie par les femmes à la suite du diagnostic d'un cancer du sein, de même que les conséquences à long terme y étant reliées, ainsi que de pouvoir mieux observer le processus de résilience leur permettant de traverser cette épreuve. Par ailleurs, les femmes interviewées dans ce mémoire avaient reçu un diagnostic de cancer du sein il y a plus de cinq ans, ce qui signifie qu'il pourrait être pertinent d'effectuer des entrevues avec des femmes qui vivent une récurrence de cancer du sein ou encore qui reçoivent des soins palliatifs.

En terminant, il a été démontré qu'un diagnostic de cancer du sein et une mastectomie affecte non seulement la femme, mais également le conjoint qui, bien souvent, présente un niveau de détresse comparable à celui de sa conjointe (Wagner et al., 2006). De ce fait, il serait

utile de faire des recherches sur le vécu des conjoints qui soutiennent leur partenaire tout au long du cheminement à travers la maladie. Cela permettrait de mieux cibler leurs besoins et de pouvoir adapter les interventions psychologiques leur étant destinées. Les recherches futures pourront dans ce cas, prendre en compte les deux conjoints ceci, en se servant plutôt de l'approche systémique qui permettra d'analyser la résilience du couple. De même, pour mieux cerner tous les mécanismes impliqués dans le processus de résilience, une étude comparative entre les femmes mastectomisées résilientes et celles non résilientes pourra être envisagée.

Avec les limites, les implications et les perspectives de notre étude, nous achevons ce sixième chapitre. Mais avant, nous avons fait la synthèse, l'interprétation et la discussion de nos résultats.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Nous avons intitulé notre travail «*vécu traumatique de la mastectomie et résilience chez la femme suite à un cancer du sein : une étude de trois (03) cas.* ». En effet, en observant les femmes mastectomisées dans notre entourage et dans des institutions, nous avons constatés que certaines femmes mastectomisées présentent un ensemble de comportements et de signes tels que : le repli sur soi, la tristesse, la douleur. Suite à la mastectomie, la femme vit de nombreuses difficultés tant physiques que psychologiques. Reich (2009) considère différentes problématiques chez la femme « mutilé », il parle de la problématique du deuil, de la castration, de l'image du corps, du regard de l'autre et de l'image renvoyée à autrui et à soi-même, de l'objet à rejeter ou à réinvestir. La femme dans cette situation de mastectomie met en évidence des successions des questions (à quoi vais-je ressembler ?) qui viennent ébranler son équilibre psychologique et le mettre en mal. Or, comme le stipule Cyrulnik et Duval (2006) lorsque l'individu est confronté à l'adversité ou face à un traumatisme, il mobilisera les ressources internes et externes présentes dans sa vie pour ainsi lui permettre de s'adapter à l'adversité à laquelle il est confrontée et continuer à se projeter dans l'avenir.

Pour ce faire, cette étude a été menée afin de répondre à la question de recherche qui est: « comment la femme mastectomisée suite à un cancer du sein parvient-elle à surmonter le traumatisme subi et à dépasser l'adversité ? » Et nous avons formulé l'hypothèse de recherche suivante: « La mise en œuvre du processus de résilience chez la femme à travers la mobilisation des ressources internes et externes permet de surmonter le traumatisme lié à la mastectomie ». L'objectif de la présente étude était de comprendre par le biais du discours des participantes, comment la femme mastectomisée suite à un cancer du sein parvient à surmonter le traumatisme lié à la mastectomie et à dépasser l'adversité. En d'autres termes, nous cherchions à appréhender la trajectoire de la résilience des femmes mastectomisées.

Cependant, pour investiguer le vécu et les processus psychiques des participantes, nous avons opté pour la recherche qualitative avec pour méthode, l'étude de cas. La technique utilisée pour collecter les données est l'entretien semi-directif avec comme outil un guide d'entretien constitué de quatre principaux thèmes : vécu avant la mastectomie ; vécu lié à l'annonce ; vécu après la mastectomie ; résilience associé au test de traumatisme de Davidson (1997) et à l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993). A partir d'un échantillon de 03 sujets, retrouvés par le biais de l'ONG SOCHIMIO, dans la ville de Yaoundé, région du Centre, sur la

base des critères de sélection précis nous avons pu ressortir certaines données. Les données recueillies ont été analysées grâce à la technique d'analyse thématique de contenu. Les résultats montrent que les sujets ont subi une mastectomie latérale suite à un cancer du sein cause d'une grande souffrance psychique et d'un traumatisme. Dans les débuts avec l'annonce du cancer et de la mastectomie, une dépression a été observée avec une forte angoisse et une anxiété à travers une profonde tristesse, des pleurs, un désespoir, un sentiment de culpabilité et d'impuissance chez Madame Louise et Chez Madame Marie ce qui était moins présent chez Madame Nana qui a plus adopté une attitude positive. Et donc la capacité à vaincre cette adversité a été rendu possible par le recours aux mécanismes et aux stratégies que les sujets ont mis en œuvre. Nos sujets continuent de vivre malgré l'adversité, elles ne se sentent pas moins féminines, moins belles et encore moins femmes car elles ont su mentalisé. Sauf chez Madame Louise, chez qui l'image corporelle semble encore perturbée du fait que nous constaté encore de la colère face à ce qui lui est arrivé. Par ailleurs, le regard des autres a constitué un frein à l'épanouissement psychologique des sujets à travers l'inquiétante étrangeté. Néanmoins, les sujets ont su mobilisés les stratégies pour discriminer le regard dévalorisant du regard valorisant et à l'intégrer. Egalement, il a été démontré que la grande foi en Dieu chez nos participantes a aidé pour faire face à la situation, la forte ressource financière a été une ressource importante car elle a pu diminuer le niveau de stress chez nos participantes ainsi que la stratégie de la recherche d'informations pour palier à la détresse psychologique. Nos participantes ont fortement pris appuis sur la famille, leur entourage, amis et l'équipe soignante. On note que la mobilisation des ressources observées chez les sujets rend compte du devenir que ces sujets projettent. De ce fait les sujets ont des ambitions et développent des projets à partir des activités multiples telles que le commerce et l'entrepreneuriat, l'immobilier. Tout ceci implique que la résilience n'est pas coupée des capacités acquises; comprendre le comportement résilient c'est en effet appréhender la manière dont le sujet fait face aux situations difficiles, extrêmes, à risques et les ressources qu'il mobilise pour s'y adapter et s'en sortir.

De manière pratique, les résultats de cette étude permettent d'insister sur le renforcement du travail du psychologue et de tous les acteurs qui concourent à la santé psychologique des personnes en souffrance en général et des femmes mastectomisées en particulier. Une telle considération peut permettre d'enrichir les mécanismes de suivi psychologiques des femmes mastectomisées et de leurs proches et de ce fait, réduire les rechutes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aislinn-Taha, S., Matheson, K. et Anisman, H. (2012). Everyday Experiences of Women Posttreatment After Breast Cancer: The Role of Uncertainty, Hassles, Uplifts, and Coping on Depressive Symptoms. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(3), 359-379. doi : 10.1080/07347332.2012.664259
- Al-Azri, M., Al-Awisi, H. et Al-Moundhri, M. (2009). Coping with a diagnosis of breast cancer – literature review and implications for developing countries. *The Breast Journal*, 15(6), 615-622. doi : 10.1111/j.1524-4741.2009.00812.x
- Allen, J. D., Savadatti, S. et Gurmankin Levy, A. (2009). The transition from breast cancer ‘patient’ to ‘survivor’. *Psycho-Oncology*, 18(1), 71-78. doi : 10.1002/pon.1380
- Anaut, M. (2002). *La résilience. Collection 128*. Nathan Université.
- Anaut, M. (2003). *La résilience : Surmonter les traumatismes*. Nathan.
- Anaut, M. (2004). La résilience en situation de soins : approche théorico-clinique. *Recherche en Soins Infirmiers*, 1(77), pp. 9-19.
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 3(82), pp. 4-11. doi:10.3917/rsi.082.0004
- Anaut, M. (2006). La résilience au risque de la psychanalyse ou la psychanalyse au risque de la résilience ? Dans B. Cyrulnik, *Psychanalyse et résilience* (pp. 77-104). Odile Jacob.
- Anaut, M. (2006). Résiliences familiales ou familles résilientes ? *Reliance*, 1(19), pp. 14-17.
- Anaut, M. (2008). *La résilience : surmonter les traumatismes*. Armand Colin.
- Anaut, M. (2009). La relation de soin dans le cadre de la résilience. *Informations sociales*, 6(156), pp. 70-78. doi:https://doi.org/10.3917/inso.156.0070
- Anaut, M. (2012). Précarité et processus de résilience : le rôle du réseau scolaire et éducatif. *Journal des rééducateurs de l'éducation nationale : Envie d'Ecole, N° Spécial : La précarité*, 1(71), pp. 12-14.

Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience*. Armand Colin.

Anaut, M. (2015b). La résilience : évolution des conceptions théoriques et applications cliniques. *Recherche en Soins Infirmiers*, 2(121), pp. 28-39. doi:<https://doi.org/10.3917/rsi.121.0028>

Arora, N.K., Finney Rutten, L.J., Gustafson, D.H., Moser, R. et Hawkins, R.P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(1), 474-486. doi : 10.1002/pon.1084

Asbai, H., & Benkhaled, N. (2017). *L'ablation du sein et son impact sur la vie sexuelle chez les femmes : étude de dix (10) cas à l'hôpital d'Amizour. (Master's thesis)*. Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Algérie.

Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S. et Chapman, L.A. (2012). Impact of Body Image on Depression and Quality of Life Among Women with Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(4), 446-460. doi: 10.1080/07347332.2012.684856

Bennacer, L., & Benouaret, F. (2015). *L'estime de soi chez les femmes mammectomisées suite à un cancer du sein. (Master's thesis)*. Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Algérie.

Bennett, K.K., Compas, B.E., Beckjord E. et Glinder, J.G. (2005). Self-blame and distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(4), 313–323. doi : 10.1007/s10865-005-9000-0

Ben-Zur, H., Gilbar, O. et Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32-39. doi : 10.1097/00006842- 200101000-00004

Bigatti, S.M., Wagner, C.D., Lydon-Lam, J.R., Steiner, J.L. et Miller, K.D. (2011). Depression in husbands of breast cancer patients: relationships to coping and social support. *Support Care Cancer*, 19(1), 455-466. doi : 10.1007/s00520-010-0835-8

Bokanowski, T. (2005). Variations sur le concept de « traumatisme»: traumatisme, traumatique et trauma. *Revue française de psychanalyse*, 3(69), 891-905.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20-28

- Bondil, P., Habold, D. et Carnicelli, D. (2016). Cancer et sexualité : le couple, un déterminant trop souvent négligé. *Sexologies*, 25(2), 61-68. doi : 10.1016/j.sexol.2016.03.002
- Borges, M. L., Caldeira, S., Loyola-Caetano, E. A., de Magalhães, P. A., Areco, F. S. et Panobianco, M. S. (2017). Spiritual/Religious Coping of Women with Breast Cancer. *Religions*, 8(11), 254. doi : 10.3390/rel8110254
- Boulanger, D. (2014). L'écosystémisme sous l'angle des discours : Mise en perspective de l'approche de Bronfenbrenner. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(1), 189-210. doi : 10.7202/1033626ar
- Bower, J. E. (2008). Behavioral symptoms in patients with breast cancer and survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26(5), 768-777. doi : 10.1200/JCO.2007.14.3248.
- Bradley, C.J et Bednarek, H.L. (2002). Employment patterns of long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 11(3), 188-198. doi : 10.1002/pon.544
- Bronfenbrenner, U. et Morris, P. (2006). The bioecological model of human development. Dans R. Lerner (dir.), *Theoretical models of human development, vol. 1, Handbook of child psychology* (6e éd., p. 793-828). Hoboken (N.J.): John Wiley and Sons.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping - Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, (67), 68-83.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2005). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*, (vol. 456) : Paris : Dunod
- Brunet, I. (2017). *La place du loisir dans le développement de la résilience des familles en situation du cancer maternel (Master's thesis)*. Université à Trois-Rivières du Québec, Québec.
- Caplette-Gingras, A. et Savard, J. (2008). Depression in women with metastatic breast cancer: a review of the literature. *Palliative and Supportive Care*, 6(4), 377-387. doi: 10.1017/S1478951508000606
- Chelala, H. (2012). *Du traumatisme à la résilience chez les élèves dans les classes primaires dans le contexte de guerre de Juillet 2006 au Liban-Sud (Master's thesis)*. Université Michel de Montaigne-Bordeaux III, Bordeaux.

Clément-Hryniewicz, N. (2009). Face à la mort à venir et à la dégradation physique et/ou psychique : souffrance des patients, des proches. Réflexion autour de la souffrance éprouvée par les patients atteints de cancer et leurs proches en soins palliatifs. *Le journal du psychologue*, 10271, 1-11.

Collerette, P. (1997). L'étude de cas au service de la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 1(50), pp. 81-88.

Comité National de Lutte contre le Cancer du Cameroun. (2016) Statistiques. Repéré à <https://rubanrose.org/cancer-du-sein/comprendre/statistiques>

Compas, B. E., Worsham, N. L., Epping-Jordan, J. E., Grant, K. E., Mireault, G., Howell, D. C. et Malcarne, V. L. (1994). When mom or dad has cancer di: markers of psychological stress in cancer patients, spouses, and children. *Health Psychology*, 13(6), 507-515. doi: 10.1037/0278-6133.13.6.507

Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R. et Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185. doi: 10.1037/0278-6133.20.3.176

Crocq, L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris: Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (2003). *Le murmure des fantômes*. Paris: Odile Jacob.

Cyrulnik, B., & Duval, P. (2006). *Psychanalyse et résilience*. Paris: Odile Jacob.

Dauchy, S., & Rouby, P. (2006). Cancer du sein : aspects psycho-oncologiques. *Bull Cancer*, 93 (1), 292-313.

Daune, F. (1997). Le traumatisme du cancer ou penser l'immoralité perdue. *Journal de cancer et psychologie*, 23(8), 106-111.

Da Rocha, G., Roos, P. et Shaha, M. (2014). Le sentiment de finitude de vie et les stratégies de coping face à l'annonce d'un cancer. *Revue internationale de soins palliatifs*, 29(2), 49-53. doi : 10.3917/inka.142.0049

De Broca, A. (2004). Tensions entre le savoir et le croire d'une personne face à l'annonce de la maladie. *Éthique and Santé*, 1(1), 42-44. doi : 10.1016/S1765-4629(04)94655-7

- De Tychey, C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(16), pp. 49-68. doi: <https://doi.org/10.3917/cpc.016.0049>
- De Tychey, C., Lighezzolo-Alnot, J., Claudon, P., Garnier, S., & Demogeot, N. (2012). Resilience: Mentalization, developmental tutor: A psychoanalytic and projective approach. *Rorschachiana: International Journal of Rorschach Society*, 33, 49-77.
- Debray, R. (1991). Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 1(1), pp. 41-57.
- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Delachaux et Niestlé.
- Debray, R. (2001). *Epître à ceux qui somatisent*. PUF.
- Delage, M. (2004). Résilience dans la famille et tuteurs de résilience : Qu'en fait le systémicien ? *Thérapie Familiale*, 25(3), pp. 339-347.
- Delage, M., & Cyrulnik, B. (2010). *Famille et Résilience*. Editions Odile Jacob. 357 pages.
- Derzelle, M. (2003). Temps, identité et cancer. *Psychanal Lang*, 68, 233-43.
- Domaison, S., Sordes-Ader, F., Auclair, C., Gironde, M., Bézy, O. et Rogé, B. (2012). Étude longitudinale du fonctionnement familial, de la détresse psychologique et des stratégies d'adaptation chez des patientes traitées pour un cancer du sein et leurs conjoints, lorsque des enfants jeunes vivent au sein de la famille. *Psychooncologie*, 6(3), 163-168. doi : 10.1007/s11839-012-0382-2
- Doron, R., & Parot, F. (1991). *Dictionnaire de Psychologie*. PUF.
- Dukes Holland, K. et Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and health*, 18(1), 15-29. doi: 10.1080/0887044031000080656
- Dumont, M. (2001). « Les stratégies adaptatives », dans M. Dumont et B. Plancherel (dir.), *Stress et adaptation chez l'enfant* (p.9-26). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Drabe, N., Wittmann, L., Zwahlen, D., Büchi, S. et Jenewein, J. (2013). Changes in close relationships between cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1344-1352. doi : 10.1002/pon.3144

Fernandez, L., & Pedinielli, J.-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 1(84), pp. 41-51. doi:<https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>

Fitoussi, A., Martinet, C. (2007). Chirurgie du cancer du sein : traitement oncoplastique et reconstruction. Paris, Elsevier Masson, 2011.

Fobair, P., Stewart, S.L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P.J. et Bloom, J.R. (2006). Body Image and Sexual Problems in Young Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579-594. doi : 10.1002/pon.991

Fonagy, P., & Target, M. (2006). The Mentalization-focused Approach to Self Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), pp. 544-576. doi:<https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>

Fortin, P., Charron, A., Beauchamp, J., Morin, S. et Lagacé, J. (2010). Corps, femmes et féminité : le vécu de jeunes femmes atteintes du cancer du sein au Nouveau-Brunswick. *Recherches féministes*, 23(2), 71-89. doi : 10.7202/045667ar

Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives (3e édition). Montréal, Québec : Chenelière éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 43(1), 264-265. doi : 10.7202/1042088ar

Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris: Payot.

Freud, A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défense*. 15^e édition. Paris: PUF, 2001.

Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., ... Liscum, K. R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(7), 595-603. doi : 10.1002/pon.992

Frisch, F. (1999). *Les études qualitatives*. Paris : Éditions d'Organisation.

Gagnon, Y.-C. (2009). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Presses de l'Université du Québec.

Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche (2^e édition)*. Presses de l'Université du Québec. doi:<https://doi.org/10.2307/j.ctv18ph7wf>

Gallon, E. (2012). *Cancer du sein et sentiment de guérison : impact de l'hormonothérapie lors de l'après-cancer chez la femme ménopausée [Thèse de doctorat, Université Aix-Marseille I]*. Université Aix-Marseille I, Marseille.

Garnezy, N. (1991). Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated With Poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), pp. 416-430. doi:<https://doi.org/10.1177/0002764291034004003>

Geoffette, J. (2009). *Le sein entre corps, symbole et expérience de la maladie*. Université Lyon 1, EA 4148, 97-101.

Global Burden Cancer. (2018). Statistiques mondiales sur le cancer 2018. Repéré à <http://cancer.ca/fr-ca/about-us/for-media/media-releases/quebec/2018/cancer-statistics-2018-media-backgrounder-predictions/?region=qc>

Graziani, P. et Swendsen, J. (2004). *Le stress. Émotions et stratégies d'adaptation*. Paris : Psychologie.

Graziottin, A. et Rovei, V. (2007). La sexualité après un cancer du sein. *Sexologies*, 16(4), 292-298. doi : 10.1016/j.sexol.2007.06.008

Gueux, P. (2003). Cancer et famille. *Revue francophone de psycho-oncologie*, 2(1-2), 7-10.

Huberman, A. M. et Miles, M. B. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2e éd.), Bruxelles, Éditions de Boeck.

Husserl, E. (1913). *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures. Tome premier, Introduction générale à la phénoménologie*. (P. Ricoeur, Trad.) Gallimard.

Ionescu, S. (1999). Des mécanismes de défense en psychologie de la santé. *Pratiques psychologiques*, 1(4), pp. 45-52.

Ionescu, S. (2010). Du pathocentrisme à la salutogenèse : apports du concept de résilience. Dans S. Ionescu, *Psychopathologie de l'adulte : fondements et perspective* (pp. 271-297). Belin.

Ionescu, S. (2011). Le domaine de la résilience assistée. Dans S. Ionescu, *Traité de résilience assistée* (pp. 3-19). PUF.

Ionescu, S. (2011). *Traité de résilience assistée*. PUF.

Ionescu, S. (2012). Origine et évolution du concept de résilience. Dans B. Cyrulnik, & G. Jorland, *Résilience : Connaissances de base* (pp. 19-32). Editions Odile Jacob.

Ionescu, S. (2015). *15 approches de la psychologie* (4ème édition). Armand Colin.

Ionescu, S., Jacquet, M.-M., & Lhote, C. (2020). *Les mécanismes de défense : Théorie et clinique* (3ème édition). Dunod. doi: <https://doi.org/10.3917/dunod.serba.2020.01>

Ionescu, S., Rutembesa, E., & Boucon, V. (2010). *La résilience : perspective culturelle*. *Bulletin de psychologie*, 6(510), pp. 463-468. doi:<https://doi.org/10.3917/bupsy.510.0463>

Kasmi, S., & Khaldi, F. (2017). *L'image du corps chez les femmes mammectomisées suite à cancer du sein : étude de quatre (04) cas à l'hôpital d'Amizour. (Master's thesis)*. Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Algérie.

Key, T.J., Verkasalo, P.K. et Banks, E. (2001). Epidemiology of breast cancer. *The Lancet*, 2(3), 133-140. doi : 10.1016/S1470-2045(00)00254-0

Kimessoukié Omolomo, E. (2016). *Variabilité et modélisation phénoménologique de la résilience chez des femmes camerounaises confrontées à une forte adversité*. Université du Québec à Trois-Rivières.

King, M. T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J. et Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9(7), 789-800. doi: 10.1023/A:1008936830764

Klein, M. (1946). *Développement de la psychanalyse*. PUF, 1980.

Knobf, M. T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-83. doi : 10.1016/j.soncn.2006.11.009

Kristeller, J. L., Sheets, V., Johnson, T. et Frank, B. (2011). Understanding religious and spiritual influences on adjustment to cancer: Individual patterns and differences. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 550-561. doi : 10.1007/s10865-011-9335-7

Lagache, D., & Rosenblum, E. (1979). *Psychologie clinique et méthode clinique* (1949). Dans D. Lagache, & E. Rosenblum, *Le Psychologue et le Criminel : 1947-1952* (pp. 159-177). Presses Universitaires de France.

Laplanche, J., & Pontalis, J. -B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse* (1ère édition). PUF.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2002). *Vocabulaire de la psychanalyse (3ème édition)*. Presses Universitaires de France - PUF.

Lanctôt, D. (2006). *Tu n'es pas seule. L'expérience du cancer : paroles de femmes*. Montréal, Québec : Les Éditions de l'homme.

Lanouzière, J. (2007). Peines de cœur, peines de seins ? Notes sur les rapports entre le sein et la dépressivité féminine. *Revue française de psychosomatique*, 1(31), 41-58. doi : 10.3917/rfps.031.0041

Larousse. (2010). *Le Petit Larousse de la Médecine*. Larousse.

Larousse. (2019). *Le Grand Larousse Illustré*. Larousse. 2106 pages.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55(3), 234-247.

Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.

Lemay, M. (1999). Réflexions sur la résilience. Dans M. P. Poilpot, *Souffrir mais se construire* (pp. 83-106). ERES.

Lecomte, J. (2002). Qu'est-ce la résilience? Question faussement simple. Réponse nécessairement complexe. *Pratiques psychologiques, I*, 7-14.

Lemieux, J., Maunsell, E. et Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho- Oncology*. 17(4), 317-328. doi : 10.1002/pon.1245

Lewis, F. M. (2007). Parental cancer and dependent children: selected issues for future research. *Psycho-Oncology*, 16(2), 97-98. doi : 10.1002/pon.1141

Lighezzolo, J., & de Tychev, C. (2004). *La résilience. Se (re) construire après le traumatisme*. Paris : In Press.

Lighezzolo, J., Marchal, S., & Theis, A. (2003). La résilience chez l'enfant maltraité: « tuteur de résilience » et mécanismes défensifs (approche projective comparée). *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 51, 87-97.

- Manciaux, M. (2001). La résilience : un regard qui fait vivre. *Etudes*, 10(395), pp. 321-330. doi:<https://doi.org/10.3917/etu.954.0321>
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., & Cyrulnik, B. (2001). La résilience : état des lieux. Dans M. Manciaux, *La résilience : résister et se construire* (pp. 13-21). Médecine & Hygiène / Cahiers Médicaux Sociaux (CMS). 253 pages.
- Manning-Walsh J. (2005). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *JOGNN*, 34(4), 482–493. doi: 10.1177/0884217505278310
- Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Payot.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Ulysse. 53 pages.
- Maunsell, E., Brisson, C., Dubois, L., Lauzier, S. et Fraser, A. (1999). Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncology*, 8(6), 467-473. doi : 10.1002/(SICI)1099-1611(199911/12)8:6
- Michallet, B. (2010). Résilience : Perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières*, 22(1-2), pp. 10-18. doi:<https://doi.org/10.7202/045021ar>
- Michallet, B. (2015). Chapitre 6 : Résilience et réadaptation en déficience physique : pour un renouvellement des pratiques cliniques et organisationnelles. Dans F. Julien-Gauthier, & C. Jourdan-Ionescu, *Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation* (pp. 69-77). CRIRES.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2ème édition). De Boeck.
- MINSANTE. (2020). Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer (PSNPLCa) 2020-2024. Yaoundé: Ministère de la Santé Publique (Cameroun).
- Monat, A. et Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.
- Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Presses Universitaires de France.
- Nahum, S. (2007). Annoncer une maladie grave, l'exemple du cancer. *La Presse Médicale*, 36(2), 303-307. doi : 10.1016/j.lpm.2006.10.010

- Namer, M. (2010). La prévention des cancers du sein. *Médecine nucléaire*, 34(1), 3-13. doi : 10.1016/j.mednuc.2009.11.005
- Nelson, H.D., Zakher, B., Cantor, A., Fu, R., Griffin, J., O'Meara, E.S., ... Miglioretti, D.L. (2012). Risk Factors for Breast Cancer for Women Aged 40 to 49 years. *American College of Physicians*, 156(9), 635-648. doi : 10.7326/0003-4819-156-9-201205010-00006
- Nguimfack, L., & Ovambe Mbarga, G.-B. (2020). La résilience basée sur les signifiants culturels chez les soldats psychotraumatisés de guerre en Afrique : vers une modélisation en psychologie clinique. *Psychologie Clinique*, 2020(50), pp. 177-189. doi:<https://doi.org/10.1051/psyc/202050177>
- Nkoum, B. A. (2015). *Initiation à la recherche : une nécessité professionnelle (3ème édition)*. Presses de l'UCAC.
- Northouse, L. L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., ... Decker, V. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical Oncology*, 20(19), 4050-4064. doi : 10.1200/JCO.2002.02.054
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Dernières statistiques mondiales sur le cancer*. Repéré à https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2017a). *Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie*. Repéré à <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2017b). *Cancer*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Dernières statistiques mondiales sur le cancer*. Repéré à <https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2020/pdfs/pr229F.pdf>
- Ourtemache, K., & Sellami, S. (2014). *Le traumatisme psychique chez les femmes ayant subi une mastectomie. (Master's thesis)*. Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Algérie.
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Paris. Edition Gallimard.
- Pedinielli, J. L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Nathan université.
- Picard, L. (1996). Reflet d'une pratique psychosociale en oncologie. *Service social*, 45(3), 91-102. doi:10.7202/706739ar

- Pudrovska, T. et Anikputa, B. (2012). The role of Early-Life Socioeconomic Status in Breast Cancer Incidence and Mortality: Unraveling Life Course Mechanisms. *Journal of Aging and Health*, 24(2), 323-344. doi :10.1177/0898264311422744
- Reich, M., Deschamps, C., Ulaszewski, A.L. et Horner-Vallet, D. (2001). L'annonce d'un diagnostic de cancer : paradoxes et quiproquos. *Revue de Médecine interne*, 22(6), 560-566. doi : 10.1016/S0248-8663(01)00387-3
- Reich, M., Lesur, A. et Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer and Research Treatment*, 110(1), 9-17. doi : 10.1007/s10549-007-9706-5
- Reich, M. (2009). Cancer et Image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, 3(85), 247-254. doi:10.3917/inpsy.8503.0247
- Reyes-Gibby, C.C., Anderson, K.O., Morrow, P.K., Shete, S. et Hassan, S. (2012). Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Journal of Women's Health*, 21(3), doi : 10.1089/jwh.2011.2852
- Richardson, G. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), pp. 307-321. doi:https://doi.org/10.1002/jclp.10020
- Richardson, G. P. (2011). Reflexions on the foundations of systeme dynamics. *System Dynamics Review*, 27(3), pp. 219-243. doi:https://doi.org//10.1002/sdr.462
- Romano, H. (2010). L'annonce d'un diagnostic grave. *Revue de médecine interne*, 31(1), 626-630. doi : 10.1016/j.revmed.2010.01.013
- Rosedale, M. (2009). Survivor Loneliness of Women following Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), 175-183. doi : 10.1188/09.ONF.175-183
- Rustoen, T., Moum, T., Wiklund, I. et Hanestad, B. R. (1999). Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 490-498. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00912.x
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Ann Acad Med Singap*, 8(3), pp. 324-338.

- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity : Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(1), pp. 598-611. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. Dans J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub , *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181–214). Cambridge University Press. doi: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511752872.013>
- Rutter, M. (1993). Resilience : Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), pp. 626-631. doi:[https://doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90196-V](https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-V)
- Rutter, M. (1996). Transitions and turning points in developmental psychopathology : As applied to the age span between childhood and mid-adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), pp. 603–626. doi: <https://doi.org/10.1080/016502596385712>
- Rutter, M. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. *J Child Psychol Psychiatry*, 39(4), pp. 465-476.
- Rutter, M. (2007). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(1), pp. 316-331. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>.
- Sarradon-Eck, A. et Pellegrini, I. (2012). Le traitement adjuvant du cancer du sein par tamoxifène. *Sciences sociales et santé*, 30(1), 47-71. doi : 10.3917/sss.301.0047
- Schnipper, H.H. (2001). Life after breast cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 19(15), 3581-3584. doi : 10.1200/JCO.2001.19.15.3581
- Schwarzer, R. et Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. Dans S. J. L. C. R. Snyder (Éd.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (p. 393-409). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Sears, S. R., Stanton, A. L. et Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487. doi : 10.1037/0278-6133.22.5.487

- Sghari, M. B. A. et Hammami, S. (2017). Prise en charge psychologique des patients cancéreux. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(3), 241-246. doi : 10.1016/j.amp.2016.04.013
- Shaw, L-K., Sherman, K.A. et Fitness, J. (2016). Women's experiences of dating after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(4), 318-335. doi: 10.1080/07347332.2016.1193588
- Sillamy, N. (1996). *Dictionnaire de la psychologie*. Larousse. 275 pages.
- Sneeuw, K. C., Sprangers, M. A. et Aaronson, N. K. (2002). The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *Journal of clinical epidemiology*, 55(11), 1130-1143. doi : 10.1016/S0895-4356(02)00479-1
- Spelten, E.R., Sprangers, M.A.G. et Verbeek, J.H.A.M. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology*, 11(2), 124-131. doi : 10.1002/pon.585
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S. et Huggins, M.E. (2002). The First Year After Breast Cancer Diagnosis: Hope and Coping Strategies as Predictors of Adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93-102. doi : 10.1002/pon.574
- Statistique Cameroun. (2015). Statistiques camerounaises sur le cancer. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/statcan/CS2-37-2015-fra.pdf
- Steichen, R. (2003). *Dialectiques du sujet et de l'individu : clinique de la déconstruction identitaire*. Louvain-la veuve : Academia Bruylant.
- Taquet, A. (2005). Cancer du sein et sexualité. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie – Springer*, 3(1), 170-174. doi : 10.1007/s10332-005-0078-y
- Tarabulsy, G. M., Provost, M., Drapeau, S. et Rochette, E. (2008). Mieux évaluer ; mieux intervenir. Dans G. M. Tarabulsy, M. Provost, S. Drapeau, et E. Rochette (dir.), *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables* (p.97-130). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tchokoté, E. C. (2020). Vécu des aidants familiaux prodiguant des soins à leurs parents atteints d'un accident vasculaire cérébral au Cameroun : Analyse interprétative phénoménologique. *Recherche en soins infirmiers*, 1(140), pp. 6-15.

Tchokoté, E. C., Tsala Tsala, J.-P., & Scelles, R. (2020). Handicap moteur et capacités de résilience chez l'adulte camerounais : enjeux des représentations culturelles. *Revue Québécoise de Psychologie*, 41(2), pp. 27-44.

Tchombe, T. M., Shumba, A., Lo-oh, J. L., Gakuba, T. -O., Zinkeng, M., & Teku, T. T. (2012). Psychological undertones of family poverty in rural communities in Cameroon : Resilience and coping strategies. *South African Journal of Psychology*, 42(2), pp. 232-242. Récupéré sur <https://hdl.handle.net/10520/EJC121853>

Tessier, G. (1998). *Humour, apprentissage, résilience : de l'album à internet*. Genève : BICE.

Theis, A. (2006). *Approche psychodynamique de la résilience : Étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil [Thèse de doctorat, Université de Nancy 3]*. Université de Nancy 3.

Tourigny, S-C. (2016). *Evaluation de la résilience : Elaboration d'une grille d'analyse au Rorschach et au TAT. (Master's thesis)*. Université à Trois-Rivières du Québec, Québec.

Traa, M. J., De Vries, J., Bodenmann, G. et Den Oudsten, B. L. (2015). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: a systematic review. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 85-114. doi : 10.1111/bjhp.12094

Trogon, J.G., Ekwueme, D.U., Chamiec-Case, L. et Guy, G.P. (2016). Breast Cancer in Young Women: Health State Utility Impacts by Race/Ethnicity. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(2), 262-269. doi : 10.1016/j.amepre.2015.09.026

Vanistendael, S. (1996). *La résilience ou le réalisme de l'espérance : blessé, mais pas vaincu*. Cahiers du BICE.

Vanistendael, S. (2005). Humour et résilience : le sourire qui fait vivre. Dans Fondation pour l'enfance, *La résilience : le réalisme de l'espérance* (pp. 159-195). Érès. doi:<https://doi.org/10.3917/eres.fonda.2005.01.0159>

Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible : Construire la résilience*. Editions Bayard.

Vermersch, P. (1996). Pour une psychophénoménologie : esquisse d'un cadre méthodologique général. *Expliciter*, 1(13), pp. 1-11.

- Vermersch, P. (2010). *L'entretien d'explicitation (6ème édition)*. ESF Editeur.
- Vermersch, P. (2011). Description et vécu. *Expliciter*, 89, pp. 46-59.
- Vermersch, P. (2012). *Explicitation et phénoménologie*. PUF.
- Vermersch, P. (2014). Description et niveaux de description du vécu. *Expliciter* (104), pp. 50655.
- Vin-Raviv, N., Akinyemiju, T.F., Galea, S. et Bovbjerg, D.H. (2015). Depression and anxiety disorders among hospitalized women with breast cancer. *PloS one*, 10(6), 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0129169
- Visser, A., Huizinga, G. A., van der Graaf, W. T., Hoekstra, H. J. et Hoekstra-Weebers, J. E. (2004). The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer treatment reviews*, 30(8), 683-694. doi : 10.1016/j.ctrv.2004.06.001
- Wagner, C.D., Bigatti, S.M., et Storniolo, A-M. (2006). Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(2), 109-120. doi : 10.1002/pon.928
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), pp. 165-178.
- Wagnild, G., & Collins, J. A. (2009). Assessing resilience. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(12), pp. 28-33. doi:10.3928/02793695-20091103-01
- Walsh, F. (Ed.). (2012). *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. Guilford Press.
- Walsh, S.R., Manuel, J.C. et Avis, N.E. (2005). The Impact of Breast Cancer on Younger Women's Relationships With Their Partner and Children. *Families, Systems and Health*, 23(1), 80-93. doi : 10.1037/1091-7527.23.1.80
- Weaver, A. J. et Flannelly, K. J. (2004). The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1210-1214. doi : 10.1097/01.SMJ.0000146492.27650.1C
- Wennman-Larsen, A., Petersson, L.M. et Alexanderson, K. (2010). Return to work after breast cancer-an exploratory systematic literature review. *European Journal of Public Health*, 20(1), 59-51.

Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5(4), pp. 503–515. doi:<https://doi.org/10.1017/S095457940000612X>

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1989). *Vulnerable, but invincible : A longitudinal study of resilient children and youth*. Adams Bannister Cox Pubs. doi:

Yin, R. K., (1984). *Case Study Research : Design and Methods*. Sage Publications.

Zimmermann, T., Scott, J.L. et Heinrichs, N. (2010). Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1061-1068. doi:10.1002/pon.1660

ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE DU DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie
.....
UNIVERSITE DE YAOUNDE I
.....
FACULTE DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES
.....
B.P. 755 YAOUNDE
Tél : (237) 22 00 97 18
.....
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland
.....
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
.....
FACULTY OF ARTS, LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES
.....
P.O. BOX: 755 YAOUNDE
Phone: (237) 22 00 97 18
.....
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Chandel EBALE MONEZE**, Professeur des universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que **FAPO Ariane Izelle** matricule 12L369 a libellé son sujet de mémoire de Master en Psychopathologie et clinique:

«**Vécu traumatique de la mastectomie et résilience chez la femme victime d'un cancer du sein: une étude de cas.**»

Ses travaux s'effectuent sous la direction du **Pr TCHOKOTE Emilie Clarisse** (Maître de Conférences).

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit.

Fait à Yaoundé le **09 MAR 2022**

Le Chef de Département

Chandel Ebalé Monze
Professeur Titulaire

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Sujet de recherche : *Vécu traumatique de la mastectomie et résilience chez la femme victime d'un cancer du sein : une étude de cas.*

La recherche que nous entreprenons voudrait se pencher sur le vécu traumatique de la mastectomie qui suppose une blessure tant psychologique que physique. Nous voudrions alors étudier comment la femme suite à un cancer du sein se confronte aux enjeux psychologiques de la mastectomie et quelles sont les ressources internes et externes qui sont mobilisées pour faire face et se développer continuellement.

Le choix de ces femmes repose purement sur des raisons méthodologiques et ne revêt aucune signification particulière. En souhaitant que vous puissiez accepter de participer à cette étude, nous vous assurons qu'aucun renseignement permettant de vous identifier ne figurera dans nos travaux de recherche. Les renseignements recueillis pendant cette recherche sont anonymes et confidentiels. Ils ne peuvent être exploités dans aucun but autre que scientifique.

Votre participation à cette étude est librement consentie. Comme dans toute étude scientifique, nous souhaitons avoir le maximum d'informations afin d'aboutir à des résultats fiables. Vous aurez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, si vous ne vous sentez plus en mesure de continuer.

Vous connaissez la teneur de l'étude, vous avez lu et compris ce formulaire de consentement. Si librement et sans aucune contrainte vous désirez participer à cette étude, nous vous serons reconnaissant de nous contacter à l'adresse ci-dessous. Nous pourrions alors définir ensemble les modalités de votre collaboration à cette recherche.

Signature du participant

Signature de l'enquêteur

Nous vous remercions infiniment d'accepter de participer à cette étude.

FAPO Ariane Izelle (Master 2 de psychologie clinique) :

Tel : 00237-678921467

Mail : arianefapo60@gmail.com

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

- **Préambule**
- **Identifiant du participant**
- **Données socio-démographiques**
- **Données cliniques**
- **Thème1 : Vécu avant la maladie**
 - ↳ **Sous-thème 1 : Représentation de soi**
 - ↳ **Sous-thème 2 : Vécu quotidien avant la maladie**
- **Thème 2 : Vécu lié à l'annonce du cancer du sein et l'ablation**
 - ↳ **Sous-thème 1 : Contexte de l'annonce ;**
 - ↳ **Sous-thème 2 : Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce de l'ablation, condition de l'ablation;**
- **Thème 3 : Vécu après la mastectomie**
 - ↳ **Sous-thème 1 : Vécu quotidien après la mastectomie (conséquences sur les différentes sphères de la vie)**
 - ↳ **Sous-thème 2 : Représentation de soi après la mastectomie**
 - ↳ **Sous-thème3 : ressenti et attitude face à la nouvelle condition de son corps**
 - ↳ **Sous-thème4 : Le regard des autres après la mastectomie**
- **Thème 4 : La résilience**
 - ↳ **Sous-thème 1 : Mobilisation des ressources internes**
 - ↳ **Sous-thème 2 : Mobilisation des ressources externes**

ANNEXE 4 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC MADAME NANA

1- Relevés des entretiens de Madame Nana

1-1- Entretien N°1 : Madame Nana

Cet entretien est un entretien de prise de contact. Il a eu lieu au sein de l'organisme. Et le second s'est déroulé au domicile de la participante.

❖ Données socio-démographiques

Identifiant : Madame Nana

Age : 39 ans

Sexe : Féminin

Ethnie : Bamiléké/Ewondo

Religion : Pentecôtiste

Profession : Communicatrice

Niveau d'étude : Licence en Communication

Situation matrimoniale : Célibataire

Rang dans la fratrie : 3/5 ; 7/9

Nombre d'enfants : 02 (01 fille et 01 garçon)

Lieu de résidence : Ekounou (Yaoundé)

Durée de la mastectomie : 07 ans

1-2- Résultats diagnostics au test du traumatisme de Davidson et à l'échelle de résilience de Wagnild et Young

Participants	Madame Nana
Degré du trauma (ETD)	Score : 84 Trauma important
Score à l'échelle de Wagnild & Young	147/175

1-3- Entretien N°2 : Entretien sur les thèmes et la passation des échelles

Psychologue : Bonjour madame.

Madame Nana : Bonjour.

Psychologue : Avant de commencer notre entretien, permettez-moi de vous remercier pour avoir accepté de participer à cette étude en signant le formulaire de consentement éclairé. Vous savez donc qui nous sommes et quel est l'objectif de notre recherche. Je vous rappelle aussi que nous allons respecter votre anonymat et qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, seul votre avis compte. Toutefois, j'ai besoin de votre permission pour enregistrer cet entretien afin de pouvoir le retranscrire fidèlement. Si vous êtes d'accord, nous pouvons commencer.

Madame Nana : Pas de soucis pour l'enregistrement.

Psychologue : Merci pour votre accord.

Madame Nana : Je vous en prie (sourire).

Psychologue : Pouvez-vous me parler de la représentation que vous aviez de votre corps avant la maladie ?

Madame Nana : Avant heu... moi j'ai toujours aimé mon corps. Il est vrai je n'avais pas une très forte poitrine, mais tout était moyen sur moi du coup je n'avais pas de complexe car j'étais équilibrée et je suis une très belle femme donc je ne me suis jamais vraiment plaint de quoi que ce soit sur mon corps, ma morphologie, Dieu m'a créé ainsi je l'accepte.

Psychologue : Pouvez-vous me parler de votre vie avant la mastectomie ? Comment était votre vie avant la mastectomie ?

Madame Nana : Je dirais que ma vie avant la mastectomie, je n'avais pas une santé très forte, toutefois j'étais pleine de vie, comme tout autre jeune de mon âge, j'avais des projets, des projets de mariage, bref c'était une vie bien remplie, je m'occupais. J'ai eu une enfance épanouie, tout juste après mes études j'ai trouvé un bon emploi, j'avais mes deux enfants une fille et un garçon et mon fiancée. Je peux dire que j'étais accomplie, ce n'était pas parfait mais ça m'allait.

Psychologue : Pouvez-vous me parler du contexte entourant l'annonce de votre ablation ?

Madame Nana : En 2013, mon désir d'avoir un deuxième enfant devient pressant, j'ai des roubles de cycle, c'est comme cela qu'on me met sur traitement hormonal alors je tombe enceinte. La grossesse menace de sortir, on me met encore sur traitement hormonal jusqu'à six mois de grossesse, alors tout se passe bien par la grâce de Dieu j'accouche en septembre. En mars 2014, je constate une petite boule dans mon sein, je suis au bureau et je suis de nature très

curieuse cela m'alerte vu qu'autour de moi il y a des personnes qui ont souffert de cancer du sein, j'en savais quelque chose. Alors je suis allée directement consulté... (en poussant un soupir), on me fait la palpation, ensuite une échographie qui révèle d'abord déjà un kyste mammaire, je suis le traitement ça ne résout pas le problème, ensuite on me fait une autre échographie, et là on parle de myome mammaire, on me met encore sous traitement et on me demande de sevrer l'enfant car on pouvait se dire c'est les caillots de lait. Après c'est maman qui demande de faire une biopsie et il garde les résultats. J'ai laissé tomber le suivi. C'est en décembre que j'ai de violents maux de tête jusqu'à je perds même la vue. Alors maman se souvient et demande que la biopsie avait même donné quels résultats ? Et alors chaque fois que j'appelais le médecin pour les résultats il me tourne, il m'envoie par ci par là. Je descends donc sur les lieux de la clinique à Nouvelle route Omnisports, je demande au médecin qu'est-ce qui ne vas pas ? Dites-moi ce qui ne va pas ? C'est l'infirmière qui lui dit Docteur dites-lui ce qui ne vas pas, dites-lui la vérité. C'est alors que le médecin me dit la voix basse vous avez un début de cancer du sein et la solution maintenant c'est d'enlever le sein.

Psychologue : Pouvez-vous me parler de ce que vous aviez ressenti ? Comment avez-vous réagi au moment de l'annonce de votre ablation ?

Madame Nana : Je suis tombée des nues ! J'étais en colère contre le médecin que depuis octobre que vous m'avez opéré (biopsie) c'est en décembre que vous m'annoncez que j'ai un début de cancer ? Donc la maladie a eu le temps de bien évoluée. Je ne m'y attendais pas comme je n'avais pas d'antécédents de cancer dans ma famille, on pouvait penser à tout sauf à ça. J'étais en colère également contre moi-même et j'étais sur le coup car j'étais allée seule, c'était un mardi je n'oublierais jamais ce jour. J'étais angoissé et sereine en même temps, comment expliquer je suis de nature très forte, je ne m'effondre pas facilement.

Psychologue : Qu'avez-vous imaginez au moment de l'annonce ?

Madame Nana : Je pensais à tout et à rien ce qui me rassurait c'était que la maladie était au début alors ma seule pensée était comment m'en sortir, je cherchais déjà les solutions. Le lendemain je suis allée avec mon papa qui voulait savoir la suite du protocole et le médecin nous dit qu'avec une bonne dose d'antibiotiques et une caution de 800 000F pour la chirurgie ça ira. Et comme je suis communicatrice et je suis très curieuse à la base je savais que le cancer ne se soigne pas avec les antibiotiques. Mon père a voulu porter plainte au médecin mais je l'ai dissuadé. Par la grâce de Dieu et avec les prières, j'ai été conduit à l'hôpital Général, c'est là où je rencontre le Pr Ndom le même mois, donc véritablement, depuis cette annonce dans ma

tête c'est que je dois m'en sortir, j'ai pleuré une seule fois hein je crois bien, c'est tout (en me regardant en face).

Psychologue : comment avez-vous vécu la période des traitements ?

Madame Nana : ouuff !! C'était très dur, très difficile même. Dès que le processus c'est enclenché c'était pénible, tu quittes de la maison à 6h on te reçoit à 17h pour rentrer même vers 18h, c'est là que tu comprends que les gens souffrent ici dehors. Même pour se soigner c'était les problèmes, la prise en charge à l'hôpital est tellement lente. Heureusement, c'est le Pr qui me reçoit c'était un mercredi, c'est vrai que la masse avait déjà évoluée, il me passe les examens, jeudi je viens avec les résultats, la semaine j'entame avec ma première chimio, une chimio coutait 100 000F et à la quatrième et il me dit ma fille par expérience je préfère qu'on enlève le sein, parce que si on te fait juste les chimio après cinq tu risques une rechute, mais pour plus de quiétude on doit enlever. J'étais déjà préparé à cette éventualité et j'ai laissé faire car je voulais d'abord préserver ma vie. Alors on me fait l'ablation et je prends encore deux chimio, ensuite il me dit je préfère t'envoyer à Douala pour les radiothérapies. Ce n'était pas facile, la machine était en panne quand j'arrive. Mais par la grâce de Dieu, j'ai fait mes 25 séances la machine n'a pas dérangé. C'était la seule machine en Afrique Centrale et le suivi à Douala c'était pas possible. Je vivais dans un hôtel je payais cinq mille par jour avec le séjour qui se prolongeait j'ai dû me chercher une chambre dans les environs de l'hôpital car les séances étaient dès 6h et de plus ma famille de Douala qui avait refusé de m'accueillir, ils se disaient sûrement j'allais venir mourir chez eux non seulement c'était une maladie de rejet mais les gens associaient le cancer à la mort du coup je me retrouvais seule.

Psychologue : Comment s'est déroulé le jour de votre chirurgie ?

Madame Nana : Une fois rendue à l'hôpital... En réalité laissons même que l'ablation-là, pour moi les chimio étaient même plus dures que l'ablation parce que les chimio me rendaient terriblement malade, quand je faisais les chimio j'avais pratiquement pour une semaine où je ne mangeais pas. C'était même ça qui était le plus dur que l'ablation, tu deviens tout noir comme un zombie, tu perds tes cheveux et tout. Mon ablation s'est tellement bien faite le Seigneur était avec moi car même le médecin a dit que c'est la meilleure opération qu'il a eu à effectuer. Quand tu as ce genre de retour tu ne peux être que fière. Et une fois réveillée, j'étais soulagée de toujours faire partir de ce monde, car l'essentiel pour moi était ma survie, ma guérison. Néanmoins, j'appréhendais le moment où je verrais mon corps changé.

Psychologue : Comment était devenu votre vie après la mastectomie ?

Madame Nana : j'ai dû arrêter le travail et retourné ici chez nous alors que j'avais à peine signé mon contrat. J'ai fait presque six mois à la maison heureusement on ne m'avait pas renvoyé, je n'ai pas été licencié mais resté sans travaillé ça m'ennuyait ; c'est vrai j'étais malade mais après je ne pensais qu'à une chose reprendre ma vie d'avant.

Psychologue : Quels sont les changements de votre vie qui vous ont le plus marqué depuis la chirurgie ?

Madame Nana : Je dirais pas grand-chose sinon le fait d'avoir été malade m'a fait prendre conscience de la vie, du sens de la responsabilité, car je me dis que s'il faille que je meure, je dois laisser un héritage. Alors qu'avant j'étais insoucieuse, ma vie était plus la grande vie, voyages, sorties. Mes amies maintenant roulent dans de grosses voitures ça aurait été mon cas certainement avant la maladie, mais mon souci actuellement c'est d'investir, me construire et actuellement je suis à mon deuxième duplex construit si je ne te dis pas tu ne peux pas savoir je ne vais pas m'arrêter là et ceci je peux dire c'est grâce au cancer qui m'a permis de me redéfinir et l'avenir de mes enfants est assuré. Et c'est la maladie et le rejet de certaines personnes, leur regard de pitié qui m'a donné toute cette force et cette sagesse-là. Je ne supportais pas tout cela. Mon fiancée qui m'a laissé tomber depuis ma mastectomie, il avait de la peine à me regarder encore moins me toucher pendant nos moments intimes.

Psychologue : Quelle était votre réaction face au miroir à la première vue de votre cicatrice ?

Madame Nana : Il est vrai j'appréhendais de voir la cicatrice à la place de mon sein mais cela, n'était que mon appréhension, car finalement, à sa vue, il n'en ressortait que satisfaction, la chirurgie c'était bien passée et j'étais débarrassée de la maladie.

Psychologue : Comment vous voyez-vous depuis la chirurgie ??

Madame Nana : Les changements n'étaient pas faciles, je ne me reconnaissais plus, j'avais totalement changé, la chimio m'avait détruit et mon sein n'était plus je ne me reconnais plus. J'étais devenu noire très noire et les gens du coup voyait déjà ma mort et ça m'énervait, ça m'agaçait. Dans une certaine mesure, j'avais perdu ma féminité. Mais moi quand je sors-là je m'habille, je mets ma prothèse, si je ne te dis pas que j'ai un seul sein, tu ne sauras rien. Du coup, je m'accepte bien telle que je suis. Je demeure une belle femme.

Psychologue : Pouvez-vous nous parler du regard des autres après votre mastectomie ? Comment réagissez-vous face aux regards des autres entre autre ?

Madame Nana : C'est vrai qu'au début j'étais un peu gênée de me mettre nue devant les gens, mais en réalité cette maladie je ne l'ai pas volée ni achetée au marché du coup je ne gère pas. A l'époque, je ne pouvais pas me balader sans soutien, mais maintenant, je suis no stress, quand je suis au quartier comme maintenant, je suis sans soutien, je porte ma prothèse quand je sors.

Psychologue : Maintenant, pouvez-vous nous dire qu'est-ce qui vous a aidé à affronter vos difficultés ? Selon vous, quels sont les traits de votre personnalité qui ont fait en sorte que vous avez pu surmonter cette épreuve difficile ?

Madame Nana : En réalité, ma seule motivation c'était mes enfants, mon fils avait à peine un an, je me suis battue pour mes enfants. Ma force était mon Dieu j'ai cru en lui jusqu'à la fin, ma force était mes enfants, ma force était le soutien de ma famille, mes voisins, les tout-petits enfants, mon travail. A vrai dire ma force était venue autant de l'intérieur que de l'extérieur.

Psychologue : Pouvez-vous être plus claire ? Que pensez-vous du soutien que vous a offert vos proches ?

Madame Nana : Oui, c'est vrai à la base je suis très forte, je positive toujours peu importe les situations et j'ai toujours mon sourire que tu vois là et aussi imagine toi que si tu n'es pas spirituellement forte, tu vas te faire entraîner par les pasteurs là dehors et te retrouver dans je ne sais quoi. Si tu n'es pas soutenue professionnellement, il y'a les gens qui perdent parfois leur emploi, je n'étais pas utile à mon entreprise ils avaient quel intérêt à me garder. Ma famille a toujours été là, or il y a des familles qui rejettent les siens. Même les médecins t'encouragent en te convainquant que tu es guérie, tout ton entourage te soutient. J'ai eu beaucoup de grâces et je dois tout cela au Seigneur qui m'a gardé en vie et je le témoigne aujourd'hui.

Psychologue : Quelles stratégies avez-vous utilisées pour surmonter les changements qu'a apportés la maladie dans votre vie ?

Madame Nana : Véritablement hein je lisais beaucoup je vous ai dit je suis très curieuse à la base donc je faisais des recherches sur mon problème. Mais une de mes plus grandes forces a été ma foi en Dieu, je priais beaucoup, je jeûnais, j'avais confiance en Dieu. Aujourd'hui je suis pasteur car j'ai cru en Dieu et j'ai vu sa puissance.

Psychologue : Aujourd'hui, quelle est votre plus grande fierté ?

Madame Nana : Ma plus grande fierté, je dirais le Seigneur m'a gardé en vie, je suis bien portante beaucoup n'ont pas eu cette chance que j'ai eu par faute de moyens, un mauvais entourage. Et aussi, j'ai vu le visage de ma belle-famille. Ils ont conseillé à leur fils d'abandonner le cadavre et il l'a fait. Si le cancer n'était pas venu je n'aurais pas su avec qui je devais me marier vraiment. Toutes choses qui nous arrivent c'est pour un but et j'ai su en tirer le meilleur. Je suis une personne ressource dans ma famille, au boulot et même à la télévision quand il est question de cancer. De plus, un médecin m'avait dit que physiquement le sein n'est plus là mais il continue à exister, à vivre dans la pensée. Donc je ne me sens pas diminuée car dans ma tête je suis parfaitement constituée.

Psychologue : Avez-vous des recommandations à faire ?

Madame Nana : Ces femmes ne doivent pas se décourager, elles doivent continuer à avancer et de se dire que oui le mot cancer fait peur, mais ce n'est pas toujours égal à la mort. Aujourd'hui, la science évolue que tu gardes toujours un espoir. Et aussi, un autre aspect, beaucoup de femmes ne souffrent même pas trop de la maladie, mais le rejet de la famille, la société et tout... même de son conjoint. Après une mastectomie, beaucoup de conjoints abandonnent leur femme et une rechute s'en suit dû à ce déséquilibre affectif et même la mort ; donc il faut un travail d'accompagnement c'est très important. En plus, les moyens, les gens n'ont pas l'argent dans mon cas ça été une très grande force. Et aussi beaucoup n'ont pas les bonnes informations et se retrouvent à chercher la guérison je ne sais où or le cancer se soigne à l'hôpital et avec les meilleurs médecins pas les mauvais. Voilà un peu !

Psychologue : Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés durant cet entretien que vous auriez aimé discuter concernant votre vécu en lien avec la mastectomie ?

Madame Nana : Non je crois que j'ai assez fait le tour (rires).

Psychologue : Merci madame pour votre disponibilité.

Madame Nana : Merci ! Vous êtes la bienvenue et c'est toujours pour moi un plaisir de partager cette expérience.

Hypothèse	Code	Variables	Code	Modalités	Code	Indicateurs	Observations			Résumé des observations
							+	-	+/-	
La mise en œuvre du processus de résilience chez la femme à travers les ressources internes et externes permet de surmonter le traumatisme lié à la mastectomie	A	Traumatisme liée à la mastectomie	A	Vécu avant la mastectomie	1	Représentation de soi	*			Aa1+
					2	Vécu quotidien	*			Aa2+
			B	Vécu pendant la mastectomie	3	Contexte de l'annonce		*		Ab3-
					4	Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce			*	Ab4±
			C	Vécu après la mastectomie	5	Vécu quotidien après l'ablation			*	Ac5±
					6	Représentation de soi	*			Ac6+
					7	Ressenti face à la nouvelle situation de son corps		*		Ac7-
					8	Regard des autres	*			Ac8+
	B	Résilience	D	Ressources internes	9	Le déni	*			Bd9+
					10	Le clivage	*			Bd10+
					11	L'intellectualisation	*			Bd11+
					12	L'humour	*			Bd12+
					13	La mentalisation	*			Bd13+
			E	Ressources externes	14	Tuteurs de résilience : Famille, amis, collègues, soignants	*			Be14+
					15	Facteurs de protection : Spiritualité, ressources financières	*			Be15+
					16	Stratégies d'adaptation centrées sur le problème	*			Be16+

ANNEXE 5 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC MADAME LOUISE

2- Relevés des entretiens de Madame Louise

2-1- Entretien N°1 : Madame Louise

Cet entretien est un entretien de prise de contact. Il a eu lieu au sein de l'organisme. Et le second s'est déroulé au domicile de la participante à Yaoundé.

❖ Données socio-démographiques

Identifiant : Madame Louise

Age : 60 ans

Sexe : Féminin

Ethnie : Bamiléké

Religion : Catholique

Profession : Comptable matières et Enseignante

Niveau d'étude : Capacité en Droit

Situation matrimoniale : Veuve

Rang dans la fratrie : 5/5

Nombre d'enfants : 04 (02 filles et 02 garçons)

Lieu de résidence : Bafoussam

Durée de la mastectomie : 03 ans

2-2- Résultats diagnostics au test du traumatisme de Davidson et à l'échelle de résilience de Wagnild et Young

Participants	Madame Louise
Degré du trauma (ETD)	Score : 96 Trauma important
Score à l'échelle de Wagnild & Young	128/175

2-3- Entretien N°2 : Entretien sur les thèmes et la passation des échelles

Psychologue : Bonjour madame.

Madame Louise : Bonjour.

Psychologue : Avant de commencer notre entretien, permettez-moi de vous remercier pour avoir accepté de participer à cette étude en signant le formulaire de consentement éclairé. Vous savez donc qui nous sommes et quel est l'objectif de notre recherche. Je vous rappelle aussi que nous allons respecter votre anonymat et qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, seul votre avis compte. Toutefois, j'ai besoin de votre permission pour enregistrer cet entretien afin de pouvoir le retranscrire fidèlement. Si vous êtes d'accord, nous pouvons commencer.

(Après des doutes venant de Madame Louise sur notre crédibilité et après justifications, on a enfin pu débiter l'entretien dans un climat chaleureux et de confiance.)

Madame Louise : D'accord ! Vous pouvez (avec un air soulagé).

Psychologue : Merci pour votre accord.

Madame Louise : Je vous en prie.

Psychologue : Pouvez-vous me parler de la représentation que vous aviez de votre corps avant la maladie ?

Madame Louise : (avec un air de vantardise) Bon à vraie dire j'étais une belle femme avec de belles formes... vous voyez mes petits-enfants-là ils tiennent leur beauté de moi.

Psychologue : Pouvez-vous me parler de votre vie avant la mastectomie ? Comment était votre vie avant la mastectomie ?

Madame Louise : Ma vie était calme, je ne cherchais les problèmes à personne, je menais ma vie simplement, paisible sauf avec la mort de mon mari ce fut un coup dur mais bon avec les années on avance... (Maugrée puis silence). Bon que dire ? Je me suis mariée assez tôt et suite au décès de mon époux qui n'a pas été facile, je me suis véritablement dédiée à mon travail et à mes enfants et petits-enfants malgré que je souffre de temps en temps de maladie.

Psychologue : D'accord merci. Maintenant, pouvez-vous me parler du contexte entourant l'annonce de votre ablation ?

Madame Louise : J'étais couchée ici à la maison malade, je sortais d'une opération des hémorroïdes. Je causais avec une sœur et au moment de me lever j'ai voulu tirer ma robe, ça bloque quelque part je regarde je crois que c'est le bout du sein et non, il y avait une boule qui collait sur la peau. Directement, j'appelle ma belle-fille qui était là qui est aussi médecin, c'est comme ça qu'on est allé à l'hôpital, on a fait des ponctions, la mammographie, des examens

c'est là qu'on m'annonce que j'ai le cancer et qu'on doit m'enlever le sein. J'ai fui je suis rentrée chez moi à Bafoussam. Après, j'ai rencontré là-bas un autre médecin qui venait de l'étranger, ils étaient en tournée avec son équipe humanitaire. Et il m'a dit comment on veut enlever le sein-ci (ça m'a rassurée), un petit truc comme ça et on veut enlever à cause de ça ? Non lui il ne peut pas. Sur la table d'opération je lui ai même dit docteur enlever tout, il m'a dit que s'il fait ça même en Europe on risque lui porter plainte que je n'ai qu'une petite boule un sein qui n'est pas malade alors il m'a juste fait une petite chirurgie et à enlever la tumeur mais sans aucun suivi. Il est rentré le traitement n'a plus suivi et moi j'ai compris qu'il ne voulait pas me guérir et je suis donc rentrée ici après plus d'un an.

Psychologue : Pouvez-vous me parler de ce que vous aviez ressenti ? Comment avez-vous réagi au moment de l'annonce de votre ablation ?

Madame Louise : Humm... moi je n'étais même pas par rapport à eux hein. Avec tous les faux médecins qu'on a ici dehors ils annoncent les choses pour annoncer, je ne croyais pas à ce qu'ils disaient-là donc ma première réaction suite à l'annonce de la maladie et l'ablation de mon sein était la fuite. J'ai fui je suis rentrée chez moi à Bafoussam, ça m'a touché, ça m'a désaxé, et je me suis enfermée pendant au moins deux mois je ne voulais voir personne, je ne mangeais même pas, j'ai tout maigri, ce n'était pas facile, j'ai pensé à beaucoup de choses non seulement j'ai le cancer et on va aussi m'enlever le sein ? Comment ? Pourquoi ? J'ai failli mourir même avant mais après j'ai accepté et ça m'a donné la paix dans la tête.

Psychologue : Qu'avez-vous imaginez au moment de l'annonce ?

Madame Louise : Je n'en revenais pas ce qui est certain je ne voulais rien entendre venant de qui que ce soit. (Baisse la tête avec la main sur le menton et pousse un soupir).

Psychologue : Comment avez-vous vécu la période des traitements ?

Madame Louise : Tchuiipps!! On fuit les noirs on part chez les blancs ils sont aussi incapables. Il opère, il abandonne le patient comme ça j'appelle même au téléphone rien ! Il me disait que je vais payer quatre millions pour le traitement puisqu'on devait faire les chimiothérapies toujours dans ce centre, après il a même baisse à trois millions j'étais prête à le faire mais après des mois sans issus, je suis finalement retournée à l'hôpital général et ce fut très dur les contours de ma cicatrice était très durs et moi par peur de mourir ils ont encore parlé d'enlever le sein e j'ai accepté. Mais j'ai d'abord souffert plusieurs mois de la cicatrice, la tumeur avait été enlevée mais le traitement ne suivait pas son cours et la douleur était pénible

Psychologue : Comment s'est déroulé le jour de votre chirurgie ?

Madame Louise : C'est-à-dire que, tu veux que je te dise quoi raconté toutes ces choses m'énervent même à la limite. Opération que qui leur a dit que le sein l'a devait être opéré en tout cas ils ont enlevé. Une fois réveillée, j'avais très mal, ma pensée ne s'est dirigée qu'à la sensation d'un couteau qui me faisait très mal.

Psychologue : Comment était devenu votre vie après la mastectomie ?

Madame Louise : Ma vie aujourd'hui, non non non, moi je travaille hein, je fais mes business comme avant, je n'ai aucun problèmes majeurs. Même aujourd'hui, je suis dans mon service, j'effectue mes contrôles, la routine quoi !

Psychologue : Quels sont les changements de votre vie qui vous ont le plus marqué depuis la chirurgie ?

Madame Louise : Moi, je suis quelqu'un qui pense beaucoup aux autres, mais là c'était assez. Avant, j'étais plus à dire ah ce n'est pas grave, je passais par-dessus beaucoup de choses. Je pardonnais facilement. Mais là non. Je n'endure plus ça, parce que je ne sais pas combien de temps il me reste à vivre. Je peux vivre jusqu'à 90 ans comme je peux vivre jusqu'à 70 ans. Et je n'ai pas besoin de garder quelqu'un dans mon cœur non plus. Je ne sais pas si tu comprends.

Psychologue : Quelle était votre réaction face au miroir à la première vue de votre cicatrice ?

Madame Louise : Les débuts sont très difficile, je réfléchissais beaucoup quant à ma nouvelle apparence, à quoi je vais même ressembler. Puis finalement, je me suis habitué à me voir sans mon sein et à l'accepter, c'était dur au départ, je me cachais même, je ne voulais pas me montrer aux autres personnes même mes sœurs mais maintenant je n'ai plus ce problème je m'accepte de plus je ne marche pas nue donc !

Psychologue : Comment vous voyez-vous depuis la chirurgie ??

Madame Louise : Je ne me retrouvais pas dans ça, je vous ai dit, je ne me reconnais même plus tellement ça m'énervait (Désarroi).

Psychologue : Pouvez-vous nous parler du regard des autres après votre mastectomie ? Comment réagissez-vous face aux regards des autres entre autre ?

Madame Louise : Le regard ? Est-ce que je marche nue ? Quand je m'habille est-ce qu'on voit ? Moi j'ai commencé à réfléchir sur cette affaire ci-là que le sein est toujours dans l'habit alors les gens n'ont pas besoin de savoir que j'ai un seul sein. Il y a une maman qui vendait le bouillon au quartier c'est dans ma maladie que j'avais même appris que cette femme n'avait même plus ses deux seins si on ne te dit pas tu ne peux pas savoir. Si on me disait qu'on va couper le bras, ça sera visible, si je passe là on va dire la femme qui a le bras coupé-là ; mais mon sein qui voit ? Personne ! Et en plus tous ces gens qu'on a coupé ci ou ça, ils ne vivent pas ? Pourquoi je dois me déranger avec ce que les gens pensent voilà comment j'ai raisonné.

Psychologue : Maintenant, pouvez-vous nous dire qu'est-ce qui vous a aidé à affronter vos difficultés ? Selon vous, quels sont les traits de votre personnalité qui ont fait en sorte que vous avez pu surmonter cette épreuve difficile ?

Madame Louise : Quand je suis sortie de l'hôpital gynéco, je suis rentrée après dix jours. J'arrive à la maison, je m'installe ici au salon, ils entrent, ils vont vite faire le lit et tout pour que je me couche dans ma chambre prétextant que je dois être fatiguée. J'ai dit non jamais je ne me couche pas vous pensez que je suis déjà morte ou que je vais mourir ? Non je me suis installé au salon pour visionner comme si de rien n'était ceci jusqu'au jour de mon dernier contrôle j'ai gardé une attitude de force.

Psychologue : Que pensez-vous nous dire du soutien en ce qui concernent vos proches ?

Madame Louise : Je n'ai rien à redire mes enfants ont toujours été là pour moi tant bien que mal, ma famille, mes proches et tout. C'est vrai que je l'ai fuyait même par moment mais ils ont toujours été là. Et aussi, le fait de me tourner vers Dieu dans la prière et être accompagné dans ce sens m'aide même encore aujourd'hui car je poursuis le parcours.

Psychologue : Quelles stratégies avez-vous utilisées pour surmonter les changements qu'a apportés la maladie dans votre vie ?

Madame Louise : Le fait de lire sur le sujet m'a beaucoup aidé à vivre cette situation. Internet est quand même extraordinaire hein, d'avoir des groupes où on peut raconter nos histoires et il y en a une multitude de groupes à propos du cancer du sein, où on peut recevoir de l'information.

Psychologue : Avez-vous des recommandations à faire ?

Madame Louise : Oui franchement, la prise en charge dans les hôpitaux doit être retravaillé car cela ne vaut pas la peine pour moi je suis où j'en suis à cause d'un manque de professionnalisme (...). On doit davantage veiller sur les malades, les prendre au sérieux et être plus à l'écoute.

Psychologue : Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés durant cet entretien que vous auriez aimé discuter concernant votre vécu en lien avec la mastectomie ?

Madame Louise : Sauf si toi tu veux ajouter moi je n'ai plus rien à ajouter ma fille.

Psychologue : Merci madame pour votre disponibilité.

Madame Louise : D'accord Merci !

Hypothèse	Code	Variables	Code	Modalités	Code	Indicateurs	Observations			Résumé des observations
							+	-	+/-	
La mise en œuvre du processus de résilience chez la femme à travers les ressources internes et externes permet de surmonter le traumatisme lié à la mastectomie	A	Traumatisme liée à la mastectomie	a	Vécu avant la mastectomie	1	Représentation de soi	*			Aa1+
					2	Vécu quotidien			*	Aa2±
			b	Vécu pendant la mastectomie	3	Contexte de l'annonce		*		Ab3-
					4	Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce		*		Ab4-
			c	Vécu après la mastectomie	5	Vécu quotidien après l'ablation			*	Ac5±
					6	Représentation de soi			*	Ac6±
					7	Ressenti face à la nouvelle situation de son corps		*		Ac7-
					8	Regard des autres			*	Ac8±
	B	Résilience	d	Ressources internes	9	Le déni	*			Bd9+
					10	Le clivage	*			Bd10+
					11	L'intellectualisation	*			Bd11+
					12	L'humour	*			Bd12+
					13	La mentalisation	*			Bd13+
			e	Ressources externes	14	Tuteurs de résilience : Famille, amis, collègues, soignants	*			Be14+
					15	Facteurs de protection : Spiritualité, ressources financières	*			Be15+
					16	Stratégies d'adaptation centrées sur le problème	*			Be16+

ANNEXE 6 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC MADAME LOUISE

3- Entretien N°1 : Madame Claire

Cet entretien est un entretien de prise de contact. Il a eu lieu au sein de l'organisme. Et le second s'est déroulé au domicile de la participante.

❖ Données socio-démographiques

Identifiant : Madame Claire

Age : 53 ans

Sexe : Féminin

Ethnie : Béti

Religion : Catholique

Profession : Entrepreneur

Niveau d'étude : Baccalauréat

Situation matrimoniale : Célibataire

Rang dans la fratrie : 1/4

Nombre d'enfants : 01 fille

Lieu de résidence : Odza (Yaoundé)

Durée de la mastectomie : 06 ans

3-1- Résultats diagnostics au test du traumatisme de Davidson et à l'échelle de résilience de Wagnild et Young

Participants	Madame Claire
Degré du trauma (ETD)	Score : 77 Trauma important
Score à l'échelle de Wagnild & Young	133/175

3-2- Entretien N°2 : Entretien sur les thèmes et la passation des échelles

Psychologue : Bonjour madame.

Madame Claire : Bonjour.

Psychologue : Avant de commencer notre entretien, permettez-moi de vous remercier pour avoir accepté de participer à cette étude en signant le formulaire de consentement éclairé. Vous savez donc qui nous sommes et quel est l'objectif de notre recherche. Je vous rappelle aussi que

nous allons respecter votre anonymat et qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, seul votre avis compte. Toutefois, j'ai besoin de votre permission pour enregistrer cet entretien afin de pouvoir le retranscrire fidèlement. Si vous êtes d'accord, nous pouvons commencer.

Madame Claire : D'accord je suis à vous.

Psychologue : Merci pour votre accord.

Madame Claire : Je vous en prie (sourire).

Psychologue : Pouvez-vous me parler de la représentation que vous aviez de votre corps avant la maladie ?

Madame Claire : ouffff (elle pousse un cri d'exclamation) avant, avant ? Comment je me voyais ? J'étais une très belle femme, je m'exhibais beaucoup, les seins dehors, je portais les choses pas très osé mais je savais montrer mon corps. Je me maquillais, j'étais rayonnante et très féminine malgré le fait qu'au travail j'avais un uniforme, quand je sortais de là, je savais mettre mes formes en évidence, je me sentais bien dans mon corps.

Psychologue : Pouvez-vous me parler de votre vie avant la mastectomie ? Comment était votre vie avant la mastectomie ?

Madame Claire : avant ma maladie, ma vie de façon générale, j'avais une vie assez épanouie. J'étais une femme totalement dévouée à mon travail, c'était boulot, boulot et boulot. Je n'avais d'yeux que pour mon travail et j'en suis là aujourd'hui faute à mon travail car j'ai négligé ma santé.

Psychologue : Pouvez-vous me parler du contexte entourant l'annonce de votre ablation ?

Madame Claire : bien avant, j'ai vu un médecin de l'entreprise pour m'enlever tout doute, mais comme on n'avait jamais le temps, c'est passé inaperçu. Mais je lui avais dit j'ai une petite boule-là, il me dit non ce n'est rien. Ensuite, c'était lors d'une consultation classique de gynécologie, on devait m'opérer des myomes et je voulais même qu'on m'enlève une fois l'utérus j'avais déjà subi une première opération dans ce sens. C'est là que le médecin palpe le sein comme d'habitude et ressens une boule et me dit zuuutttt ! L'utérus-là, on va même laisser, il faut déjà vous prendre en charge vous avez un cancer et on doit couper ce sein.

Psychologue : Pouvez-vous me parler de ce que vous aviez ressenti ? Comment avez-vous réagi au moment de l'annonce de votre ablation ?

Madame Claire : quand il m'a dit qu'il allait enlever mon sein, sur le coup j'étais sur le choc, il a été très maladroit, je n'en revenais pas. J'étais dans sa clinique à Tsinga, je te dis j'ai marché de Tsinga jusqu'au carrefour Mvog-bi à pieds tellement j'étais dépassée. J'ai pensé à tout, à ma fille, ô mon Dieu elle n'a que moi, qu'est-ce qu'elle va devenir. Ce qui m'arrivait c'était intense. J'étais énervée j'ai même pleuré, je n'en revenais pas.

Psychologue : Qu'avez-vous imaginez au moment de l'annonce ?

Madame Claire : Je pensais à tout et à rien ce qui me rassurait c'était que la maladie était au début alors ma seule pensée était comment m'en sortir, je cherchais déjà les solutions. Le lendemain je suis allée avec mon papa qui voulait savoir la suite du protocole et le médecin nous dit qu'avec une bonne dose d'antibiotiques et une caution de 800 000F pour la chirurgie ça ira. Et comme je suis communicatrice et je suis très curieuse à la base je savais que le cancer ne se soigne pas avec les antibiotiques. Mon père a voulu porter plainte au médecin mais je l'ai dissuadé. Par la grâce de Dieu et avec les prières, j'ai été conduit à l'hôpital Général, c'est là où je rencontre le Pr Ndom le même mois, donc véritablement, depuis cette annonce dans ma tête c'est que je dois m'en sortir, j'ai pleuré une seule fois hein je crois bien, c'est tout (en me regardant en face).

Psychologue : comment avez-vous vécu la période des traitements ?

Madame Claire : (rire) humm...c'était dure hein vraiment. Tu te rends même compte qu'à une époque je fuyais tout contact encore avec l'hôpital général. Car je passais même seulement dans le taxi de ce côté-là dès que j'arrive à la maison je commence à vomir. C'est un vrai parcours du combattant depuis qu'on te dit la maladie-là, l'opération et même après rien n'est facile. Mais ce qui m'a aussi sauvé je n'ai pas traîné avec ma maladie. Je venais de faire un prêt de neuf millions pour ma maison donc il y avait l'argent et à chaque besoin je répondais donc je n'avais pas de problème d'argent mais les traitements un long parcours vraiment.

Psychologue : Comment s'est déroulé le jour de votre chirurgie ?

Madame Claire : Une fois rendue à l'hôpital... En réalité laissons même que l'ablation-là, pour moi les chimio étaient même plus dures que l'ablation parce que les chimio me rendaient terriblement malade, quand je faisais les chimio j'avais pratiquement pour une semaine où je ne mangeais pas. C'était même ça qui était le plus dure que l'ablation, tu deviens tout noir comme un zombie, tu perds tes cheveux et tout. Mon ablation s'est tellement bien faite le Seigneur était avec moi car même le médecin a dit que c'est la meilleure opération qu'il a eu a

effectué. Quand tu as ce genre de retour tu ne peux être que fière. Et une fois réveillée, j'étais soulagée de toujours faire partir de ce monde, car l'essentiel pour moi était ma survie, ma guérison. Néanmoins, j'appréhendais le moment où je verrais mon corps changé.

Psychologue : Comment était devenue votre vie après la mastectomie ?

Madame Claire : à ma sortie de l'hôpital, ça n'allait pas physiquement, j'ai des problèmes de mobilité avec mon bras droit, du coup j'ai préféré resté à la maison et étant donné même qu'on m'avait renvoyé abusivement du travail J'ai fait un genre de petite dépression. J'ai pris une petite pilule pour l'anxiété. Je n'étais pas capable de parler. Quand on me demandait comment ça allait, je pleurais. On me demandait pourquoi je ne parlais plus à personne, mais je n'étais pas capable. Après, je dois l'avouer c'était très difficile sur le plan personnel. Me retrouver en plein traitement d'une maladie aussi lourde sans emploi mais je ne me suis jamais laissé faire.

Psychologue : Quels sont les changements de votre vie qui vous ont le plus marqué depuis la chirurgie ?

Madame Claire : avant ma maladie, je n'avais même pas un instant pour moi, toute ma vie c'était boulot boulot boulot, aujourd'hui et encore que j'ai été renvoyé injustement dans ma maladie alors que j'y avais consacré toute ma vie au travail, maintenant je suis plus à même de prendre soin de moi, d'entreprendre, et de réaliser mes projets. Je sais maintenant que la vie est sacrée, la maladie peut revenir tôt ou tard, je fais plus attention certes mais j'en profite.

Psychologue : Quelle était votre réaction face au miroir à la première vue de votre cicatrice ?

Madame Claire : moi qui aimais bien mon corps, j'ai refusé tout contact visuel avec celui-ci (me montant sa poitrine, car elle sortait du bain), je refusais de me regarder ce n'était pas facile. Mais véritablement hein, je suis en vie que demander de plus, je suis une belle femme, ne me voit pas comme ça hein (rires) quand je me mets là, je mets ma perruque-là, mes prothèses qui c'est vrai sont parfois déséquilibrés mais j'ai trouvé ma bonne taille, après ce relooking tu ne peux même plus me reconnaître, toute ma beauté ressort donc j'ai pas ce problème, malgré l'âge qui avance je demeure une belle femme.

Psychologue : Comment vous voyez-vous depuis la chirurgie ? ?

Madame Claire : non seulement, je me retrouve avec un seul sein c'est vrai il y'en a chez qui on enlève même les deux mais ! Aussi j'ai perdu tous mes cheveux ma peau était lisse comme pour un bébé et j'étais noire je te dis que noire bien même, tu vois ton sac à main j'étais noir

comme ça c'était horrible. Même les kabas ne me suffisaient plus, la totale je n'avais plus mon sein (rires), c'est comme-ci la mort n'était plus rien à côté de moi, ce que j'ai fait je ne parlais plus à personne.

Psychologue : Pouvez-vous nous parler du regard des autres après votre mastectomie ? Comment réagissez-vous face aux regards des autres entre autre ?

Madame Claire : vers les débuts je me cachais hein, même si on ne pouvait parfois pas s'en douter je pensais que j'étais exposé et j'avais honte. De plus, malgré que j'ai tout fait pour garder ma maladie secrète, les gens autour de moi on sut et tout le monde se posait des questions. Je l'ai mal vécu, j'ai même pensé aller me faire une reconstruction tel que j'avais lu car les prothèses me gênaient parfois, mais après j'ai compris que tout cela était dans ma tête et c'est passé.

Psychologue : Maintenant, pouvez-vous nous dire qu'est-ce qui vous a aidé à affronter vos difficultés ? Selon vous, quels sont les traits de votre personnalité qui ont fait en sorte que vous avez pu surmonter cette épreuve difficile ?

Madame Claire : Ma tête de cochon et la façon dont j'ai été élevée. Même si tu as la grippe, si tu as mal aux dents ou tu as mal aux oreilles, tu te lèves et tu vas à l'école. Tu vas avoir mal aux dents ici, tu vas avoir mal aux dents à l'école. C'était comme ça chez nous. Ma mère était dure sur elle, donc elle nous a élevés comme ça. Et j'ai ce caractère de femme forte-là.

Psychologue : Que pensez-vous du soutien en ce qui concernent vos proches ?

Madame Claire: Humm !! euhhh franchement, je suis seule (grand silence). Comme dans toutes les familles, il y a l'enfant préféré et peut-être toi qui me parle tu es l'enfant préféré chez vous ça se voit. Aux yeux de ma mère on dirait je méritais ce qui m'arrive du coup elle était là comme si elle n'était pas. La seule sœur avec qui je m'entends elle vit au Canada donc on ne peut dire que ma famille m'a soutenu. Ma mère ne se soucie que d'elle vraiment. Si ma mère vient là on te dit que c'est ma mère tu ne croiras belle, élégante sur ce point je l'ai beaucoup ressemblé mais elle n'est pas maternel du moins pas avec moi. Tu te rends compte que pendant ma maladie ma famille était comme fière de ce qui m'arrivaient certainement ils se disaient celle-là qui se vantait autant là voilà à terre aujourd'hui. Bref hein je préfère ne plus en parler tsuipps parlons d'autre chose (regard triste).

Psychologue : Quelles stratégies avez-vous utilisées pour surmonter les changements qu'a apporté la maladie dans votre vie ?

Madame Claire : Cette force ! Pour résumer il y a Dieu et ma fille, je devais me battre pour elle. En fait, j'ai compris que si ce n'était pas Dieu tu ne serais pas en train de me parler là, il m'a protégé de tous ceux qui voulaient mon mal. Je te dis pendant ma maladie grâce aux jeunes et à la prière, je me suis davantage rapproché de Dieu et j'ai atteint un niveau spirituel incroyable qui m'a permis de surmonter cette situation. Aussi pendant ma maladie j'avais fait le rêve d'une amie déjà décédée je voulais arriver chez elle dès qu'elle me voit elle m'intercepte de retourner chez moi que je ne dois pas venir chez elle tu comprends que Dieu parle et la mort n'était pas pour moi

Psychologue : Aujourd'hui, quelle est votre plus grande fierté ?

Madame Claire : cette maladie m'a enseigné beaucoup de choses. Déjà j'ai pu voir le vrai visage de certaines personnes. Et aussi je fais beaucoup plus attention à mon alimentation car avant ce n'était vraiment pas ça. Et je suis bien plus forte grâce à cette maladie. J'ai beaucoup de projets en cours et en attente, j'en ai plein dans mon sac. La force que j'ai aujourd'hui je ne sais pas si je l'avais avant (elle me présente l'un de ses projets en l'étalant avec beaucoup de passion)

Psychologue : Avez-vous des recommandations à faire ?

Madame Claire : Oui, les femmes doivent s'informer sur la maladie et tout ce qu'il y a autour et aussi gardé la foi car Dieu n'oublie et n'abandonne pas ses enfants.

Psychologue : Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés durant cet entretien que vous auriez aimé discuter concernant votre vécu en lien avec la mastectomie ?

Madame Claire : Je continue avec les procédures au tribunal contre la structure qui m'a abusivement licencié (...) mais sinon on a fait le tour.

Psychologue : Merci madame pour votre disponibilité.

Madame Claire : Merci ! Vous êtes la bienvenue. Attendez que je m'habille on va sortir ensemble je vous en prie.

Hypothèse	Code	Variables	Code	Modalités	Code	Indicateurs	Observations			Résumé des observations
							+	-	+/-	
La mise en œuvre du processus de résilience chez la femme à travers les ressources internes et externes permet de surmonter le traumatisme lié à la mastectomie	A	Traumatisme liée à la mastectomie	a	Vécu avant la mastectomie	1	Représentation de soi	*			Aa1+
					2	Vécu quotidien	*			Aa2+
			b	Vécu pendant la mastectomie	3	Contexte de l'annonce		*		Ab3-
					4	Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce		*		Ab4-
			c	Vécu après la mastectomie	5	Vécu quotidien après l'ablation		*		Ac5-
					6	Représentation de soi			*	Ac6±
					7	Ressenti face à la nouvelle situation de son corps		*		Ac7-
					8	Regard des autres			*	Ac8±
	B	Résilience	d	Ressources internes	9	Le déni	*			Bd9+
					10	Le clivage	*			Bd10+
					11	L'intellectualisation	*			Bd11+
					12	L'humour	*			Bd12+
					13	La mentalisation	*			Bd13+
			e	Ressources externes	14	Tuteurs de résilience : Famille, amis, collègues, soignants	*			Be14+
					15	Facteurs de protection : Spiritualité, ressources financières	*			Be15+
					16	Stratégies d'adaptation centrées sur le problème	*			Be15+

ANNEXE 7 : ECHELLE DE WAGNILD ET YOUNG

Échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

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

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

ANNEXE 8 : ECHELLE DE TRAUMATISME DE DAVIDSON

Nom : Âge : Sexe:..... Date:

Veillez décrire le traumatisme qui vous bouleverse le plus:.....

.....

.....

<p>Chacune des questions suivantes portes sur un symptôme particulier. Pour chaque question, évaluez la fréquence à laquelle ce symptôme vous a dérangé au cours de la semaine écoulée, ainsi que sa gravité. Dans les deux cases en regard de chaque question, inscrivez un chiffre compris entre 0 et 4 pour indiquer la fréquence et la gravité du symptôme.</p>	<p>Fréquence</p> <p>0 = pas du tout</p> <p>1 = 1 fois seulement</p> <p>2 = 2 ou 3 fois</p> <p>3 = 4 à 6 fois</p> <p>4 = tous les jours</p>	<p>Gravité</p> <p>0 = pas du tout pénible</p> <p>1 = pénible de façon minimale</p> <p>2 = modérément pénible</p> <p>3 = pénible de façon prononcée</p> <p>4 = extrêmement pénible</p>
---	---	--

Question	Fréquence	Gravité
1- Avez-vous eu des souvenirs, des pensées ou des images douloureuses de l'événement?		
2- Avez-vous fait des rêves pénibles de l'événement?		
3- Avez-vous senti que l'événement se reproduisait en quelque sorte?		
4- Avez-vous été perturbés par quelque chose qui vous rappelait l'événement?		
5- Avez-vous été physiquement dérangé par des souvenirs de l'événement? (Cela comprend la transpiration, les tremblements, le rythme cardiaque qui s'emballe, les difficultés respiratoires, les nausées, la diarrhée).		
6- Avez-vous évité de penser à l'événement ou d'avoir des sentiments à son égard?		
7- Avez-vous évité de faire des choses ou de vous mettre dans des situations qui vous rappellent l'événement?		
8- Vous arrive-t-il d'être incapable de vous souvenir de parties importantes de l'événement ?		
9- Avez-vous eu de la difficulté à avoir du plaisir ?		
10- Vous êtes-vous senti distant ou coupé des autres personnes ?		
11- Avez-vous été incapable d'éprouver des sentiments tristes ou tendres ?		
12- Avez-vous trouvé difficile d'imaginer que vous vivriez longtemps et que vous réaliseriez vos objectifs ?		
13- Avez-vous eu de la difficulté à vous endormir ou à avoir un sommeil stable ?		
14- Vous êtes-vous senti irritable ou avez-vous eu des accès de colère ?		
15- Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?		
16- Avez-vous eu les nerfs à vif, facilement distrait, ou avez-vous dû rester « sur vos gardes » ?		
17- Vous êtes-vous senti nerveux ou avez-vous été facilement surpris ?		
TOTAL		

TABLE DE MATIERES

SOMMAIRE	i
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	3
1.1. Contexte de l'étude	3
1.2. Justification de l'étude	5
1.3. Position et formulation du problème	8
1.4. Question de recherche	9
1.5. Hypothèses de recherche	10
1.6. Objectif de l'étude	10
1.7. Intérêts de l'étude	10
1.8. Délimitation de l'étude	11
1.9. Définitions et clarifications des concepts	11
1.9.1. Vécu	11
1.9.2. Mammectomie ou mastectomie	12
1.9.3. Résilience	13
1.9.4. Cancer.....	14
1.9.5. Sein.....	14
1.9.6. Cancer du sein	15
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE	16
2.1. Cancer du sein	16
2.1.1. Généralités sur le cancer du sein	16
2.1.2. Différents types de cancer	18
2.1.3. La mastectomie ou chirurgie mammaire.....	18
2.1.3.1. Historique de la mastectomie	18

2.1.3.2. Définition de la mastectomie	19
2.1.4. Les types de mastectomie	21
2.1.5. Risques éventuels de la mastectomie	22
2.2. Spécificités de la localisation mammaire	24
2.2.1. Images symboliques des seins	24
2.2.1.1. La maternité	25
2.2.1.2. Le sein comme support de l'identité féminine.....	27
2.2.1.3. La sexualité	29
2.3. La mastectomie et ses répercussions	30
2.4. Le cancer du sein et ses représentations psychologiques.....	33
2.5. Quelques études empiriques sur la résilience au Cameroun	34
CHAPITRE III : INSERTION THEORIQUE.....	37
3.1. Les approches psychanalytiques du traumatisme	37
3.1.1. Le traumatisme comme effraction du pare-excitation	37
3.1.2. Période des dernières avancées du traumatisme	38
3.1.3. Conception psychanalytique du traumatisme selon les auteurs	39
3.1.3.1. Conception Ferenczienne du traumatisme	39
3.1.3.2. Conception d'Anna Freud.....	39
3.1.3.3. Conception de Cramer	40
3.2. Les différentes approches de la résilience.....	41
3.2.1. L'approche psychodynamique de la résilience	41
3.2.1.1. Traumatisme et résilience	42
3.2.1.2. Apports des mécanismes de défense.....	43
3.2.1.5. Les tuteurs de résilience	50
3.2.2. Approche des facteurs de la résilience.....	51
3.2.2.1. Facteurs de protection et risque	51
3.2.2.2. Les facteurs de résilience	55
3.2.2.2.1. Facteurs de résilience individuelle.....	55
3.2.2.2.2. Facteurs de résilience familiale.....	55
3.2.2.2.3. Facteurs de résilience sociale et/ou communautaire	55
3.2.3. Stratégies adaptatives (coping)	56
3.2.3.1. L'approche de Lazarus.....	56
3.2.3.2. La conception de Compas et al (2001)	57

3.2.3.3. Stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman (1984)	58
3.2.4. Le modèle écologique et transactionnelle (modèle écosystémique).....	60
3.3. Le vécu traumatique du cancer et de la mastectomie	63
3.3.1. De l'annonce de la maladie à la chirurgie.....	63
3.3.2. L'image du corps chez la femme mastectomisée.....	66
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE	69
4.1. Bref rappel de quelques éléments de la problématique	69
4.1.1. Rappel du problème	69
4.1.2. Rappel de la question de recherche.....	69
4.1.3. Rappel de l'hypothèse de recherche	70
4.1.4. Rappel de l'objectif.....	70
4.2. Site de l'étude	70
4.2.1. Justification du choix du site.....	70
4.2.2. Présentation de la SOCHIMIO	70
4.2.2.1. Création et évolution en ONG	70
4.2.2.2. Les objectifs	71
4.3. Type de recherche.....	71
4.4. Méthode de recherche.....	72
4.4.1. Méthode clinique	73
4.4.2. L'étude de cas	73
4.5. Population et Critères de sélection des participantes.....	74
4.5.1. Critères d'inclusion.....	74
4.5.2. Critères d'exclusion	75
4.5.3. Procédure de recrutements des participantes	75
4.5.4. Caractéristiques des participantes	76
4.6. Techniques et outils de collecte des données	76
4.6.1. Technique de collecte des données : l'entretien (semi-directif)	77
4.6.2. Outils de collecte des données	77
4.6.2.1. Guide d'entretien	77
4.6.2.2. Echelle de traumatisme de Davidson	78
4.6.2.3. La RS-25 de Wagnild & Young (1993).....	79
4.7. Déroulement des entretiens et passation des échelles	79
4.8. Technique d'analyse des résultats : analyse de contenu.....	80

CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	87
5.1. Présentation des Résultats	87
5.1.1. Présentation des participantes	87
5.1.1.1. Madame Nana	87
5.1.1.2. Madame Louise.....	87
5.1.1.3. Madame Marie	88
5.1.2. Présentation des résultats au test du traumatisme de Davidson et à l'échelle de résilience de Wagnild et Young	88
5.2. Analyse des résultats au cas par cas	89
5.2.1. Cas de Madame Nana	89
5.2.2. Cas de Madame Louise	95
5.2.3. Le cas de Madame Marie	99
5.3.1. Le vécu avant la maladie.....	103
5.3.2. Vécu lié à l'annonce du cancer et l'ablation	103
5.3.3. Vécu après la mastectomie.....	105
5.4. Analyse des résultats au test du traumatisme.....	111
5.5. Analyse des résultats à l'échelle de résilience	113
CHAPITRE VI : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	115
6.1. Interprétation des résultats	115
6.1.1. Interprétation selon le thème 1	115
6.1.2. Interprétation selon le thème 2	115
6.1.3. Interprétation selon le thème 3	116
6.1.4. Interprétation selon le thème 4.....	117
- Mobilisation des ressources internes et externes	117
6.2. Discussion des résultats	120
6.3. Limites de l'étude	122
6.4. Implications et perspectives de l'étude.....	123
6.4.1. Implications de l'étude.....	123
6.4.2. Perspectives de l'étude.....	123
CONCLUSION GÉNÉRALE	125
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	127
ANNEXES.....	I