

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

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

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



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR SOCIAL
SCIENCES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

PSYCHOLOGY DEPARTEMENT

RESILIENCE ET QUALITE DE VIE CHEZ LES FEMMES AGEES DE 40 A 55 ANS AYANT SUBI UNE MASTECTOMIE

Mémoire de Master en Psychologie soutenu le 31 juillet 2024

Spécialité : Psychopathologie et Clinique

Par

NGONO Bernadette Lisette
Matricule : 19x574
Licenciée en psychologie



Jury

Président :	Jacques Philippe TSALA TSALA <i>Professeur</i>	Université de Yaoundé 1
Rapporteur :	Rosaline TCHEUNDJIO <i>Docteur</i>	Université de Yaoundé 1
Examineur :	Yolande Sandrine MENGUE NGADENA <i>Docteur</i>	Université de Yaoundé 1



ATTENTION

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorales en Sciences Humaines, Sociales et Educatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce Mémoire; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.



SOMMAIRE

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 GENERALE	1
PARTIE PREMIERE : CADRE THEORIQUE	6
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE : Contexte de l'étude, Problème, Question de recherche	7
CHAPITRE II REVUE DE LA LITTERATURE : le cancer, le cancer du sein, les traitements, la mastectomie	17
CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE : Insertion théorique de la résilience, Insertion théorique du bien-être, insertion théorique de l'estime de soi	34
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	47
CHAPITRE 4 METHODOLOGIE DE L'ETUDE : Bref rappel de la problématique, site de l'étude, type de recherche, méthode de recherche, sélection des participantes, déroulement des entretiens, difficultés rencontrées, technique d'analyse, considérations éthiques	48
CHAPITRE 5 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS : Caractéristiques générales, présentation des résultats au test de résilience, présentation des résultats au test de l'estime de soi	62
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS : synthèse des résultats, discussion et résultats, limites de l'étude	96
CONCLUSION GENERALE	107
Références	111
ANNEXES	118
TABLE DE MATIERE	141



À mes parents

Le lieutenant ABANA ELOUNA Germain et son épouse,

Mme ABANA Bernadette née NGONO ONOMO

Tous deux de regrettée mémoire



REMERCIEMENTS

Parvenue au terme de notre travail de recherche, nous tenons à adresser nos remerciements

- ✓ Au Dr TCHEUNDJIO Rosaline qui l'a dirigé. Elle a été disponible, nous a enseignée, conseillée et encouragée, nous lui en sommes infiniment reconnaissante.
- ✓ Au Pr EBALE MONEZE Chanel, Chef du département de psychologie à l'Université de Yaoundé 1, ainsi qu'aux enseignants dudit département pour tous les enseignements reçus depuis le niveau 1. Très particulièrement:
- ✓ Au Pr NGUIMFACK Léonard pour ses orientations et conseils prodigués
- ✓ Au Dr BITOGO Joseph Blaise pour son aide précieuse
- ✓ Au Dr MENGUE NGADENA Yolande Sandrine pour ses interventions inestimables
- ✓ Au personnel du service de Gynécologie Pédiatrie de l'Hôpital Général de Yaoundé

Pour leur accueil chaleureux durant notre stage pratique

- ✓ Aux participantes dont la disponibilité a permis l'élaboration de ce travail
- ✓ À M. MALLA Louis Marian pour son soutien indéfectible
- ✓ À mes enfants qui m'ont encouragée malgré les moments d'abandon imposés
- ✓ À mon binôme, fils de mes parents, ONDOBO Charles Edouard pour sa confiance
- ✓ À ma famille nucléaire pour ses encouragements. Je n'oublie pas ma petite Esther Lisa à qui je tends le flambeau du zèle pour la recherche de la connaissance.

~ v ~



Modifier avec WPS Office

- ✓ À mes meilleures: TOUGUETIE Sandrine, NEOSSE Bouquet Hélène, M. et Mme LABA, Hurguette, TAMBA Rosalie Nadia, BELA DIKANDA Fabrice pour leur soutien indéfectible, leurs encouragements et les moments de détente vécus.
- ✓ À tous ceux qui de près ou de loin ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'aboutissement de ce travail.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des participantes 59

Tableau 2 : Résultats au test de résilience de Katharina Maehrlein 65

Tableau 3 : Résultats au test d'estime de soi de Rosenberg 65



LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le sein..... 28

Figure 2 : Les ganglions lymphatiques 28



LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CIRC: Centre International de la Recherche sur le Cancer

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HGY: Hôpital Général de Yaoundé

SDPM: Syndrome de Douleur Post-Mastectomie

GLOBOCAN: Global Burden Cancer

MINSANTE : Ministère de la Santé

PSNPLCa : Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte contre le Cancer

TOC: Trouble Obsessionnel du Comportement

IDH: Indice de Développement Humain

~ viii ~



PEC: Prise en Charge

HGOPY: Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

CHRACERH : Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1: ATTESTATION DE RECHERCHE

ANNEXE 2: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

ANNEXE 3: GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE 4: CORPUS D'ENTRETIEN AVEC MILA

ANNEXE 5: CORPUS D'ENTRETIEN AVEC ZARA

ANNEXE 6: RAPPORT DE NON PLAGIAT



RÉSUMÉ

Notre étude porte sur « *RESILIENCE ET QUALITE DE VIE CHEZ LES FEMMES AGEES DE 40 A 55 ANS AYANT SUBI UNE MASTECTOMIE* ». Elle est basée sur le constat selon lequel la mastectomie a un retentissement psychique sur les femmes appartenant à la tranche préménopause/ménopause suite à une ablation. À cet âge, les femmes sont traversées en général par le syndrome de la "nouvelle jeunesse", l'apparition soudaine d'un cancer du sein sonne comme une condamnation et un obstacle à leur évolution.

La mastectomie est un sujet dans le monde qui fait couler beaucoup d'encre. Elle entraîne la survenue de souffrances psychologiques, remettant en question la capacité pour celles qui en souffrent de se projeter dans l'avenir. Les patientes ayant subi une mastectomie ont Particulièrement du mal à continuer de vivre en étant en harmonie avec elles-mêmes. Elles essaient de se reconstruire et prennent appui sur les forces qui leur sont propres, ainsi que sur des facteurs externes. Les facteurs de protection en l'occurrence la foi en Dieu, viennent un peu plus appuyer les ressources mises en place, ce qui permet d'atteindre la résilience. L'on s'attendrait, cependant, à ce que l'atteinte de la résilience soit garante d'une meilleure qualité de vie. La qualité de vie étant un concept large, pour mieux la mesurer, a été réduite à l'estime de soi. Ainsi, la question de recherche est: "comment les processus psychiques de la résilience amènent-ils la femme mastectomisée à avoir une bonne estime de soi?". À cette question, l'hypothèse de réponse est " La résilience amène la femme

~ x ~



mastectomisée âgée de 40 à 55 ans à avoir une bonne estime de Soi". Nous avons donc pour objectif d'appréhender la contribution de la résilience dans le niveau d'estime de soi chez la femme mastectomisée dans la totalité de sa situation.

La méthode clinique, plus précisément l'étude de cas, est celle que nous avons utilisée pour atteindre nos objectifs. Nous avons collecté les données auprès de deux participantes que nous avons sélectionnées via la méthode par choix raisonné à l'hôpital général de Yaoundé. Nous avons utilisé les entretiens semi-directifs, le test de résilience de Katharina pour mesurer leur niveau de résilience, et l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg pour mesurer leur niveau d'estime de soi.

Il ressort de l'interprétation des résultats que la mastectomie entraîne une grande souffrance psychique qui réduit à un niveau très bas la valeur que la patiente se porte. Ceci malgré la mobilisation des ressources internes et l'apport des ressources provenant de son environnement.

Mots clés: mastectomie - résilience - estime de soi - bien-être.

ABSTRACT

Our study focuses on « *Resilience and quality of life in mastectomised women aged 40 to 55* ». It is based on the observation that mastectomy has a psychic impact on women belonging to the premenopausal/menopausal slice following breast removal. At this age, women are generally crossed by the syndrome of « new youth », the sudden appearance of breast cancer sounds like a condemnation and an obstacle to the evolution of these women.

Cancer is a topic that is widely discussed around the world. It causes psychological suffering, challenging those who suffer, to project themselves into the future. In particular, patients who have undergone a mastectomy have difficulty living in harmony with themselves. They try to rebuild themselves and rely on their own strengths, as well as external factors. Protective factors, in this case faith in God. One would expect, however, that achieving resilience will lead to a better quality of life. Quality of life being a broad concept, to better measure it, has been reduced to self-esteem. The research question is : « *how do the psychic processes of resilience lead to a good self-esteem in the women undergoing mastectomy ?* ». We relied on make the following hypothesis : « *resilience leads to a good self-esteem in the*

mastectomised women aged 40-55. » Our objective is to understand the contribution of resilience in the level of self-esteem among women who have undergone a mastectomy in their entire situation.

The clinical method is the one we used to achieve our goals, more specifically we used the case study. We collected the data from two participants that we selected via the method of selection by reasoned choice at the Yaoundé General Hospital. We used semi-structured interviews, Katharina Maehrlein's resilience test, Rosenberg's self-esteem scale.

It appears from the interpretation of the results that mastectomy leads to a great psychological suffering that reduces to a very low level the value that the patient carries, this despite the mobilisation of internal and external resources put in place.

Keywords : mastectomy – resilience – self-esteem – well-being.

INTRODUCTION GENERALE



Dans un environnement où les méfaits du cancer ne sont plus à démontrer, nous avons été informée de ce qu'une connaissance était atteinte du cancer du sein. Suite à cette information, nous nous sommes rapprochée de la dame âgée de 45 ans, mariée et mère de trois (03) enfants, pour nous enquérir de la situation psychologique ; sachant que les chimiothérapies et leurs retombées sont un moment sur le long terme extrêmement difficile pour ces femmes qui passent entre nausées, vomissements, fatigue extrême, perte de cheveux et autres. Certaines d'entre elles, selon l'avancée de la maladie, se retrouvent amputées d'un sein. La préparation à cette échéance n'est pas toujours évidente. La dame de 45 ans déclare : *« J'étais à la maison lorsque le médecin a contacté monsieur et lui a demandé de m'accompagner lundi pour la grande opération. J'ai été complètement sonnée bien que j'aie adhéré sans regimber. Ce fut extrêmement difficile ensuite de l'accepter, je me voyais mourir, je voulais mourir car l'idée de vivre sans mon sein m'était insupportable. J'avais peur de la suite... »*.

Dès lors, plusieurs questions se sont imposées à nous : face à cette maladie chronique et mortelle, comment ces femmes vivaient-elles ces moments de souffrance ? Comment envisageaient-elles l'avenir ? l'envisageaient-elle seulement ? Comment ? Quelle valeur se donnaient-elles ? Cette situation nous a intéressée et nous avons tenu à y regarder de plus près. Il est question pour nous de comprendre les conséquences du cancer du sein à cette période de la vie d'une femme, sachant tout ce que ça comporte, et partant de nous affiner dans notre choix de métier, celui de psychologue clinicienne ; choix qui pourrait nous amener à exercer en institution hospitalière et donc à nous retrouver confrontée à des cas similaires.

Le cancer est une maladie considérée comme l'une des plus mortelles de nos jours. D'après le CIRC, 20 millions de nouveaux cas auraient été diagnostiqués dans le monde en 2022 et 10 millions de personnes en sont décédées, soit 1 sur 5 pour un dénombrement de 46,6 millions de personnes atteintes de cancer, tous types confondus. Ce taux d'après l'OMS ira crescendo dans les années à venir. C'est une maladie qui touche aussi bien les hommes que les femmes dans toutes les régions du monde. Les cancers les plus couramment cités par l'OMS en 2022 sont le cancer du poumon (2,5 millions de nouveaux cas), suivi de près par le cancer du sein (2,3 millions de cas), le cancer colorectal (1,93 millions de cas), le cancer de la prostate (1,5 millions de cas), le cancer de la peau ou non-mélanome (1,20 millions de cas), le cancer de l'estomac (1,09 millions de cas).

Au Cameroun, plus de 20.700 cas sont enregistrés en 2020 dont 18,5% de cancers du sein (Cameroon Tribune du 21/10/2021). D'après GLOBOCAN (2018), le cancer du sein est suivi de près par le cancer de l'utérus (13,8%).

Les chimiothérapies ont des retombées difficiles à vivre, elles sont une succession d'effets secondaires qui oscillent entre des nausées, des vomissements, une fatigue extrême, la perte des cheveux. Pour certaines d'entre elles, selon l'avancée de la maladie, l'une des solutions radicales face au cancer du sein, du point de vue médical, est la mastectomie, c'est-à-dire l'ablation totale du sein. L'ablation du sein est une situation qui n'est pas toujours facile à accepter pour les femmes l'ayant subie. La perte du sein peut avoir une incidence sur la qualité de vie. L'OMS définit la qualité de vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » (OMS, 1993). La notion de qualité de vie est une notion très large qui intègre tous les domaines de la vie de la patiente. Elle épouse les dimensions aussi bien physique, psychologique, sociale que culturelle. Elle renseigne sur la manière que la patiente ressent et vit les différentes expressions de la maladie. La perception de ces femmes pourrait être modifiée de façon significative, entraînant des conséquences d'ordre psychologiques, c'est-à-dire anxiogènes et dépressives, allant jusqu'à une dévalorisation de soi.

Des statistiques portant sur les femmes mastectomisées en Afrique restent peu disponibles malgré le fait que ce sujet reste d'actualité et fasse couler beaucoup d'encre. Selon une étude menée au Bénin et parue dans la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Volume 69, Supplément 1 (juin 2021), 65,33% des femmes atteintes du cancer ont subi une mastectomie. Une autre étude nous dit que dans 30% des cas, le corps médical trouve nécessaire une ablation du sein (Greco, 2016).

L'évolution de la science et de la médecine permet aujourd'hui aux femmes mastectomisées de vivre différemment leur ablation. En effet, l'absence de sein peut désormais, médicalement parlant, être comblée par une reconstruction mammaire. Même si certaines, en grand nombre d'ailleurs, n'y ont pas toujours recours. Les raisons varient en fonction de la zone géographique. En Afrique en général, la cherté des soins est un obstacle non négligeable et même lorsque la patiente dispose des moyens financiers nécessaires, très peu se tournent vers cette solution. Dans les zones dites développées, des analyses statistiques de dossiers médicaux (Héquet et al. 2013) ont montré que moins de 50% des patientes décident d'effectuer une

reconstruction chirurgicale et que les autres vivent donc avec un seul sein, ou sans sein du tout.

Freud (1905) accorde une grande importance au sein. En effet pour lui, la sexualité commence par le sein de la mère qui nourrit son enfant. Le sein est de ce fait l'objet de désirs érotiques des hommes, désirs liés à la nostalgie de ceux de leur mère. Le sein est également un moyen d'attachement entre la mère et son enfant. L'absence de sein crée donc une scissure, une blessure narcissique (Freud, 1905). L'ablation du sein a des conséquences psychologiques non négligeables sur ces femmes, elle accentue et entretient le traumatisme déjà présent. Ce ressenti est présent durant tout le processus, depuis l'annonce du diagnostic jusqu'au traitement. La femme est traversée par un sentiment d'incertitude, la peur d'être rejetée, la baisse de l'estime de soi, l'image chancelante de soi. Sa perception d'elle est modifiée par l'angoisse et un état dépressif. Selon Rutledge et al. (2006), les troubles psychologiques généralement observés chez les patients cancéreux sont les troubles anxieux et dépressifs. Pour Brullmann, 2007, « *Le creux, venu en lieu et place du sein, sera désormais la marque d'une blessure, réactivant inconsciemment celle d'une autre blessure, symbolique celle-là* ».

Si la patiente se pose des questions d'ordre existentielles, elle se pose également des questions sur l'origine de sa maladie à laquelle elle aimerait donner un sens. Pour elle, ce cancer du sein pourrait ne pas être le fruit du hasard (Brullmann, 2007), elle y inclut une dimension autre que biologique. Face au traumatisme vécu, la patiente cherche des voies et moyens pour raccommoder sa blessure et accéder au chemin qui la mènera à une bonne qualité de vie au travers de la résilience.

La mastectomie est une situation à laquelle la patiente doit s'arrimer si elle veut vaincre la maladie, se projeter et améliorer sa qualité de vie. L'on ne saurait parler de l'amélioration de la qualité de vie sans faire référence à un parcours de chemin car l'amélioration de la qualité de vie est une évolution dans le temps. Elle stipule le passage d'un état, d'un niveau de vie à un autre, en l'occurrence meilleur que celui duquel l'on est parti. La patiente ayant subi une mastectomie fait face à un traumatisme, dans sa quête d'amélioration de sa qualité de vie, elle cherche à donner un sens à sa maladie et à se relever de son traumatisme. La résilience est donc son but premier. Boris Cyrulnik dit que pour qu'il y ait résilience, il faut forcément qu'il y

ait eu traumatisme, suivi de reprise de développement, accommodation de la déchirure. Comment comprendre qu'on parle de résilience sans qu'il y ait instruments de accommodation ? L'estime de soi est un facteur de résilience, comment accommoder sans la présence des facteurs de accommodation ?

Cette étude s'intéresse à la contribution de l'estime de soi dans l'atteinte de la résilience chez la femme mastectomisée. Ce qui justifie le sujet choisi par nous : *« résilience et qualité de vie chez les femmes âgées de 40-55 ans ayant subi une mastectomie »*.

Notre étude se décompose en deux grandes parties constituées chacune de trois chapitres. Une première partie dénommée cadre théorique qui comprend les chapitres 1, 2 et 3 respectivement intitulés problématique de l'étude, revue de la littérature et insertion théorique. Une seconde partie dénommée cadre méthodologique et opératoire constituée de trois chapitres également, les 4, 5 et 6 respectivement intitulés méthodologie de l'étude, présentation et analyse des résultats et interprétation et discussion des résultats.

PARTIE PREMIERE : CADRE THEORIQUE



CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE



Le chapitre premier intitulé problématique mettra en exergue le problème de recherche ainsi que tous les éléments qui sont propres à une problématique. Ce sont le contexte de l'étude, 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 ou tumeur maligne, reste aujourd'hui un grand problème de santé dans le monde. Il n'est pas spécifique à une partie du corps car il s'attaque et se développe dans n'importe quelle partie du corps. D'où l'existence de plusieurs types de cancer dont la dénomination est fonction de la partie du corps attaquée. Ainsi nous avons le cancer du poumon, le cancer du sein, le cancer du cerveau, le cancer colorectal, le cancer du foie, le cancer de la prostate, le cancer du poumon ... Cette maladie fait tellement parler d'elle que l'une des solutions pour faire face à sa présence toujours grandissante a été d'instaurer une journée mondiale de lutte contre le cancer. Actuellement, selon une information recueillie sur le site des Nations Unies, 8,2 millions de personnes décèdent du cancer chaque année dans le monde, soit 12,5% des décès dans le monde. Le GCO estime qu'en 2022, dix types de cancer représentaient ensemble les deux tiers environ des nouveaux cas et décès dus à cette maladie dans le monde.

Le cancer est une maladie considérée comme l'une des plus mortelles de nos jours. D'après le CIRC, 20 millions de nouveaux cas auraient été diagnostiqués dans le monde en 2022 et 10 millions de personnes en sont décédées, soit 1 sur 5 pour un dénombrement de 46,6 millions de personnes atteintes de cancer, tous types

confondus. Ce taux d'après l'OMS ira crescendo dans les années à venir. C'est une maladie qui touche aussi bien les hommes, les femmes que les enfants dans toutes les régions du monde.

Les cancers les plus couramment cités par l'OMS en 2022 sont le cancer du poumon (2,5 millions de nouveaux cas), suivi de près par le cancer du sein (2,3 millions de cas), le cancer colorectal (1,93 millions de cas), le cancer de la prostate (1,5 millions de cas), le cancer de la peau ou non-mélanome (1,20 millions de cas), le cancer de l'estomac (1,09 millions de cas).

Au Cameroun, plus de 20.700 cas sont enregistrés en 2020 dont 18,5% de cancers du sein (Cameroon Tribune du 21/10/2021). D'après GLOBOCAN (2018), le cancer du sein est suivi de près par le cancer de l'utérus (13,8%).

Le cancer du sein est le premier cancer chez la femme dans le monde. Les politiques ont mis sur pied des campagnes régulières de sensibilisation afin de donner la chance aux femmes d'être prises en charge tôt et ainsi de multiplier leur chance de tendre vers la guérison et de retrouver autant que faire se peut un rythme de vie normal. Malheureusement, en Afrique particulièrement, les femmes arrivent généralement à un stade avancé dans les institutions hospitalières d'où le grand pourcentage de décès dans cette zone. Pourtant, la probabilité de recevoir un diagnostic de cancer du sein est inférieure de 50% chez les femmes des pays aux indices de développement humain les plus faibles (CIRC, 2024). En effet, les femmes vivant dans ces zones ont contre elles l'accès insuffisant aux traitements de qualité et le diagnostic tardif.

Plus de 35 millions de nouveaux cas de cancer devraient être enregistrés en 2050, soit une augmentation de 77% par rapport aux 20 millions de cas estimés en 2022 (CIRC, 2024). De ce fait, la mortalité due au cancer devrait presque doubler en 2050 dans les pays dits à faible IDH.

Au Cameroun, 3273 nouveaux cas sont enregistrés en 2018 pour 1780 décès. Le cancer du sein est le plus fréquent et est la première cause de mort par cancer chez la femme avec près de 2000 décès annuels (PSNPLCa, 2022).

Les statistiques concernant le cancer du sein sont très inquiétantes. Pour contrer l'évolution de cette maladie dangereuse et mortelle, une journée, le 04 février lui est consacrée. Un mois de prévention, dénommé octobre rose, lui est également consacré. Durant cette période, des stratégies de lutte sont multipliées au travers principalement de campagnes de sensibilisation. Les dépistages sont offerts

gratuitement, les femmes sont formées sur l'autopalpation des seins. Tout ceci, dans le but de diagnostiquer le plus tôt possible un éventuel cancer du sein gage d'une prise en charge précoce. En effet, 90% des cancers sont guérissables lorsqu'ils sont détectés tôt (PSNPLCa, 2022). Le MINSANTE, dans cette mouvance, s'est arrimé à la Stratégie Sectorielle de Santé (2016-2027) et aux standards internationaux et a ainsi élaboré un Plan Stratégique National de Prévention et de Lutte Contre Le Cancer 2020-2024. L'objectif est une réduction de la mortalité et de la morbidité en cinq (05) ans.

Désormais classée comme maladie chronique, le cancer du sein est une maladie au long cours. Elle a des retombées sur le plan biologique car elle engendre des dysfonctionnements physiologiques, sur le plan social car elle entraîne une modification du réseau social de la patiente et oblige un arrêt prolongé ou permanent des activités professionnelles (Allen, Savadatti, Gurmankin, 2009) ; sur le plan psychologique la patiente vit un traumatisme exacerbé par des pensées d'angoisse imminente de mort (Nguimfack, 2016). L'annonce du cancer du sein est vue comme une attaque contre cet emblème de l'identité féminine (Brullmann, 2007). La femme mastectomisée se voit vivre avec un corps asymétrique. Le sein étant un objet symbolique depuis la petite enfance, la femme, par l'ablation du sein se retrouve à vivre une blessure narcissique.

L'ablation du sein produit chez la femme des traumatismes non négligeables. Les éprouvés de la patiente sont mis en exergue par certains auteurs dans des études exploratoires. Ainsi, 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) ; certaines parlent de mutilation (Piot-Ziegler et al, 2010). Freud (1905) parle d'affection grave de l'image de soi qui peut aller jusqu'à ébranler l'assise identitaire de la femme. Et puisque la femme mastectomisée n'est pas une entité isolée (Nguimfack, 2016), elle appartient à un système familial avec lequel elle partage son quotidien. Le lien qu'elle partage avec ce système, lorsqu'elle est en souffrance psychique, entraîne un dysfonctionnement dans tout le système. Le système étant un tout, la souffrance d'un élément affecte forcément tout le système. Ses souffrances se transfèrent à son environnement familial qui souffre autant que la patiente de la situation. La patiente non seulement souffre de sa situation, mais souffre également de la souffrance qu'elle inflige à sa famille, d'où le sentiment de culpabilité souvent

présent. L'une de nos interrogées dit « *ma fille de 12 ans ne sort plus que par nécessité. Elle vient vérifier régulièrement mes battements de cœur chaque fois qu'elle rentre de l'école ou d'une course* ».

D'autre part, les réactions de la femme mastectomisée face à la souffrance psychique causée par celle-ci sont loin d'être prévisibles. En effet, selon plusieurs études, sa réaction dépend de plusieurs facteurs comme l'équilibre psychique, la force mentale, la cohésion familiale, l'état secure de son moi. Lehmann (2014) nous dit cependant que ce n'est pas suffisant car il s'agit essentiellement pour la femme de donner un sens à sa maladie. Elles veulent comprendre comment ce cancer est arrivé jusqu'à elle. C'est un questionnement dont la réponse permettra de se réapproprier sa réalité, de faire son deuil et de recommencer à mener une vie normale.

En outre, la qualité de vie englobe plusieurs domaines de la vie psychologique de la patiente. Elle nous renseigne sur la valeur que la patiente se donne, la perception qu'elle a d'elle-même faisant partie intégrante de cette valeur. A la suite d'une mastectomie, son estime de soi est remise en question par le dysfonctionnement psychique qu'elle vit. Son estime de soi est au plus bas. A 40-55 ans, la femme entre dans la phase préménopause/ménopause. Une phase pleine de défis où elle vit un remaniement psychique important. C'est une période de sa vie où elle réévalue son idéal du moi; les refoulements se comportent comme des digues contre la pression des eaux (Freud, 1937) cité par Baudin (1998). Dans le langage commun, il est dit que la femme vit sa « seconde jeunesse ». Cette nouvelle phase de sa vie l'expose aux remaniements narcissiques et objectaux qui pourraient la conduire vers des vacillements libératoires (Freud, 1937). Avec la mastectomie, elle semble faire une régression dans son évolution. En lieu et place de la « nouvelle jeunesse », elle se retrouve plutôt en train de revivre une blessure narcissique. Plus que jamais, il lui importe donc de donner un sens à son traumatisme. Elle s'aidera de ressources internes et externes pour arriver à rebondir face aux stigmates de son ablation en utilisant des objets de raccommodation : c'est la résilience.

Les ressources internes et externes sont le fil de raccommodation sur lequel notre étude portera pour ressortir les processus psychiques mis en exergue dans cette recherche de sens, gage d'une meilleure qualité de vie ; d'une meilleure estime de soi. Ce qui justifie le titre donné à notre étude : « *résilience et qualité de vie chez les femmes âgées de 40 à 55 ans ayant subi une mastectomie* ». A cet âge, la femme a

besoin de se plaire à elle, de s'aimer elle, de s'assumer telle qu'elle est (Vautrot, 2022).

1.2. Problème

Plusieurs études cliniques nous renseignent sur le ressenti psychologique des femmes ayant vécu une mastectomie totale. Le sein est un attribut, objet de séduction dont la perte déclenche des sentiments de honte vis-à-vis de leur corps transformé (Nkengne et al., 2022), rajouté à l'anxiété et à la dépression qui sont les sentiments les plus partagés par les personnes atteintes de cancer (Rutledge et al., 2006). La mastectomie consiste à enlever, à priver la femme de la totalité du sein c'est-à-dire de toute la glande mammaire, l'aréole, le mamelon et une partie de la peau du sein. Parce que le sein est totalement enlevé, on parle de mastectomie totale. C'est un acte médical qui entraîne des répercussions psychologiques.

Bien qu'étant le traitement le plus recommandé pour éradiquer la maladie (Dixon, 2014; Saglier & Gligorov, 2014), la mastectomie totale ouvre la porte chez la patiente à une blessure narcissique. Le traumatisme causé par la perte du sein fait émerger chez la patiente un sentiment d'injustice et de culpabilité (Brullmann, 2006).

S'intéresser à la qualité de vie c'est, envisager un « au-delà » du diagnostic, du pronostic et du traitement (Pedinielli, 1995). Autrement dit, s'intéresser à la qualité de vie revient à tenir compte de comment la patiente se perçoit dans sa maladie, de comment elle se perçoit dans sa nouvelle configuration asymétrique. Il s'agit de replacer la patiente dans sa maladie (Pedinielli et al., 1995), non plus selon les autres (médecins, famille, ...) mais selon son ressenti à elle, selon sa subjectivité.

La mastectomie consiste à enlever, à priver la femme de la totalité du sein c'est-à-dire toute la glande mammaire, l'aréole, le mamelon et une partie de la peau du sein. Parce que le sein est totalement enlevé, on parle de mastectomie totale. C'est un acte médical qui entraîne des répercussions psychologiques. Nous avons pu observer chez des participantes que nous avons entretenues des réactions depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à tout au long du traitement telles que la peur imminente de mort (Nguimfack, 2016), une humeur anxieuse et dépressive. Elles se sentent débordées par la nouvelle, ce qui cause un choc émotionnel très grand. Ces femmes pour s'en sortir peuvent développer face au traumatisme causé par le cancer, des capacités qui leur permettent de se relever et de continuer de vivre de manière acceptable.

La résilience permet d'analyser la présence des conditions sérieuses, traumatisantes et les capacités psychologiques positives malgré l'adversité (Rutter, 2006). Elle désigne également la capacité à rebondir et à se (re)construire de manière positive malgré l'épreuve et l'adversité (Cyrułnik, 1999, 2001, 2004 ; Manciaux et al., 2001). Elle renvoie aussi à la capacité à sortir vainqueur d'une épreuve, avec une force renouvelée, en désignant l'adaptation aux situations adverses par le développement de ressources internes et externes (Anaut, 2008). Ces différentes définitions de la résilience comme processus renseignent sur ce qui la compose. En effet, elle est soutendue par des capacités propres à l'individu ainsi qu'à des capacités liées à l'environnement. Les capacités qui découlent de l'individu sont les forces conscientes et inconscientes que celui-ci mobilisent pour mettre en place le processus de résilience ; ce sont les mécanismes de défense, le coping, l'estime de soi. Comme le dit Cyrułnik (1999), toute personne blessée peut « tricoter » des liens de résilience, en se servant des ressources dont elle dispose.

L'estime de soi est donc l'amour que le sujet se porte à lui-même.

Pour Jung (1912), le Soi est l'archétype qui structure la psyché. Il est l'instance qui accorde le ça et le surmoi, de ce fait, il a pour fonction de réaliser l'être. On comprend aisément qu'un Soi en dysharmonie avec lui-même ne peut maintenir l'équilibre psychique, encore moins permettre à l'individu d'accéder à ses propres ressources internes. Il devient alors difficile à l'individu de dépasser ses blessures.

Les travaux d'Anaut (2007) sur la conscience de son estime de soi nous dit que, l'estime de soi se réfère à une disposition mentale qui prépare le sujet à réagir selon ses attentes de succès, de détermination, etc. Ainsi, une bonne estime de soi participe à l'atteinte d'un niveau élevé de résilience chez un sujet lorsque celui-ci est confronté à un traumatisme, à une effraction psychique. L'estime de soi est de ce fait un étayage sur lequel la femme mastectomisée peut s'appuyer pour rebondir et retrouver un niveau de vie acceptable.

Les travaux de Garmesy et Masten (1991) mettent en avant trois types de facteurs qui contribuent à la résilience chez les sujets : les facteurs individuels parmi lesquels l'estime de soi, les facteurs familiaux et les facteurs extra familiaux.

Ces différentes études nous montrent à suffisance le lien étroit qui existe entre la résilience et l'estime de soi. De même qu'il faut une situation de traumatisme pour que l'on puisse parler de résilience c'est-à-dire, de ressources capables d'être mobilisées par la femme mastectomisée et traumatisée par la perte de son sein dont

elle doit faire le deuil, ressources qui lui permettront de s'accepter, de se relever et de recommencer à vivre de manière acceptable ; de même l'estime de soi est l'une des ressources qui conduit la femme mastectomisée à l'atteinte de la résilience.

Or, suite à l'observation que nous avons faite des patientes mastectomisées de notre étude, nous avons constaté qu'elles ont obtenu au travers des tests de résilience et d'estime de soi que nous leur avons passés, pour chacune, un score élevé au test de résilience malgré un score bas au test de l'estime de soi. Etant donné que les femmes mastectomisées suite à un diagnostic de cancer du sein ont subi un traumatisme, étant donné que l'estime de soi est une ressource interne mobilisée par les sujets traumatisés dans un processus de résilience, notre étude pose le problème de la contribution de l'estime de soi dans l'atteinte de la résilience.

*« Pour trouver le **bonheur**, il faut risquer le malheur. Si vous voulez être heureux, il ne faut pas chercher à fuir le malheur à tout prix. Il faut plutôt chercher **comment – et grâce à qui – l'on pourra le surmonter** » (Cyrulnik, 2019).*

1.3. Question de recherche

Cette recherche a pour objectif de comprendre les processus par lesquels la résilience est atteinte chez les femmes mastectomisées malgré l'estime de soi faible. Ainsi nous posons la question de savoir : *comment les processus psychiques amènent-ils la femme mastectomisée à atteindre la résilience malgré l'échec de revalorisation de soi ?*

1.4. Hypothèse de recherche

Au vu de tout ce qui précède, nous avons posé comme réponse momentanée à notre question de recherche, l'hypothèse suivante : *« la femme camerounaise mastectomisée âgée de 40 à 55 ans arrive à se dépasser et à recommencer à vivre malgré la valeur négative qu'elle a d'elle-même ».*

1.5. Objectifs de l'étude

La présente étude a pour objectif d'appréhender les processus psychiques qui favorisent le processus de la résilience chez la femme malgré le traumatisme causé par une mastectomie.

1.6. Intérêt de l'étude

L'intérêt de notre étude se situe à trois niveaux : au niveau scientifique, au niveau social, au niveau clinique.

- **Au niveau scientifique** : notre étude contribue à l'enrichissement de la littérature scientifique par la nouveauté et l'originalité qu'elle recèle. En effet, concernant le vécu des femmes ayant subi le choc de la mastectomie, des études ont parlé de résilience, d'estime de soi, mais aucune n'a parlé de l'atteinte de la résilience malgré une faible estime de soi.

- **Au niveau socioéconomique** : notre étude contribue à la sensibilisation des femmes sur les retombées traumatologiques du cancer du sein. De ce fait, il serait judicieux qu'elles participent à la baisse des statistiques alarmantes en adhérant aux campagnes de dépistage organisées régulièrement par l'Etat et ou les structures privées. Une détection faite tôt stipule une prise en charge précoce et donc un traitement moins long et une reprise rapide des activités socioprofessionnelles. Un temps réduit dans la prise en charge renvoie à moins de dépenses financières.

- **Au niveau clinique** : notre étude contribue à la vulgarisation des outils et techniques utilisés en psychologie clinique dans le but de soulager la souffrance psychique. Une prise en charge couplée systématique médicale/psychologique serait une très belle avancée dans le système de prise en charge de ces patientes particulières au Cameroun, et partant des grands malades camerounais en général.

1.7. Contours de l'étude

Notre étude appartient au champ de la psychologie, option psychopathologie et clinique. Elle a été menée à l'hôpital général de Yaoundé. La théorie de la résilience est celle sur laquelle nous nous sommes appuyée pour comprendre l'atteinte de la résilience malgré une estime de soi défaillante chez des femmes âgées de 40-55 ans atteintes du cancer du sein et ayant subi une mammectomie.

1.8. Définitions et clarification des concepts

Notre étude a comme termes phares : mastectomie – traumatisme psychique – résilience – estime de soi – bien-être.

1.8.1. Traumatisme psychique

Crocq, cité par Tilmant (2019), définit le traumatisme psychique comme un

phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique et/ou psychique d'un individu, qui est exposé comme victime, témoin ou acteur.

1.8.2. Résilience

Terme transdisciplinaire, le mot résilience a plusieurs approches.

Le Larousse définit la résilience comme une caractéristique mécanique définissant la résistance aux chocs d'un matériau. (La résilience des métaux, qui varie avec la température, est déterminée en provoquant la rupture par choc d'une éprouvette normalisée.)

En écologie, la résilience est la capacité d'un écosystème, d'un biotope ou d'un groupe d'individus (population, espèce) à se rétablir après une perturbation extérieure (incendie, tempête, défrichement, etc.).

En informatique, la résilience est la capacité d'un système à continuer à fonctionner, même en cas de panne.

En psychologie, la résilience est la capacité d'un individu à se construire et à vivre de manière satisfaisante en dépit de circonstances traumatisantes. C'est dans cette optique que Cyrulnik (2003) dit qu'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. La résilience n'existe que par le traumatisme.

1.8.3. Mastectomie

La mastectomie selon Madden (1972) consiste en l'ablation totale de la glande mammaire associée à un curage axillaire (étage I et II de Berg) en monobloc. Ce qui signifie en langage simple que le chirurgien enlève la totalité du sein d'une femme suite à une affection au cancer. On a recours à la mastectomie pour traiter les tumeurs malignes métastasées.

1.8.4. La qualité de vie

L'OMS définit la qualité de vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » (OMS, 1993).

1.8.5. Bien-être

Terme à plusieurs connotations, le bien-être peut être défini comme l'état stable dans lequel se trouve une personne sur le plan émotionnel et dans son fonctionnement général. Elle introduit la notion d'être heureux, la notion de bonheur.

Mary Johada (1958) définit la santé mentale positive (bien-être) comme un ensemble d'atouts permettant de maintenir un équilibre psychique, constamment malmené par les aléas existentiels.

Pour l'OMS, la santé mentale positive est un état de bien-être qui permet à l'individu de révéler ses propres capacités, de faire face à des situations stressantes de la vie quotidienne, de s'adonner à des activités productives sources d'épanouissement, et d'apporter sa contribution personnelle à la communauté (OMS, 2004).

1.8.6. Estime de soi

L'estime de soi est une expression très employée en psychologie. Elle désigne la perception qu'un individu a de lui-même, elle est la valeur qu'un individu se donne, le regard qu'il pose sur lui-même. Elle est un élément essentiel dans la personnalité et regroupe en même temps les volets comportemental, cognitif et émotionnel. « Nous nous estimons dans ce monde exactement d'après ce que nous prétendons être et prétendons faire » (James W., 1998)

Pour Jung, le soi est l'archétype qui organise (structure) la psyché. Avoir une bonne estime de soi revient à atteindre un niveau virtuel où le conscient et l'inconscient s'unissent pour permettre l'expression de la « personnalité authentique ».

« Si nous laissons le sujet seul sans que celui-ci puisse élaborer son trauma, ou le travailler affectivement, psychologiquement, verbalement ou socialement, alors nous le laissons prisonnier de son trauma, qui pourra de plus être amené à évoluer. Nous l'inscrivons ainsi sur le tapis roulant du syndrome psychotraumatique. Si, à l'opposé, nous sécurisons la personne et nous l'aidons à faire un travail de représentation verbale après l'avoir sécurisée, nous ne modifions certes pas le trauma, mais nous en transformons sa représentation. » (Cyrułnik, 2019). Cette parole de Boris Cyrułnik nous donne un aperçu de l'importance de l'accompagnement psychologique d'une personne en situation d'événement traumatique, ainsi que du rôle joué par cet

accompagnement psychologique. Il ne s'agit pas ici de changer quelque chose à l'événement vécu, ce qui serait d'ailleurs impossible, mais de déceler comment le patient a développé des qualités qui donneront un sens à son ressenti, de déceler les qualités qui lui ont permis de se l'approprier, de le dépasser et d'atteindre un certain niveau d'homéostasie du moi qui l'amènera à se percevoir de manière positive. Il est question dans notre étude de comprendre comment, dans sa nouvelle situation de femme au corps asymétrique, la mobilisation des ressources internes et externes par la femme mastectomisée lui garantit d'atteindre et de garder une bonne estime d'elle-même.



CHAPITRE II REVUE DE LA LITTERATURE



Le chapitre précédent a ressorti la problématique relative à notre recherche. Nous y avons posé le problème, la question de recherche ainsi que l'hypothèse et l'intérêt de cette étude. Dans le présent chapitre, il est question de ressortir les généralités sur le cancer et les mots-clés sur lesquels nous nous sommes appuyés pour mener à bien notre étude ; nous nous attarderons sur la littérature y afférente car effectivement, plusieurs auteurs se sont déjà penchés sur la question.

2.1 Le cancer

« Le cancer est un terme générique désignant un large groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeurs malignes ou néoplasmes. L'un des traits caractéristiques du cancer est la multiplication rapide de cellules anormales à la croissance inhabituelle, qui peuvent ensuite envahir des parties voisines de l'organisme, puis migrer vers d'autres organes. On parle alors de métastases. La présence de métastases est la principale cause de décès par cancer. » (OMS, 2022 sur son site).

2.2 Le cancer du sein

Le cancer du sein est ce crabe qui touche le sein. S'il touche également l'homme à un taux très bas (1-2%), il est la première cause de cancer chez la femme (CIRC, 2021) ayant un bon pronostic avec une survie à 5 ans de plus de 85% (INCa, 2019). Son origine est multifactorielle. Elle peut être génétique lorsque la femme a hérité d'un gène muté (BRCA1 et BRCA2), ou environnementale. Ici interviennent l'exposition aux hormones naturelles produites par l'organisme au cours de la vie ; le mode de vie tel que la consommation d'alcool, le surpoids et l'obésité. Ces différentes origines favorisent chez la femme un risque accru de développer un nouveau cancer au niveau de l'autre sein : 15% chez celles qui consomment l'alcool et 22% chez les

femmes en surpoids ou obèses (Chen, 1999 ; Akdeniz, 2020).

D'autres facteurs sont à l'origine du cancer également de par leurs actions. Nous pouvons citer entre autres :

- Un rayonnement ionisant : le lien entre le rayonnement ionisant et le cancer a bel et bien été établi cependant, l'on ne sait toujours pas quelle est la quantité de rayonnement qu'il faut pour accroître le risque de cancer
- Les rayons solaires : une exposition prolongée peut créer des lésions cutanées et provoquer un cancer de la peau
- Les substances chimiques comme les colorants industriels, l'amiante et le benzène sont également associés au cancer en cas d'exposition prolongée à ces substances
- Les virus comme celui du VIH, de l'hépatite B et le virus du papillome humain sont également associés à un risque accru de cancer du foie, de lymphomes, de sarcomes, de la bouche, de l'anus et du col de l'utérus.

2.3. Traitements

Il existe les tumeurs dites bénignes et des tumeurs dites malignes. Les tumeurs bénignes sont celles qui sont sans gravité car elles ne produisent pas des métastases et de ce fait ne sont pas mortelles. Certaines tumeurs malignes ont une dépendance hormonale et régressent en cas de privation en hormones, c'est le cas de certains fibromes utérins pendant la ménopause.

La tumeur maligne est une masse qui peut se propager via des métastases vers d'autres parties du corps. La tumeur maligne du sein est issue de la multiplication anarchique d'une cellule du sein pour former un carcinome. Il existe plusieurs types de cancers du sein selon le type de cellules qui cause le cancer. Ainsi distingue-t-on le cancer canalaire qui touche les cellules qui bordent les canaux ; le cancer lobulaire qui touche les cellules des lobules ; Pour la traiter, il existe plusieurs moyens proposés par la médecine qui est de plus en plus avancée.

La radiothérapie est utilisée pour la réduction du risque de récurrence dans le sein et les tissus environnants.

La chimiothérapie au travers des médicaments chimiques est employée pour

détruire les cellules cancéreuses et éviter que le cancer ne se propage. Il s'agit des thérapies hormonales, des thérapies biologiques ciblées.

La chirurgie pour éradiquer la tumeur ; elle peut être couplée aux autres types de traitement pour plus d'efficacité. La chirurgie peut consister à éradiquer uniquement le tissu cancéreux, ou le sein entier. Cette opération en cas de cancer invasif oblige à un retrait des ganglions lymphatiques. Aujourd'hui avec l'avancée de la science, c'est l'exérèse du ganglion sentinelle qui est effectuée. L'éradication du sein entier est la mastectomie, sujet de notre étude.

2.4. La mastectomie

Comme nous l'avons spécifié dans le paragraphe précédent, la mastectomie ou mastectomie ou ablation du sein est une intervention chirurgicale non conservatrice réalisée sous anesthésie générale. Elle peut être totale ou partielle. Elle se fait par la chirurgie et elle est employée pour éradiquer les cellules cancéreuses. Dixon (2014) nous dit qu'il existe plusieurs types de mastectomies post diagnostiques :

- La mastectomie partielle est celle qui consiste à l'enlèvement chirurgical des tissus cancéreux et périphériques du tissu sain, dans le but de conserver la forme naturelle du sein. Ici, chirurgie et radiothérapie sont utilisées concomitamment dans le but de prévenir les risques de récurrence ;
- La mastectomie totale selon Madden (1972) consiste en l'ablation totale de la glande mammaire avec la peau et l'aréole, associée à un curage axillaire (étages I et II de Berg) en monobloc. C'est une technique qui vise le plus possible une mutilation moindre de la patiente. Elle est proposée lorsque le cancer du sein est découvert à un stade très précoce, in situ et que rien n'indique que les ganglions lymphatiques avoisinants sont touchés (site de l'institut national du cancer, France).

En dehors de ces deux types de mastectomie, il existe la mastectomie prophylactique encore appelée mastectomie bilatérale préventive adressée essentiellement aux femmes porteuses des gènes BRCA1 et BRCA2. Le risque de cancer est plus élevé chez ces femmes que dans la population normale (Dorval et al., 2013). Cette mesure permet de réduire de 90% à 95% les risques de cancer chez cette catégorie de femmes porteuses des gènes BRCA1 et BRCA2.

Un examen complémentaire de la chirurgie peut être décidé après une biopsie des tissus prélevés lors de la chirurgie. En effet, un examen anatomopathologique des pièces opératoires prélevées permet de déterminer les facteurs prédictifs de réponse aux traitements futurs.

2.4.1. Le diagnostic

La majorité des femmes déclare avoir commencé par « découvrir une boule » dans le sein. Ce qui stipule par l'autopalpation, d'autres ont découvert au cours d'un rendez-vous chez le gynécologue. Dans les deux cas, c'est un prélèvement pour une biopsie qui infirme ou confirme le diagnostic.

Le diagnostic peut être infirmé si la boule présente dans le sein n'est pas cancéreuse. Elle peut être une affection bénigne due aux hormones en charge du cycle menstruel ; elle peut être une mastite infectieuse souvent causée par le staphylocoque doré. Dans ce cas, une prise en charge par antibiotiques résout le problème. La mastite non infectée peut avoir pour cause un sevrage précipité, des vêtements trop serrés, un allaitement non maximal sous-tendu par un drainage insuffisant du lait maternel. La mastite se retrouve le plus souvent chez les femmes en âge de procréer.

Lorsque le diagnostic d'un cancer est confirmé, dès lors, cela marque le début d'un long voyage (Brullman, 2007) dont le train évolue au rythme de l'évolution de la maladie et des traitements y afférents ; ainsi qu'au rythme de l'état du psychisme. Rendez-vous, médicaments, fatigue, solitude meubleront ce voyage en général long et difficile. La patiente consulte en effet, généralement, lorsqu'elle est à un stade avancé de la maladie. L'une des femmes que nous avons entretenues dit une pointe de regret dans la voix : « quand j'ai découvert cette boule, je l'ai d'abord ignorée pendant des mois pensant qu'elle s'en irait toute seule. Puis un an après un liquide a commencé à s'écouler, et une blessure avait fait son apparition, je l'ai caché à ma famille, j'y appliquais en cachette des plantes médicinales pour blessure, ce n'est que plusieurs mois après voyant que ça ne s'améliorait pas que je me suis résolue à me faire consulter... ».

2.4.2. Répercussions de la mastectomie

La mastectomie comme toute maladie qui touche à l'image de la personne, a plusieurs répercussions physiques et psychologiques. Ainsi nous avons :

• **Les répercussions physiques** : la mastectomie entraîne chez la patiente des modifications visibles. Elle a désormais un sein en moins et sa constitution physique est complètement modifiée. Elle a perdu son intégrité physique originelle. Désormais, elle a une vue différente d'elle-même, la différence se lit également dans le regard de l'autre car désormais elle est asymétrique. Plusieurs symptômes physiques en découlent, définis en médecine par :

- Des douleurs. Ces douleurs sont normales après toute intervention chirurgicale. Des antalgiques permettent à la patiente de bien les supporter.
- De la fatigue,
- Des ecchymoses qui disparaissent normalement après quelques semaines
- Un trouble de la sensibilité cutanée peut également être observé les jours suivants l'opération. Ce trouble se résorbe par la suite
- Une raideur de l'épaule
- Une infection de la plaie opératoire
- Un déséquilibre particulièrement lorsque la patiente a une forte poitrine
- Le risque de lymphœdème du membre supérieur ; 5 à 20% des patientes sont concernées. Le risque d'en développer un perdure toute la vie car le lymphœdème peut se déclencher des semaines, des mois voire des années plus tard.
- Le SDPM caractérisé par une douleur chronique suite à une ablation du sein. Cette douleur est dite chronique parce qu'elle survient après la période de guérison telle que définie par la médecine. Les symptômes du SDPM en général sont des sensations telles que brûlure, tir ou coup de couteau ; douleur douloureuse ou lancinante ; douleur au sein fantôme. Les hypothèses cliniques physiopathologiques du SDPM sont multiples (Bull cancer 2007 ;94 :275-85). 50% des patientes opérées pour un cancer du sein présentent des douleurs post-chirurgicales dans les mois, voire les années post-opératoires (Maunsell et al., 1992 ; Lakdja et al., 1997 ; Hack et al., 1999)

En général, le risque augmente avec le temps, mais les trois quarts des femmes présenteront cet effet secondaire au cours des 12 premiers mois, suivant l'opération,

et 90% dans les 15 mois (<https://www.arcagy.org>)

- **Les répercussions psychologiques :**

Les retombées psychologiques de la mastectomie ne sont pas des moindres. Comme la plupart des traumatismes, elle engendre chez la patiente un certain ressenti. Elle est vécue comme une mutilation (Crouch, McKenzie, 2000). Les femmes dès l'annonce du cancer vivent un traumatisme. Elles ressentent un sentiment de menace de mort imminente (Brullman, 2007 ; Nguimfack, 2016) auquel s'ajoute une grande anxiété et de la dépression. Face à la situation, les réactions d'entrechoquement dans les pensées et des idées de fuite s'observent chez certaines, également une sensation de vide. En effet l'effraction psychologique est violente pour la patiente et si elle n'a pas des antécédents solides basés sur une relation d'objet équilibrée et un moi mature, la résilience alors est difficile (Cyrulnik, 2019).

Les répercussions psychologiques sont donc de plusieurs types, celles liées au cancer sont définies par tout ce qu'une maladie grave engendre telles que l'angoisse quotidienne de mort, la peur omniprésente, l'inquiétude déstabilisante, les remises en questions régulières, l'isolement social ; et celles liées à la mastectomie qui vont demander un travail de deuil consécutif à l'image corporelle modifiée. C'est un travail long et fastidieux qui passera par plusieurs étapes, entre autres la dévalorisation due à la perte de la féminité, le dégoût de soi-même, l'agressivité, la colère, le refus de communiquer, la culpabilité, et surtout l'angoisse du futur. La femme dans sa nouvelle situation a peur d'être abandonnée et rejetée, elle a peur des récidives, elle s'inquiète des traitements qui la fatiguent ; autant de perturbations psychologiques qui nécessitent souvent une approche par un professionnel spécialisé (Fitoussi, 2007, p135).

En outre, la manière d'annoncer aux patientes leur nouveau statut sanitaire a également son rôle dans le ressenti des patientes. Plusieurs des dames ont déclaré n'avoir pas été préparées au diagnostic et à son acceptation, elles ont estimé que l'annonce avait été faite de manière brusque. Ce qui avait selon elles, contribué à la difficulté de l'acceptation.

- Le SDPM : ici des retombées psychologiques peuvent aussi intervenir (DIXMERIAS, 2007)

Le SDPM (syndrome douloureux post-mastectomie) peut être défini comme l'ensemble des douleurs qui persistent chez certaines femmes après l'ablation mammaire. Elles deviennent inquiétantes après un certain temps. En effet, les douleurs d'après mastectomie sont normales, ce sont les douleurs de l'aisselle, du bras, de la cage thoracique. Elles deviennent anormales lorsqu'elles s'étendent sur la durée et deviennent chroniques, devenant de ce fait invalidante. La SDPM voit son apparition suite à la détérioration des nerfs du sein ou de ceux du creux axillaire. Ce qui entraîne des symptômes composés de douleurs et de picotements. Et la douleur est parfois plus vive lorsque la dame fournit un effort avec le bras ou l'épaule. La douleur se manifeste de plusieurs façons : elle peut être constante, comme elle peut apparaître de manière brutale à la suite de décharges électriques fortes encore appelées « coup de poignard ». Les douleurs peuvent également être déclenchées de manière spontanée par le frottement d'un vêtement, par la palpation.

Les facteurs les plus mis en cause par l'apparition d'un SDPM sont entre autres l'âge jeune de la patiente, le surpoids, la grande taille de la tumeur, un curage axillaire ganglionnaire, une technique chirurgicale non adaptée, une insuffisance dans la prise en charge postopératoire, des suites compliquées postopératoires comme des infections et des saignements, et même l'anxiété en est une cause reconnue.

Le SDPM peut être traité au travers d'une prise en charge médicamenteuse qui pourrait être associée à une prise en charge psychologique. Comme PEC médicamenteuse nous pouvons citer (des drainages lymphatiques, la prescription d'antalgiques ou des corticoïdes, la neurostimulation électrique transcutanée) et la PEC psychologique pour faire face aux blessures psychiques (la détérioration de l'image de soi, le deuil,...) en lien avec le cancer.

- La douleur du sein fantôme

Il s'agit d'une douleur qui ressemble à celle d'un membre amputé dont on garde présentes à l'esprit les sensations de douleur et de gêne. C'est une douleur qui peut devenir très angoissante et invalidante et qui peut s'installer à la longue si elle n'est pas rapidement prise en charge.

Comme conséquence à ces différentes douleurs, la patiente peut avoir du mal à utiliser son bras de manière optimale dont elle pourra, avec le temps, perdre la capacité d'utilisation. Or nous savons qu'un muscle qui ne travaille pas s'atrophie. La

patiente court le risque de voir son bras s'atrophier si le problème de douleur n'est pas rapidement résolu. Bien sûr tout cela entraîne chez la patiente un autre problème majeur qui est l'anxiété.

2.4.3 L'anxiété

L'anxiété est selon le dictionnaire Le Robert, un état de trouble psychique causé par la crainte d'un danger. Ce terme dans le jargon général est régulièrement confondu à l'angoisse pourtant les deux termes sont loin d'être des synonymes. Ces deux expressions diffèrent à plusieurs niveaux.

L'angoisse est le symptôme principal en psychanalyse dans les névroses et apparaît suite à un conflit interne entre le moi et la réalité. Janet (1889) la décrit comme une peur devant un danger qu'on ne connaît pas, qui semble indéterminé. Elle s'inscrit comme une alarme archaïque. Freud dans sa deuxième théorie a introduit l'angoisse dans l'histoire de l'individu et lui attribuait un rôle structurant (Freud, cité par Jeanclaude, 2008). L'angoisse ici n'était plus une conséquence mais plutôt une cause de la névrose. L'angoisse à ce moment devient un objet inconscient qui a une conséquence sur l'organisation psychique.

Freud nous dit que l'angoisse n'apparaît que chez les « hommes puissants » et les femmes « non anesthésiques ». Il a dès lors défini plusieurs formes de névroses dont chacune est définie par un facteur bien spécifique. Nous pouvons de ce fait citer la névrose d'angoisse qui est une névrose actuelle dont l'origine est somatique ; la névrose phobique ou hystérie d'angoisse caractérisée par une peur excessive d'un objet phobogène, cette peur est due à un mauvais traitement de l'information, le moi ici n'ayant pas maîtrisé l'angoisse intérieure va donc projeter l'angoisse sur un objet externe qui sera le marqueur de l'angoisse. Cette situation amènera à une situation d'évitement. La névrose hystérique : l'hystérie atteint son point culminant grâce à Freud, pour lui toute hystérie est liée à la fonction sexuelle.

Les affects sexuels précoces en sont la principale cause, il en trouve d'ailleurs dans tous les cas qu'il présente. Pour lui, tout est lié au « corps libidinal » « *l'hystérie était, selon lui, le produit d'un traumatisme d'ordre sexuel, érotique ou amoureux subi, à un moment donné, de manière passive* » (Freud cité par Houria Abdelouahed, 2016). Le corps se retrouve dans un mélange d'affects comprenant la pulsion, le désir, l'interdit, le plaisir voire le fantasme avec le complexe d'Œdipe qui se confronte à la

réalité psychique, la séduction est l'objet principal dominant.

L'hystérie tire ses lettres de noblesse de ce qu'elle aura permis avec le cas Anna O. d'inventer la psychanalyse avec la fameuse phrase « *Mais laissez-moi donc parler* ». Bien qu'à l'origine le mot hystérie dérive de 'utérus', il est à noter cependant que, l'hystérie est aussi présente chez les hommes. Freud en a d'ailleurs plusieurs cas dans « Les cinq psychanalyses » avec les cas du petit Hans et du président Schreber qui présentent respectivement une névrose phobique et une névrose obsessionnelle. Le DSM emploie aujourd'hui les termes 'attaque panique' ou 'trouble obsessionnel compulsif' (TOC). L'hystérie est parfois associée à une simulation. L'hystérique transforme son idée inacceptable en quelque chose de somatique, la rendant ainsi plus vivable, inoffensive.

La névrose obsessionnelle (TOC) quant à elle, met en exergue la coexistence de deux dimensions chez celui qui en souffre. D'une part il a des obsessions (par exemple qu'il arrive quelque chose aux personnes qui lui sont chères), d'autre part, il éprouve des impulsions à faire du mal à ces mêmes personnes à qui il a peur qu'il arrive du mal. Freud dit d'elle qu'elle se déroule essentiellement dans le moi. Comme traitement, il propose « la réinstauration de la représentation refoulée, qui est une opération thérapeutique qui met un terme à la représentation de contrainte » (Freud, p. 82).

La névrose hystérique et la névrose obsessionnelle sont classées dans le cadre des psychonévroses de défense ; ceux qui en souffrent ont ceci en commun qu'ils essaient d'oublier des événements traumatiques et souffrent ainsi de réminiscences.

L'angoisse se reconnaît par plusieurs signes palpables. Les signes somatiques et neurodégénératifs : des tremblements, la transpiration, la tachycardie ; les signes psychiques : une sensation de mort imminente, la peur, l'insomnie, l'irritabilité, l'agressivité, la colère, les ruminations, l'évitement.

L'anxiété selon le modèle cognitif de Beck (1997), est l'expression d'un apprentissage dysfonctionnel et fait référence au modèle cognitif et comportemental du traitement de l'information.

L'anxiété peut être définie comme une peur sans objet apparent (Janet, 1889), ce qui favorise son caractère oppressant. C'est une réaction propre à toute personne

face à certaines situations, elle est une réaction entièrement psychique. Elle devient pathologique lorsqu'elle devient invalidante pour le sujet, marquant ainsi une défaillance du Moi et des mécanismes de défense face aux conflits refoulés (Freud,). L'angoisse comme l'anxiété sont généralement utilisés l'un à la place de l'autre. Elle est une porte ouverte à l'inconscient, elle est le stimulant majeur qui nous fait vivre et agir, en particulier parce qu'elle nous permet, sous certaines conditions, de nous informer sur nos désirs inconscients (Jean Claude, 2016)

La femme mammectomisée est sujette à l'anxiété, à l'angoisse, elle est traversée par des pensées morbides et des pensées imminentes de mort (Nguimfack, 2016).

Après ces brèves présentations des répercussions d'une mastectomie, nous allons présenter l'organe touché par cette maladie : le sein.

2.4.4. Le sein

Le sein qui nous vient du latin « sinus », signifie « courbure, sinuosité, pli ». Le sein est la mamelle de l'humain, il est propre à la femme. Il est un élément des caractères sexuels secondaires féminins qui marquent la période pubère chez la jeune fille, elle a deux seins. Le volume des seins varie en fonction du cycle d'ovulation et de la grossesse sous le coup des hormones. Le mamelon, partie composante du sein est érectile. Il joue un rôle dans la séduction, l'érotisme et surtout la sexualité.

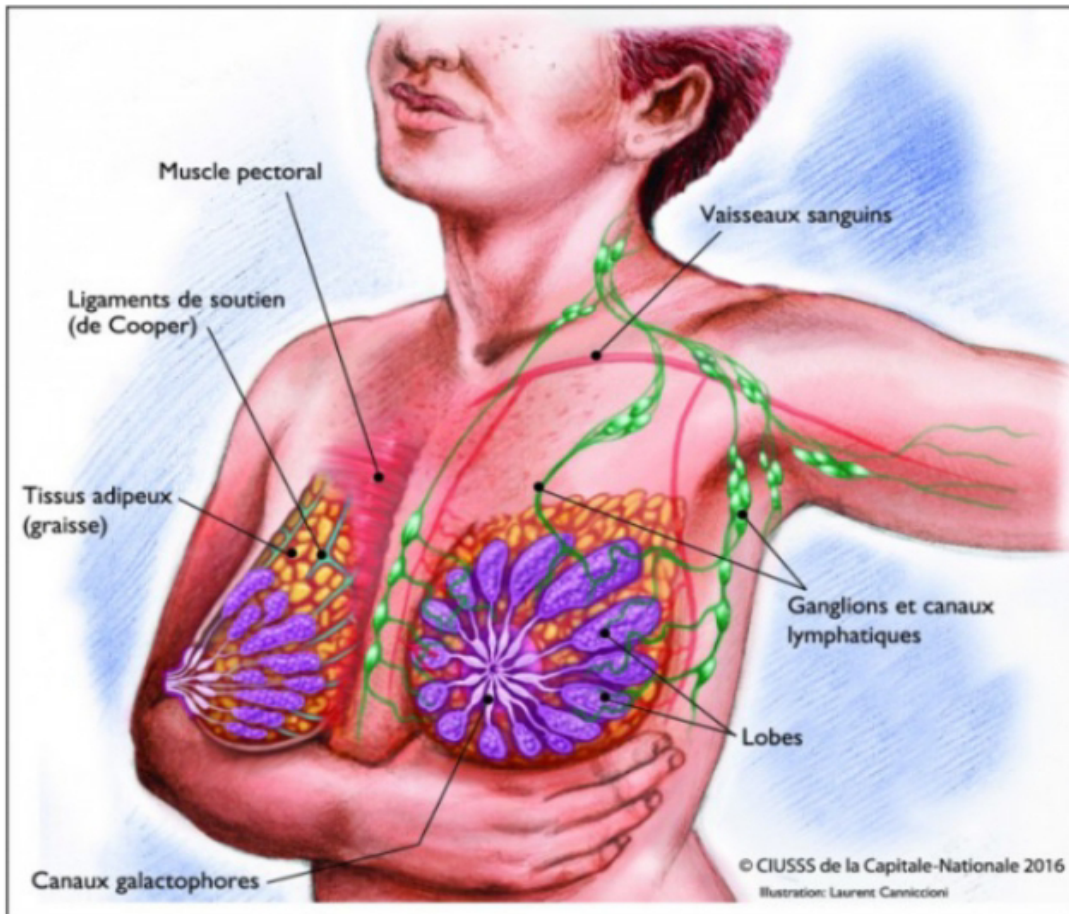
Le sein est constitué de tissus adipeux, de fibres de soutien ou ligaments de Cooper, de lobules, de canaux, de l'aréole et du mamelon, recouverts par la peau. La diversité de volume du sein selon les femmes met en exergue la quantité non standardisée de ces différentes composantes chez les femmes. Le développement de la glande mammaire se fait sous l'influence des hormones sexuelles produites dans les ovaires : les œstrogènes, responsables du développement des seins pendant la puberté, sont incontournables pendant la grossesse où elles jouent un rôle très important dans l'assouplissement des seins et l'augmentation du volume sanguin nécessaire à la nutrition du bébé ; la progestérone, responsable de la différenciation des cellules du sein et du cycle menstruel, elle apprête également l'utérus à une éventuelle grossesse.

Le sein est situé au-delà du muscle pectoral. C'est un organe très innervé, il est traversé de part et d'autres par des nerfs, des vaisseaux sanguins et des vaisseaux lymphatiques. Le système lymphatique a pour rôle principal d'aider à lutter contre les

infections. On les retrouve au niveau de l'aisselle (ganglions axillaires), au-dessus et en-dessous de la clavicule (ganglion sus-claviculaire, ganglion infra-claviculaire), tout autour du stern (ce sont les ganglions mammaires internes).

Dans la mastectomie préventive, le chirurgien ne fait que l'ablation des tissus internes mammaires sains sans retirer l'enveloppe cutanée, l'aréole et le mamelon

(
n
ti
g
g



ins la
e les
canal
des

Figure 1 : le sein

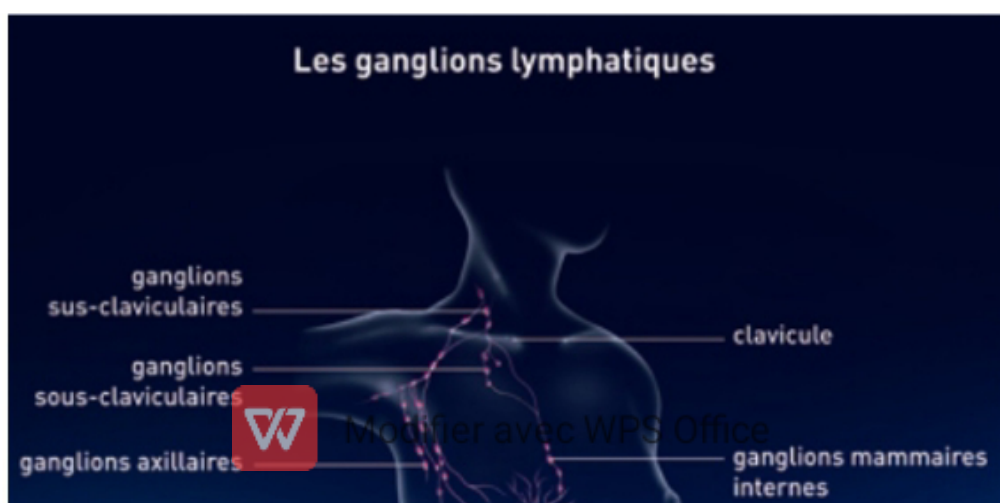


Figure 2 : les ganglions lymphatiques

2.4.4.1 Le sein en psychanalyse

Le sein a pour première fonction de nourrir le nouveau-né, il est un élément de vie. Cette fonction nourricière crée un lien indéfectible entre l'enfant et sa mère et crée une grande relation d'attachement. Le sein devient ainsi le premier objet érotique de l'enfant. Il ne fait pas au départ une différenciation entre sa mère (le sein) et lui ; par la suite, le manque l'amène à considérer ce sein comme un objet « en dehors » de lui. La mère (le sein) devient dès lors un objet chargé de l'investissement primitif (Freud, 1938). Elle devient la première séductrice au vu des soins maternels qu'elle lui prodigue. Les relations d'objet d'une part, de séductrice d'autre part, donnent à la mère une importance singulière, unique, particulière, inaltérable aux yeux de l'enfant. Cette relation incomparable débute par le sein.

Pour Lacan, le plaisir et la satisfaction procurés par cette première relation n'est pas que l'apanage de l'enfant. En effet, la mère éprouve un réel plaisir à allaiter, nourrir et prendre soin de son enfant, Lacan parle de l'imaginaire du sein maternel. Le plaisir de la mère fait écho à celui de l'enfant et lui transmet de manière inconsciente ce même désir de satisfaire à sa fonction maternelle. « Dans l'allaitement, l'étreinte et la contemplation de l'enfant, la mère en même temps reçoit et satisfait le plus primitif de tous les désirs... seule l'Imago qui imprime au plus profond du psychisme le sevrage congénital de l'homme – soit la séparation du sein maternel – peut expliquer la puissance, la richesse et la durée du sentiment maternel. La réalisation de cette imago dans la conscience assure à la femme une satisfaction psychique privilégiée... » (Lacan,).

Mélanie Klein (1932) fait référence à une vie psychique essentiellement fantasmatique qui est basée sur l'investissement de l'objet partiel qui ici est le sein. Elle parle de la scène inconsciente qu'elle nomme 'scène maternelle'. Pour elle, tout

objet qui répond au besoin, en l'occurrence le sein maternel, est en même temps objet d'amour et objet de haine. Le sein est donc à la fois bon objet et mauvais objet car le sein procure du plaisir et en même temps perturbe l'équilibre du moi. Il y a de ce fait introjection (lorsque le sein gratifie et satisfait) et projection (la représentation que l'enfant se fait du sein comme lieu de décharge des fantasmes haineux). L'objet deviendra total au moment de ce qu'elle appelle « position dépressive ».

2.4.4.2. Le cancer du sein chez l'homme

Bien que notre étude ne s'intéresse pas au cancer du sein chez l'homme, nous avons jugé important d'y faire un détour afin de répondre à l'une des préoccupations de tout travail scientifique qui est celui d'informer.

L'homme peut développer un cancer du sein, bien que 99% des cancers du sein soient détectés chez la femme. Chez l'homme, le tissu graisseux, les canaux et les lobules sont en moins grande quantité, ce qui explique l'absence de volume. Les symptômes sont également :

- Une masse qui est indolore, très souvent située près du mamelon ou en-dessous
- Douleur ou enflure de la poitrine
- Augmentation du volume des ganglions lymphatiques
- Écoulement ou saignement du mamelon
- Rétraction récente du mamelon (retourné vers l'intérieur)
- Croûte, desquamation, eczéma persistant ou ulcération de la peau ou du mamelon.

Les changements rencontrés au niveau du sein chez l'homme ne sont pas forcément signes d'un cancer car ces changements comme chez la femme, peuvent être de nature bénigne. Le cancer du sein masculin le plus fréquent est le carcinome canalaire, celui qui se développe dans les canaux, il est la plupart du temps infiltrant (Fondation cancer du sein du Québec). Les cancers du sein de l'homme en majorité expriment des récepteurs aux androgènes, ce sont les récepteurs ER et AR.

Des études ont montré qu'à stade égal, le taux de survie est plus élevé chez la

femme que chez l'homme. Ceci est dû en général à la découverte tardive du cancer chez l'homme, c'est-à-dire à des stade et âge avancés. Au Canada, le taux de survie nette après 5 ans est de 89% chez la femme contre 76% chez l'homme. Tout comme dans le cas du cancer de la femme, les études cliniques connaissent des avancées qui permettent aujourd'hui une meilleure prise en charge des cancers de l'homme.

Le traitement chez les hommes suit le même cheminement que chez la femme :

- La chirurgie : c'est le traitement le plus courant dans ce cas, la mastectomie peut être radicale ou alors être une tumorectomie
- L'hormonothérapie : elle est une option car plusieurs cancers chez l'homme ont des récepteurs hormonaux. L'hormonothérapie peut être proposée après la chirurgie dans le but de réduire tout éventuel risque de réapparition ou encore lorsque le patient se trouve dans un stade avancé
- La chimiothérapie : elle est proposée dans plusieurs cas ; lorsque le cancer du sein est à un stade avancé, lorsque le risque de récurrence est élevé, lorsque la maladie s'est étendue aux ganglions lymphatiques
- Les traitements ciblés : ils sont personnalisés en fonction de plusieurs paramètres comme la présence du HER2 ou encore en cas de cancer du sein avancé
- La radiothérapie : c'est également un traitement proposé.
- Les facteurs génétiques
- L'obésité
- Les oreillons contractés à l'âge adulte

En bref, les traitements proposés aux femmes sont transposés chez les hommes compte tenu de l'absence des études cliniques poussées sur le cancer du sein chez l'homme.

2.5. La résilience

La résilience est un terme très utilisé de nos jours, il est employé dans tous les domaines d'activités. On parle alors de résilience économique, résilience physique, résilience psychologique.

Ce terme a été employé à l'origine dans le domaine de la physique, il est ici défini comme la capacité de résistance d'un corps ou d'un matériau à un choc ou à une déformation, c'est aussi la valeur caractérisant la résistance au choc d'un métal (dictionnaire Le Robert, 2024). Elle s'exprime en joules par cm^2 . Puis il a été importé vers les sciences de gestion, les sciences sociales, les sciences humaines, l'urbanisme, la biologie...

En physique, la résilience mesure la capacité d'un objet à retrouver son état initial après un choc ou une pression continue (Mathieu, 1991). Elle inspire les écologistes qui sont passés de la résilience physique à la résilience systémique, pour eux la résilience concerne tout un système et le système est qualifié de résilient lorsqu'il est capable d'absorber les effets d'une perturbation (Holling, 1973), c'est-à-dire qu'elle est fonction de l'intensité de la perturbation. Cet équilibre n'a de sens que si la variable principale est constante. La résilience ici est également comparable au temps mis par l'écosystème pour revenir à un état d'équilibre ou alors à la vitesse mise pour revenir à cet état antérieur (Dauphiné et Provitolo, 2007).

En économie, pour les chercheurs, la résilience a deux formes (Berkes et Folke, 1998) : la résilience réactive qui ressemble à la résilience écologique ou mécanique, la seconde, la résilience proactive qui fait référence aux notions d'apprentissage et d'anticipation des sociétés humaines sur l'avenir. L'économie comme l'écologie sont dans le paradigme d'un seul équilibre (Adger WN, 2000).

Le mot résilience vient du latin 'resilire' qui signifie « rebondir en arrière ». Ce terme cherche à détailler comment les sujets se remettent d'un traumatisme, comment les individus font face aux chocs qu'ils subissent, qu'ils vivent. Quatre acceptions peuvent être dégagées de ce concept (Agnès et Geissman) : la capacité de résistance à un choc, la capacité à se reconstruire après celui-ci, la capacité d'adaptation et la capacité à maintenir l'intégrité et à revenir à un état considéré comme l'équilibre. On est tenté cependant de se demander à quoi on est résilient ? La résilience ramène-t-elle à l'état initial et donc ne change rien ? ou alors se relève-t-on de la résilience avec un plus c'est-à-dire reconstruit et ayant appris ?

Dans une représentation socio-éducative et psychosociale, la définition de la résilience est un processus de construction qui s'appuie sur des facteurs personnels, internes, et des facteurs externes, liés à l'environnement dans lequel vit la personne

concernée (Madagaria, 2014).

En psychologie, la résilience est prise sous le prisme de la psychanalyse. Elle ne peut exister ou se développer que s'il y a eu trauma suivi de traumatisme. La résilience est alors cette capacité à se relever de son trauma et à braver son traumatisme. Tout traumatisme psychique engendre des affects de déplaisir, être résilient revient à braver ces affects de déplaisir sans que le moi ne soit débordé, ceci dénote de l'efficacité des mécanismes de défense. Les capacités du moi (et des) mécanismes de défense étant propres à chaque individu, certains développent la résilience plus facilement que d'autres, en fonction des ressources individuelles et du contexte du moment (Lecomte, 2005 ; Luthar et Cushing, 1999 ; Masten et Powell, 2003). Un individu pris dans un contexte différent, face au même choc ne réagira pas forcément de la même manière. Raison pour laquelle lorsque le thérapeute est sollicité, il adapte la thérapie à chaque patient en fonction de sa singularité et dans la totalité de sa situation.

2.6. La qualité de vie

La qualité de vie est une expression large en psychologie. Nous l'empruntons à la psychologie de la santé. La psychologie de la santé est un tout au carrefour entre la psychologie sociale, les neurosciences, la psychologie clinique. Dans une perspective de rester dans notre champ disciplinaire et de mieux nous faire comprendre, nous avons pris l'expression qualité de vie pour la ramener au bien-être, ensuite à la perception que la patiente mastectomisée porte sur elle-même ; la qualité de vie dans notre étude sera l'estime de soi de la patiente. L'estime de soi étant une expression largement utilisée en psychologie clinique et en psychopathologie, elle cadre au mieux avec ce que nous voulons étudier, la valeur que la patiente se donne après avoir subi la mastectomie.

2.7. Le bien-être

La notion de bien-être peut renvoyer à l'état de la santé mentale d'un individu. On parle de bien-être psychologique. Pour certains auteurs, le bien-être psychologique et la détresse psychologique sont les composantes de la santé mentale. Dans ce bien-être psychologique, on retrouve les notions comme l'estime de soi, l'actualisation du potentiel, la satisfaction de vivre, et le sens donné à la vie (Labelle et Coll., 2000).

D'un autre côté, le bien-être fait référence à des valeurs humanistes, en relation avec une autre notion, celle du bonheur existentiel (Machalo et al., 2016).

La notion de bien-être est définie selon deux grandes conceptions : l'eudémonisme et l'hédonisme. Mise en relief par Aristote, l'eudémonisme, du grec eudaimôn veut dire heureux, et a pour but le bonheur de l'homme. Pour Aristote, tout être humain tend vers la recherche du bonheur, toutes ses actions convergent vers ce but. La vie est alors perçue comme ayant pour objectif naturel l'atteinte du bonheur, le daimon ou son vrai soi (Waterman, 1993), avec comme but ultime de parvenir à atteindre le meilleur de soi (Ryff et Singer, 2008). Il est question ici de développer son plein potentiel pour y arriver. L'eudémonia est synonyme de bonheur, de bien-être, d'épanouissement. C'est cette conception qui sera plus tard associée au bien-être psychologique. Il englobe d'une part le sentiment de sens dans la vie et d'autre part la croissance personnelle.

L'hédonisme, du grec hêdonê, signifie plaisir. Ici, le but de la vie est l'atteinte du plaisir. Le bien-être de ce point de vue, découle de l'évaluation cognitive de son vécu par l'individu, appréciable par la fréquence, l'intensité des émotions plaisantes et déplaisantes, et de l'accumulation de ce bien-être en mémoire (Diener, 2000). Cette conception sera associée au bien-être subjectif. Il englobe d'une part la satisfaction en rapport avec la vie et les affects positifs.

Des chercheurs, dans le but d'élargir cette façon de voir, ont révélé 16 formes différentes de bonheur.

- Celles liées aux émotions sont les suivantes :
 - L'hédonisme
 - Le contentement
 - Le bonheur mature
 - Le bien-être spirituel
 - La vitalité
- Celles liées à la pensée sont :
 - La satisfaction par rapport à la vie

- Le sentiment que sa vie a un sens
- Le bonheur intellectuel
- L'esthétique
- L'état de flux
 - Celles liées à l'action
- Le bonheur eudémonique
- La maîtrise, les habiletés
- L'accomplissement
- L'équilibre et l'harmonie
- Le bonheur nirvanique
- Le bonheur rationnel

2.8. L'estime de soi

L'estime de soi peut varier et évoluer vers la hausse ou vers la baisse en fonction des événements qu'un individu traverse. Dans le cadre de notre étude, la patiente se retrouve privée d'une partie d'elle-même ; c'est un objet de séduction qui fait partie des atours naturels de la gent féminine. Le sein a une importance capitale dans la société de par les rôles qu'il joue et très essentiellement dans l'évolution psycho-affective de l'enfant.

Pour James (1892), le regard qu'un individu porte sur soi est grandement influencé par ses idéaux « Nous nous estimons dans ce monde exactement d'après ce que nous prétendons être et prétendons faire » (James, 1998)

Cooley quant à lui insiste sur les relations individuelles à l'intérieur même des groupes sociaux ; pour lui, l'estime de soi qu'il nomme « sentiment de valeur de soi » est la conséquence d'un effet « looking-glass self », « l'estime de soi n'est pas seulement une évaluation personnelle, c'est aussi une anticipation ou une estimation de l'évaluation d'autrui » (Tap, 1998). Pour ces deux auteurs, l'estime de soi est dynamique d'une part, d'autre part, elle se construit au travers d'éléments émotionnels.

En psychanalyse, Freud fait allusion à l'estime de soi en faisant référence au

narcissisme. Il définit le narcissisme comme le déplacement de la libido sur le moi. Le narcissisme qui était vu comme quelque chose de pathologique devient un moyen d'investissement pulsionnel essentiel à la vie subjective, le narcissisme devient un élément qui participe à la structure du sujet. Le narcissisme est fragile aussi car là, il est un état subjectif sur lequel se construit l'idéal (moi idéal, idéal du moi), et parce qu'il est un état, il a un équilibre qui peut se retrouver menacé.

Freud établit également un rapprochement entre le refoulement et l'estime de soi, pour lui le refoulement découle du Moi c'est-à-dire de l'estime de soi qu'a le Moi « l'individu établit en lui un idéal auquel il mesure son moi actuel » (Freud, 1914). L'estime de soi selon lui a trois origines différentes : elle proviendrait du reste du narcissisme infantile, de l'accomplissement de l'idéal du Moi, de la satisfaction de la libido d'objet.

La perte du sein qui vient ouvrir la blessure narcissique peut remettre en question l'idéal du Moi de la patiente et ramener à la baisse la perception qu'elle a d'elle-même face à son nouveau corps désormais asymétrique. « *Le creux, venu en lieu et place du sein, sera désormais la marque d'une blessure* » (Brullman, 2007)

Il était question dans ce chapitre de présenter les mots-clés de notre travail selon le point de vue des auteurs.

CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE



Dans le présent chapitre, nous nous intéresserons aux différentes théories émises par des auteurs sur les termes qui nous intéressent dans notre étude. Il est question de ressortir l'ancrage théorique de la résilience d'une part, puis de l'estime de soi d'autre part. Puis nous parlerons de la relation réciproque existant entre la résilience et l'estime de soi.

3.1. INSERTIONS THEORIQUES DE LA RESILIENCE

La résilience est un terme dont la délicatesse n'est plus à démontrer. Les auteurs appartenant à plusieurs domaines d'application différents s'y sont penchés et l'ont développé chacun selon son champ d'application. Nous nous évertuerons dans cette partie à la développer selon plusieurs approches différentes. Nous nous attarderons sur l'approche psychanalytique, sur l'approche psychiatrique, sur l'approche écologique et enfin sur l'approche médicale.

3.1.1 La résilience du point de vue psychanalytique

En psychanalyse, la résilience découle du traumatisme. Il y a traumatisme lorsque le psychisme, suite à un choc, a subi une effraction. L'effraction peut être la perte d'un être cher, une maladie grave, la perte d'un emploi... tout ce qui peut causer du déplaisir à l'individu. « *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.* » (Cyrulnik, 2003).

Pour Freud, le traumatisme est un concept fondamental en psychanalyse. Il y fait référence tout au long de ses travaux, ce concept apparaît dans la quasi-totalité de son œuvre. D'abord le traumatisme est lié à la séduction et au fantasme ; ensuite, avec la théorie de la métapsychologie et sa théorie de la libido, la notion de traumatisme repose sur les fantasmes et les angoisses qui en découlent (angoisses liées à la séduction, à la castration, au complexe d'Œdipe). Les traumatismes sont donc l'expression de la réalité psychique interne.

Freud développe plus tard une nouvelle théorie où le traumatisme renvoie à un défaut du pare-excitation (Freud, 1920), lorsque le moi n'arrive plus à contenir le trop plein d'excitations, qu'elles proviennent de l'extérieur ou qu'elles soient internes à l'individu. Le traumatisme est défini sous un vocable bien plus fort que la peur et/ou l'angoisse : l'effroi. Il n'est plus question ici de névrose, de sexualité ou de refoulement mais « d'un réel qui laisse le sujet sans recours, sans protection, sans les mots pour dire même un imaginaire pour narrer » (Freud, 1920). Il appelle traumatisme « *un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation naturelle devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie.* ». Le sujet suite à ce débordement de stimulation, se retrouve dans un état où il ne peut pas vraiment comprendre l'événement auquel il est confronté, il lui est difficile de se le représenter symboliquement, de le mettre en sens, encore moins de le lier d'une façon non-symbolique. Il n'a pas de ressource dans la situation qu'il vit pour faire face au danger (et à la blessure) que ladite situation représente pour son intégrité psychique. Il parle de sidération psychique et du médusage (Freud, cité par Roussillon).

C'est dans cette continuité que pour Defores (2009), « *Le traumatisme provoque une sidération de l'être, qui l'empêche de constituer une mémoire de l'événement ou de la situation (trou de conscience), tout en laissant une empreinte inconsciente en lui. Ces traces restent muettes jusqu'à ce qu'elles deviennent conscientes.* ». Ainsi, la résilience serait le processus psychique qui mène à la maîtrise de ces traces muettes qui deviennent alors des traces parlantes conscientes. La patiente mastectomisée peut verbaliser sur ces traces devenues conscientes. Elle va leur donner un sens en y posant des mots et des images, à l'élaboration à la symbolisation de ses affects. L'atteinte de la mentalisation est donc ce processus qui amènera la patiente vers la résilience. Pour De Tychey (2001, p. 56), « la mentalisation constitue le processus intrapsychique essentiel qui vient fonder la capacité de résilience du sujet ».

Pour Anna Freud le traumatisme découle d'un événement brusque et imprévu dont la nature et l'intensité engendrent un excès d'excitation. Pour elle, ce sont les mécanismes de défense qui peuvent permettre au sujet de faire face à ce déferlement de stimulations. Son point de vue corrobore avec celui de S. Freud en ce

qui concerne le Moi, l'instance gardienne de l'homéostasie psychique. Un Moi défaillant ne pourra de manière efficiente mobiliser ses mécanismes de défense face à une situation de déplaisir vécue suite à un traumatisme.

La défaillance du Moi est également conditionnée par la qualité de la relation d'objet que la patiente aura eue dans son enfance ; un Moi secure découle d'une bonne relation d'attachement, d'une bonne satisfaction des besoins primaires. Ainsi, la patiente au Moi secure sera plus prompte à atteindre un niveau de résilience acceptable, contrairement à la patiente au Moi insecure qui aura eu un lien d'attachement insatisfaisant. « *Imprimés en nous, dans nos circuits neuronaux, l'attachement apprend à notre corps, que nous soyons chien, dauphin ou humain, qu'il y a de la sécurité et du plaisir à être aimé et à aimer, et nous ne l'oublions jamais* » (Cyrulnik, 2003). Le lien de sécurité est mis en exergue comme une condition sine qua none pour la construction d'une personnalité secure, l'enfant ayant eu une proximité de confiance avec sa première figure d'attachement est mieux outillée à l'âge adulte face aux traumatismes qu'il pourra vivre.

Il est question de se réapproprier son équilibre psychique qui a été bouleversé par l'événement traumatique, l'événement traumatique étant l'élément déclencheur du processus. La résilience apparaît ici comme la capacité pour la patiente de mobiliser les ressources personnelles et individuelles dont elle dispose pour non seulement donner un sens à sa maladie mais aussi pour la dépasser. Est-il question alors pour la patiente de retrouver l'état d'équilibre qu'elle avait avant le choc ou d'atteindre avant tout un nouvel équilibre tout simplement ? la femme réaménage son investissement pulsionnel tel qu'il était précédemment ou la résilience lui permet-elle d'atteindre un niveau d'investissement pulsionnel différent de celui-là et surtout meilleur que celui-là ? Pour y arriver, il est important que la patiente fasse le deuil de l'organe perdu « *faire le deuil du sein perdu est obligatoire* » (Brullman, 2007).

Le processus de deuil a été présenté par plusieurs auteurs sous forme linéaire, en suivant des étapes bien définies. Le plus connu de ces modèles est celui de Kübler-Ross (2005), il a cinq stades que sont :

- le déni,
- la colère,

- le marchandage,
- la dépression et
- l'acceptation. L'acceptation peut être considérée comme l'étape qui ouvre la porte de la résilience. Un deuil mal négocié peut conduire la patiente à un état de stress post traumatique (ESPT).

L'ESPT dans le DSM-5 appartient à la catégorie « Troubles liés aux traumatismes et au stress ».

3.1.2. La résilience du point de vue psychiatrique

Ici, Boris Cyrulnik met en avant l'importance de la qualité de la structuration de la patiente. Pour lui, l'atteinte de la résilience passe par l'analyse de comment la patiente était structurée avant le trauma ; de comment le trauma est structuré et enfin de comment on a été soutenu après le trauma :

- Avant le trauma, certains ont acquis des facteurs de protection que sont une famille stable, la maîtrise du langage, aptitude relationnelle, diplôme. Alors lorsque le trauma arrive, parce qu'ils ont été bien structurés avant, ils font mieux face car ils trouvent en face un soutien affectif. Pour lui, il est également important que la patiente soit accompagnée dans sa recherche de sens, ceci lui permettra de maîtriser la nouvelle situation et de chercher à comprendre comment se diriger vers une autre direction en tenant compte du trauma « *Le trouble est réparable, parfois même avantageusement, mais il n'est pas réversible* » (Cyrulnik, 2015). Il compare la résilience à « *une stratégie de lutte contre le malheur qui permet d'arracher du plaisir à vivre, malgré le murmure des fantômes au fond de sa mémoire* ».
- Pendant le trauma,
- Après le trauma, ceux qui n'ont pas été bien structurés ont du mal à maîtriser la nouvelle situation et à donner un sens à ce qui leur est arrivé. Ils ont besoin de l'aide de l'autre pour pouvoir verbaliser et comprendre.

Ainsi, pour Boris Cyrulnik, il est nécessaire de recouper les facteurs de protection et les facteurs de vulnérabilité, d'analyser les différentes structurations et enfin l'importance de se faire accompagner. On comprend que la résilience varie d'un sujet

à un autre. Chaque patiente mastectomisée mobilise, en fonction de son niveau de vulnérabilité, les ressources internes qui sont siennes et les couple à celles externes.

3.1.3 Du point de vue cognitivo-comportemental

Dans son article *Le concept de résilience et ses applications cliniques*, Marie Anaut (2008) donne plusieurs références de la résilience :

- Un développement normal dans des conditions difficiles
- Un processus par lequel un individu interagit avec son environnement pour produire une évolution donnée
- Une capacité de réussir une insertion dans la société en dépit de l'adversité qui comporte le risque grave d'une issue négative
- Une adaptation exceptionnelle malgré l'exposition à des stressors significatifs

Ces différentes références de la résilience nous montrent une fois de plus combien ce mot est polysémique et difficile à délimiter.

3.1.4. Du point de vue systémique

D'après l'approche systémique de la résilience, les caractéristiques internes et les forces externes sont inter-reliées et interagissent, elles ne peuvent pas être prises de manière isolée. Il s'agit de considérer tous les aspects, tant individuels, familiaux qu'environnementaux (Rousseau, 2010).

La personne atteinte de cancer appartient à un système, à une famille, à un réseau social ; son déséquilibre émotionnel et même physique a des conséquences sur la stature de ce système. L'expérience traumatique peut être responsable de l'effondrement de l'édifice familial (Anaut, 2008). D'après Darnaud (2012), « *l'expérience traumatique contient toujours une propension à réveiller et révéler des fragilités au cœur des liens unissant les membres d'une famille* ». Ce qui signifie que la fragilité d'un système, en l'occurrence le système familial, peut être révélée par la situation traumatique que vit la personne cancéreuse. C'est une situation qui peut amplifier les vulnérabilités déjà existantes dans les liens familiaux.

3.1.5 Les facteurs favorisant la résilience

Les facteurs favorisant comme leur nom l'indique, sont ces facteurs qui

favorisent la résilience. Ce sont les mécanismes mis en place pour favoriser la mise en place de la résilience. Il s'agit plus spécifiquement des ressources internes mises en place par le Moi, des ressources internes découlant d'équations cognitives, et des ressources externes, celles qui ne dépendent pas du sujet.

3.1.5.1 Les mécanismes de défense

Le Moi est l'instance chargée de la régulation de l'énergie dans le psychisme. Dans sa fonction de maintien de l'équilibre, il se sert de son volet inconscient en mobilisant les mécanismes de défense nécessaires à cette fonction. Les mécanismes de défense sont de ce fait des processus mentaux inconscients et automatiques qui sont mis en place par le Moi lorsque l'équilibre psychique est menacé. Les femmes mastectomisées face au traumatisme vécu mobilisent certains mécanismes de défense pour faire face au traumatisme causé par la situation qu'elles vivent. Les auteurs ont classé les mécanismes de défense en fonction du niveau d'adaptation de chacune, en mécanismes de défense matures, mécanismes de défense névrotiques et mécanismes de défense immatures. Nous en présenterons quelques-uns qui ne représentent point l'exhaustivité des mécanismes de défense tels que décrits par les auteurs.

- Le déni : c'est un mécanisme de défense très utilisé dans les situations où l'intensité du stress est au top ainsi qu'en situation de traumatisme majeur. Il est très utilisé dans les situations de deuil où selon le modèle de Kübler-Ross, il occupe l'étape première. Il devient adaptatif lorsqu'il est utilisé de manière temporaire (Vanistendael et Lecomte, 2000 ; Cyrulnik, 1999) dans les situations de stress ou de traumatisme. Le DSM-IV le définit comme *« une réponse aux conflits et aux stress en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres »* (DSM-IV). Pour De Tychev, *« il peut constituer la dernière ressource pour faire face à une réalité insupportable »* (de Tychev, 2001, p. 55)
- L'anticipation : c'est un mécanisme de défense adaptatif qui est réaliste. Le DSM-IV le décrit comme *« réponse aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en éprouvant les réactions émotionnelles par*

avance ou en anticipant les conséquences d'un possible événement futur et en envisageant les réponses ou solutions alternatives réalistes » (DSM-IV, p. 755).

- La dissociation : il s'agit d'un mécanisme de défense majeur qui permet au sujet de se détacher pendant un moment de la réalité interne ou externe. Elle peut se définir par une amnésie caractérisée par un sentiment d'étrangeté et d'irréalité. Le sujet se retrouve absorbé dans la dépersonnalisation et la déréalisation, la situation lui donne l'impression de vivre dans un rêve. Le DSM-IV décrit ce mécanisme de défense comme *« une altération des fonctions d'intégration de la conscience, de la mémoire, de la perception de soi ou de l'environnement ou du comportement sensori-moteur »* DSM-IV.
- La formation réactionnelle : c'est un mécanisme de défense utilisé par la personne souffrant d'un cancer. Elle manifeste extérieurement une manière d'être différente de ce qu'elle est ou ressent. Elle se manifeste par une auto-dévalorisation facile et un manque cachée ; mais la patiente par formation réactionnelle, manifestera une grande assurance et même pourra se vanter de posséder certaines qualités dont elle est pourtant très loin dans la réalité. La personne souffrant de cancer, et cela est propre aux grands malades en général, évitera d'alarmer les siens et aura recours à ce mécanisme ; de cette manière il pourra éviter de faire un arrêt sur sa souffrance, et repoussera la prise de conscience concernant ses espoirs incertains et ses émotions débordantes, jugées inacceptables. Il pourra ainsi poser des gestes et adopter des attitudes contraires à ce qu'il vit intérieurement, il pourra de ce fait continuer à se montrer fort, il se forge une carapace de protection contre lui-même (Jeffrey, Nevid, 2009, p40).
- L'intellectualisation : elle est un mécanisme de défense qui interpelle fortement la cognition. Ce mécanisme de défense fait face aux conflits et aux situations de stress en *« s'adonnant à un usage excessif de pensées abstraites ou de généralisations pour contrôler ou minimiser des*

sentiments perturbants » (DSM-IV). L'intellectualisation a une grande particularité en temps de stress, elle permet à l'individu de contenir les affects et lui évite d'affronter sa propre implication.

- Le clivage : il « *compartimente des états affectifs opposés et en échouant à intégrer les aspects positifs et négatifs de soi et des autres dans des images cohérentes. Les affects ambivalents ne pouvant être éprouvés simultanément, des représentations de soi et des autres et des attentes vis-à-vis de soi et des autres plus nuancées sont exclues de l'expérience émotionnelle. Les images de soi et d'objet tendent à alterner entre des pôles opposés : être exclusivement aimant, puissant, respectable, protecteur et bienveillant ou exclusivement mauvais, détestable, en colère, destructeur, rejetant et sans valeur* » (DSM-IV). Ce mécanisme de défense est fortement lié au déni. Comme tout mécanisme de défense, son rôle est de protéger le sujet en situations de stress intenses.

Les mécanismes de défense sont observables chez nos patientes mastectomisées au travers des entretiens que nous leur avons passés, ainsi qu'au travers des tests. « *Bien que ces mécanismes soient automatiques et non conscients en eux-mêmes, les résultats auxquels ils aboutissent sont manifestes et facilement accessibles à l'observation* » (Freud A., 1965).

3.1.5.2 Le coping

Le coping contrairement aux mécanismes de défense qui sont inconscients, est une stratégie d'adaptation mise en place et choisie par la personne qui l'utilise. C'est une capacité d'ajustement que développe le sujet pour faire face aux manifestations du cancer et à son retentissement. « *L'annonce d'un cancer déclenche chez l'individu des affects comme la peur, l'incertitude, la détresse, le désespoir et pour les anciens malades, la terreur de la récurrence du mal* » (Rocha et al., 2014).

Pour Rocha et al (2014), il existe trois types de stratégies que sont : les stratégies centrées sur les émotions, les stratégies orientées vers la résolution des problèmes, et les stratégies dirigées vers le sens. Ces stratégies sont fonction de l'intensité de la

réponse émotionnelle.

Pour Folkman et al. (2000), les stratégies d'adaptation mises sur pied par les patients atteints de cancer sont au nombre de cinq : l'esprit combatif contre la maladie, l'évitement ou le déni, l'acceptation fataliste, l'impuissance et le désespoir.

Sand et al. (2009) ont également retenu cinq stratégies utilisées par les malades de cancer : la protection du corps et de soi, l'unité, l'implication, la continuité et l'espoir.

La multiplicité de ces stratégies d'adaptation montre à suffisance que chaque patiente mastectomisée les choisit en fonction de sa singularité. Cela s'explique par la manière avec laquelle l'annonce du cancer est accueillie par la patiente.

« Les stratégies de coping sont influencées par plusieurs variables : le contexte socioculturel (la classe socioéconomique, l'accès aux soins), le volet psychologique (la détresse psychologique, la peur), la santé (le niveau d'évolution de la maladie, le traitement, le pronostic).

Le coping est important dans la mesure où lorsque les stratégies sont adaptées, le patient reçoit des gratifications comme l'adoucissement des troubles liés au cancer, l'allègement de son mal-être, l'engagement dans des activités ayant un sens pour lui.

S'il est fait allusion à l'avantage des stratégies adaptées, alors il y'a des désavantages liés aux stratégies inadaptées. Principalement, le patient pourrait se retrouver dans la confusion et pire la perte de sens. »

3.2 INSERTION THEORIQUE DE L'ESTIME DE SOI

L'estime de soi est un concept large dont l'importance est démontrée par l'abondance des recherches y afférentes. Ce concept a un caractère multidimensionnel. Il est défini comme la valeur que s'accorde l'individu, elle se construit progressivement d'où son caractère dynamique ce qui signifie qu'il est possible au besoin de la restaurer, de la reconstruire, de la renforcer. Tous les auteurs s'accordent à dire qu'elle trouve sa source dans la petite enfance via la qualité du lien parents-enfants. James (1890) est celui qui, en premier, fait référence à ce terme dans le domaine de la psychologie.

3.2.1 Du point de vue psychanalytique

L'estime de soi est la perception qu'une personne a d'elle-même. Elle découle du sentiment d'avoir une grande importance et du sentiment de se sentir différent des autres, unique.

L'estime de soi, la valeur qu'on s'accorde fait écho à la capacité de s'auto-apprécier. Elle interpelle donc ici le narcissisme de Freud.

Il s'agit pour Freud du rapport qu'un sujet développe envers lui-même, c'est l'amour qu'un individu se porte à lui-même. Ce qui signifie que pour arriver à aimer l'autre, l'individu doit se baser sur l'amour que lui-même se porte. Le niveau d'estime de soi serait donc lié étroitement à l'amour que quelqu'un se porte ; une baisse de l'estime de soi serait donc la conséquence d'une baisse de l'amour qu'il a pour lui-même. L'objet d'amour est un révélateur narcissique qui permet d'obtenir une gratification narcissique à travers autrui dans un jeu de miroir (Freud, ...).

Pour Jung, « le Soi est l'archétype qui structure la psyché. Pour lui, il s'agit de cet endroit où le conscient et l'inconscient s'unissent pour faire un et ainsi permettre la réalisation de la personnalité authentique. Le Soi a donc pour fonction de réaliser l'être. »

3.2.2 Du point de vue cognitivo-comportemental

Holmes (1993) quant à lui nous dit que « l'estime de soi repose sur deux fondations principales que sont le sentiment d'efficacité personnelle et le sentiment d'avoir de bonnes relations. »

- « L'estime de soi définie comme sentiment d'efficacité personnelle fait appel aux stratégies de coping, c'est-à-dire à la capacité pour le sujet de faire face et de surmonter les difficultés en développant des stratégies d'adaptation. Il s'agit du niveau de confiance en soi qu'a le sujet, la confiance en soi étant ici une dimension de l'estime de soi. La base de cette dimension est la relation parents-enfants les premières années de vie de l'enfant. Ici, il est question de l'exploration certes, mais surtout du développement de la capacité d'exploration de l'enfant. » Bowlby parle de la potentialisation du développement des compétences de l'enfant, incontournables pour sa survie. L'estime de soi dans ce contexte découle du développement des ressources propres de l'individu c'est-à-dire du

développement des aspects psychomoteur et cognitif de l'enfant. Un bon développement psychomoteur et cognitif de l'enfant est visible par sa curiosité. Les bienfaits de la curiosité apportent à l'enfant d'apprendre à connaître son environnement et de comprendre comment celui-ci fonctionne.

- « L'estime de soi définie comme sentiment d'avoir de bonnes relations fait appel au Soi émotionnel. » Il est fait allusion ici au degré où la personne se voit comme ayant de la valeur, comme étant une personne significative. Se sentir « significative » passe obligatoirement par le fait de s'être senti important aux yeux de ceux qui ont élevé le sujet. Il s'agit de l'importance de la qualité de la relation d'objet qui s'est tissée avec la figure maternelle, c'est cette relation (et les interactions qui en découlent) qui en particulier façonne le Soi de l'enfant. Winnicott (1975) parle de la métaphore suivante : *« avant de se voir, l'enfant se voit dans les yeux de sa mère »*.

Théorisée par Bowlby, la théorie de l'attachement stipule que *« si chaque fois que l'enfant a été dans la détresse, les personnes qui l'élèvent ont répondu de manière adéquate à ses besoins d'attachement, l'enfant développe deux images mentales : d'une part une image de l'autre comme digne de confiance, disponible, sur qui l'on peut compter pour être aidé, trouver des solutions et, d'autre part, une image de soi, complémentaire ; un Soi digne d'intérêt ayant de la valeur et digne d'amour puisque même en situation de détresse ou d'alarme, on a toujours répondu à l'enfant, et qu'il s'est senti reconnu en tant que tel »* (Bowlby cité par Guédeney, 2011). La figure d'attachement devient la base de sécurité que l'enfant utilise pour se développer lorsque le système d'attachement est activé. Lorsque ce système n'est pas activé, l'enfant va vers l'exploration avec l'assurance de pouvoir revenir au besoin vers sa figure d'attachement qui est pour lui un cadre de sécurité, un cadre d'apaisement de ses besoins de sécurité. L'attachement secure sécurise l'enfant et ce dernier érige en modèle sa figure d'attachement. Ce qui lui permet en retour de développer au fur et à mesure son estime de Soi, relationnelle et émotionnelle.

Pour Karen (1998), parmi les racines de la honte, nous avons une fois de plus l'insécurité dans l'attachement qui est accusée. Contrairement à la psychanalyse qui explique la honte comme une émotion d'origine narcissique découlant des conflits intrapsychiques entre l'idéal et la réalité, pour Karen (1998) la honte est plutôt un

affect lié aux difficultés d'estime de Soi dont l'origine se trouve dans les expériences insécurisantes de l'enfant. Karen (1998) écrit à propos « *ugly needs, ugly me* », « vilains besoins, vilains moi » ; l'enfant se considère comme vilain et laid lorsqu'il est rejeté par celui qui prend soin de lui ou alors quand face aux émotions négatives qu'il peut éprouver, il reçoit une réponse mitigée ou alors du vide en retour. Ainsi, la honte peut être traitée comme une réponse émotionnelle à l'émotion négative originale qui n'a pas été traitée de manière adéquate (Guédeney, 2011/2). La non réponse peut également développer un attachement désorganisé (Main et Hesse, 1990) lorsque la réponse de la figure d'attachement est effrayante ou encore lorsque sa réponse ne met pas long sur le terme. L'attachement désorganisé selon les études, est un marqueur d'extrême vulnérabilité, en particulier dans le domaine de l'estime de soi et de la régulation émotionnelle (Sroufe et al, 2005).

3.3 Insertion théorique du bien-être

Le bien-être, le bonheur, être heureux.

3.3.1 Du point de vue psychanalytique

Pour Freud, « *le bonheur est une notion abstraite que l'homme devra idéaliser toute sa vie* ». Il dit encore que « *les hommes aspirent au bonheur, ils veulent devenir heureux et le rester. Cette aspiration a deux côtés, un but positif et un négatif, elle veut d'une part l'absence de souffrance et de déplaisir, de l'autre l'expérience de forts sentiments de plaisir* » (Freud, 1930). Pour lui, les moments où on vit le bonheur sont limités dans le temps et apparaissent de façon brusque et pour un temps plus ou moins court. La satisfaction pour lui a un côté soudain. Ces moments de bonheur créent un sentiment de toute puissance, un sentiment de victoire narcissique.

Freud (1930) dans *Malaise dans la civilisation* affirme : « *la civilisation ne fait pas le bonheur car elle demande de renoncer à nos pulsions les plus instinctives* ».

Pour Carl Jung, le bonheur demande de prendre connaissance du contenu du for intérieur de chacun. Un individu prendra attache avec ce qui le rendrait heureux, en rendant conscient le contenu de l'inconscient ; l'inconscient étant le lieu de tout ce qui a été refoulé, il s'agit de rendre conscients tous les affects, désirs, fantasmes refoulés et de rendre ceux-ci vivants. La déliaison de toute l'énergie qui avait été liée,

la satisfaction de tout ce qui procure du plaisir et l'annulation de tout ce qui procure du déplaisir. Il affirme que « *l'homme mérite qu'il se soucie de lui-même car il porte dans son âme les germes de son devenir* ». Pour lui la réalisation de soi passe par l'individuation. Carl Jung a énuméré une liste de cinq clés qui pourraient mener l'homme au bonheur.

- Etre en bonne santé physique et mentale
- Avoir de bonnes relations
- Avoir la faculté de percevoir la beauté de l'art et de la nature
- Croire en quelque chose, une religion ou une philosophie
- Avoir un emploi satisfaisant

Jung nous dit en quelque sorte que l'homme est l'artisan de son propre bonheur, il lui revient de creuser dans son inconscient ce qui lui manque. Il met cependant un bémol à cette affirmation lorsqu'il dit que la recherche aveuglée de ces différentes dimensions produira plutôt l'effet contraire, le malheur en lieu et place du bonheur. La recherche du bonheur ne doit pas empêcher de vivre sa vie au quotidien et d'en profiter

3.3.2. Du point de vue de la psychologie positive

La psychologie positive est apparue il n'y a pas très longtemps. Elle a pour spécificités d'amener les gens à actualiser leur façon de voir les choses, de se comporter, de gérer les émotions ; cette actualisation a pour objectif d'amplifier le bonheur.

Pour Seligman (2012), « la modification des comportements, des pensées et même des émotions permet de passer d'un état vivant à un état florissant. »

Pour Alexandre Thalman (2011), « *s'il est nécessaire de s'entraîner à éprouver du bonheur, c'est parce que notre esprit a tendance à être envahi d'une multitude de pensées, dont certaines sont anxiogènes : on rumine des choses du passé, on anticipe l'avenir de manière négative. Au final, on s'inscrit très peu dans le moment présent ! Or la jouissance des petits moments de bonheur passe par la conscience* ». En d'autres termes, l'on doit profiter des moments présents, vivre de manière exponentielle l'ici et maintenant. Cela nécessite une modification des schémas cognitifs et de se détourner des comportements inadaptés. Comme retombées, il cite l'optimisme, une estime de soi gonflée, des comportements altruistes, des

gratifications.

DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE



CHAPITRE 4 METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Le présent chapitre est celui qui parlera de la méthodologie utilisée dans le cadre

~ 54 ~



Modifier avec WPS Office

de notre étude qui est « *résilience et qualité de vie chez les femmes mastectomisées âgées de 40 à 55 ans* ». Il est le premier de la deuxième partie de notre étude. Nous ferons un bref rappel de notre problématique. Puis nous parlerons du site dans lequel l'étude a été menée, ainsi que des critères de sélection des participantes, le type de recherche, la méthode de recherche, les techniques et outils de collecte des données. Nous parlerons également des entretiens, des techniques d'analyse ainsi que des difficultés rencontrées.

4.1 BREF RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE

Nous allons dans cette partie donner un bref aperçu de la problématique de notre étude.

4.1.1 Rappel du problème

Le cancer est une maladie chronique qui atteint dans le monde un taux de personnes élevé, indépendamment du statut social, de la race et même de la région. Cela fait de cette maladie un phénomène actuel. Le cancer du sein est le premier cancer actuel selon l'OMS. Les femmes, selon l'avancée de la maladie subissent une ablation du sein encore appelée mastectomie ou mammectomie. Nous savons que la mastectomie est un traumatisme psychique pour la femme. Nous savons également que la femme pour sortir du traumatisme et recommencer à vivre et à appréhender la perception qu'elle a d'elle-même, il est question dans la présente étude de la contribution de la résilience dans l'appréhension du bien-être, de la perception de soi chez les femmes ayant subi une ablation du sein suite au cancer.

4.1.2 Rappel de la question de recherche

La présente étude a pour objectif de comprendre les processus par lesquels la résilience contribue à une meilleure appréhension de la qualité de vie chez les femmes mastectomisées. Ainsi nous posons la question de savoir : *comment les processus psychiques de la résilience amènent-ils la femme mastectomisée à ressentir le bien-être, à mieux se percevoir ?*

4.1.3 Rappel de l'hypothèse de recherche

La réponse provisoire à notre question de recherche est que la résilience, en tant que processus qui permet de mobiliser des ressources aussi bien internes qu'externes chez la femme mammectomisée, permet à cette dernière, une fois qu'elle l'a atteinte, d'avoir une bonne perception d'elle-même.

4.1.4 Rappel de l'objectif de l'étude

Le principal objectif visé par notre étude est de ressortir la fonction que joue la résilience dans la perception qu'une femme mammectomisée âgée de 40 à 55 ans peut avoir d'elle-même. Il est question de saisir l'apport de la résilience dans l'estime de soi chez la femme mastectomisée.

4.2 Site de l'étude

Nous avons mené notre étude à l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY).

L'Hôpital Général de Yaoundé est situé au Cameroun, dans la région du Centre, département du Mfoundi, arrondissement de Yaoundé 5^e, quartier Ngousso. Il se trouve entre l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) et le Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH).

4.2.1 Justificatifs du site de l'étude

L'Hôpital Général de Yaoundé est l'hôpital de référence de la prise en charge de la maladie du cancer. On y trouve :

- Les meilleurs oncologues du pays
- Des gynécologues dont le professionnalisme et la compétence ne sont plus à démontrer
- Un plateau technique moderne garantissant une ablation sans risque majeur pour la patiente
- Une capacité de réception de plusieurs patientes à la fois
- Une population d'étude sûre et diversifiée car venant de tous les horizons et même des pays environnants

Nous avons mené notre étude spécifiquement dans le service Gynécologique et Pédiatrique. Ce service est divisé en deux unités que sont l'unité gynécologique et l'unité pédiatrique. L'unité gynécologique est celle qui accueille, diagnostique, et

prend en charge les patientes atteintes de cancer. Les cancers les plus en vue ici sont le cancer du sein et le cancer de l'utérus. Le gynécologue est celui qui en premier consulte la patiente, il est également celui qui procède à l'opération de celle-ci.

4.2.2 Présentation de l'hôpital général de Yaoundé

L'Hôpital Général de Yaoundé, hôpital de référence au Cameroun, est créé en 1987. Sa création est le fruit d'une convention de coopération entre la Belgique et le Cameroun. Il est situé dans la ville de Yaoundé au quartier Ngousso. Il est construit sur une superficie de 20.301 mètres carrés et compte plus de 200 lits. Il compte plusieurs centaines d'employés ayant un statut de fonctionnaire pour les uns et un statut de contractuel pour les autres. Il est de type Général et de type Académique. Général car il prend en charge les pathologies médicales en général, et académique parce qu'il sert de site d'application aux étudiants en médecine, soins infirmiers, laborantins et autres. Il reçoit les patients 24/7.

L'Hôpital Général de Yaoundé compte également dans ses rangs un personnel administratif qui assure le volet administratif de la structure.

Il a à sa tête un directeur et est administré par un conseil d'administration qui a à sa tête un président du Conseil d'Administration.

Il regorge de plusieurs bâtiments qui regroupent les différents services.

Les différents services sont répartis comme suit :

- Volet administratif
 - Une direction générale
 - Une direction des affaires administratives et financières
 - Un service des ressources humaines
- Volet technique
 - Un service de gynécologie pédiatrie
 - Un service d'oncologie
 - Un service des urgences
 - Un service de réanimation
 - Un service de trauma
 - Un service d'hospitalisation
 - Un service de stérilisation/buanderie

L'Unité de gynécologie est constituée ainsi qu'il suit :

- Un chef service, Pr gynécologue
- Des médecins titulaires
- Des médecins stagiaires
- Deux Majors : l'une principale et l'autre adjointe
- Des infirmières
- Des aides-soignants

4.3 Type de recherche

Notre étude est une étude de type qualitatif.

Etymologiquement, clinique signifie 'lit'.

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 et Pedinielli, 2006). Dans le cas de notre étude, la situation clinique est la femme mastectomisée.

La méthode clinique s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et dans sa totalité (Bourguignon,), le sujet est replacé dans son contexte individuel c'est-à-dire dans son vécu. Elle s'occupe d'examiner un cas individuel. Notre étude vise à décrire le vécu, le ressenti mais également le comportement de la femme mastectomisée. Ces différents volets sont propres à chacune et ne saurait donc être transférables à une autre, fut-elle dans les mêmes caractéristiques qu'elle. « Le but de la méthode clinique n'est pas de généraliser mais de s'intéresser au discours singulier du sujet » (Eymard, 2003). Ces différentes positions et définitions de la méthode clinique fait d'elle la mieux adaptée pour mener à bien notre étude.

Sachant que la méthode clinique s'occupe d'échantillons restreints, elle facilite une étude en profondeur du cas présenté. « *La recherche qualitative est intensive à ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur.* » (Fernandez, 2006). Elle nous permettra dans notre étude, d'appréhender en profondeur les facteurs psychiques de la résilience qui permettent à la patiente de dépasser son traumatisme et qui la mènent à une bonne estime de soi. Ceci, dans un contexte où le cancer du sein est encore peu et mal connu. La méthode clinique d'autre part nous permet de recueillir des données fiables.

La méthode clinique également, est le lieu où la subjectivité du chercheur est

interpellée. Elle lui permet de l'utiliser à bon escient pour l'avancée de l'étude sans jamais en faire un biais.

4.4 Méthode de recherche

Selon le dictionnaire Le Robert, la méthode est un ensemble de démarches raisonnées, suivies pour parvenir à un but. C'est également une méthode de travail

La méthode clinique est celle qui prévaudra dans notre étude.

4.4.1 Etude cas

L'étude de cas est la méthode par excellence pour l'atteinte des objectifs de notre recherche. Elle est centrée sur le qualitatif plutôt que sur le quantitatif. Elle permet de recueillir au plus près de la patiente mastectomisée des données fiables et singulières. L'étude de cas est une continuité de l'observation clinique sur laquelle elle s'appuie en amont.

L'étude de cas est définie par Bioy et al. (2021) comme « un outil majeur de la psychologie clinique et de la psychopathologie qui consiste en un travail d'élaboration et de présentation du contexte et du fonctionnement psychologique d'une personne. ». Elle prétend de ce fait ressortir les fonctionnements d'un sujet ou même d'un groupe plongé dans des situations compliquées ; elle s'intéresse alors à la dynamique psychique de ce sujet depuis la souffrance vécue jusqu'aux modalités relationnelles en jeu, en passant par les angoisses et les mécanismes de défense.

Elle se situe dans « *une démarche d'investigation et d'exploration des modalités de fonctionnement, dans la recherche des moyens les plus pertinents pour accompagner le sujet dans un processus de changement dans le dégagement d'un certain nombre d'entraves dont les symptômes font partie, mais aussi dans l'accès à une meilleure connaissance de lui-même* » (De Luca, 2020).

L'étude de cas dans le cadre de notre étude, nous permettra de mieux appréhender les ressources mobilisées par la patiente pour se relever du traumatisme causé par l'ablation de son sein qui l'ont conduite vers une estime de soi acceptable.

L'étude de cas nous permettra de valider ou d'invalidier notre hypothèse de départ.

4.5 La sélection des participantes

La sélection des participantes est fonction de ce que le chercheur vise comme objectif. Il est celui qui définit les caractéristiques des participantes et veille à ce que ces caractéristiques soient en congruence avec ses objectifs. De ce fait, il détermine les critères d'inclusion et les critères d'exclusion. Les participantes choisies doivent être capables de fournir des informations exploitables qui seront analysées dans le cadre d'un travail académique et ou professionnel.

Le nombre de participantes en méthode qualitative n'a pas besoin d'être grand car comme nous l'avons dit plus haut, ici ce n'est pas la quantité qui compte mais la qualité de l'étude qui vise une analyse en profondeur de cas.

Notre étude comporte deux femmes ayant subi une mastectomie et appartenant à la tranche d'âge 40-55. La tranche des femmes en pré-ménopause/ménopause et en situation de seconde jeunesse remise en question par la situation de cancer.

Nous avons procédé à la sélection des participantes en utilisant la méthode de sélection par choix raisonné qui est une méthode non probabiliste.

4.5.1 Critères d'inclusion

Ont participé à notre étude les participantes répondant aux critères ci-après :

- Etre de sexe féminin
- Avoir subi une mastectomie radicale depuis au moins un an
- Appartenir à la tranche d'âge comprise entre 40 et 55 ans
- Avoir accepté volontairement et librement de participer à notre étude
- Avoir signé la fiche de consentement éclairé

4.5.2 Critères d'exclusion

Ont été exclus de notre étude :

- Les hommes
- Les femmes ayant subi la mastectomie depuis moins d'un an
- Les femmes n'ayant pas signé la fiche de consentement éclairé
- Les femmes ayant subi une chirurgie conservatrice
- Les femmes âgées de moins de 40 ans et de plus de 55 ans

4.5.3 Procédure de recrutement des participantes

Parce que nous utilisons la méthode qualitative, notre échantillon a été choisi sur la base des données subjectives inhérentes au chercheur et en fonction des objectifs visés. Nous avons donc utilisé une méthode probabiliste, celle par choix raisonné. C'est-à-dire que tous les membres de la population n'ont pas la même chance de participer à l'étude. En effet, l'hôpital général reçoit un grand nombre de femmes parmi lesquelles plusieurs subissent une mastectomie radicale. Cependant, toutes ces femmes ne sont pas susceptibles d'être choisies par nous car un grand nombre d'entre elles ne répond pas à nos critères de sélection. Notre procédure de recrutement est appropriée pour l'étude de cas.

Notre population a été choisie à l'Hôpital Général de Yaoundé. C'est un hôpital de référence qui reçoit un très grand nombre de patientes atteintes de cancer du sein. Nous y avons effectué pendant plusieurs mois notre recherche. Pendant que nous y étions, nous avons rencontré plusieurs patientes ayant déjà subi l'ablation du sein qui y revenaient en ambulatoire sur rendez-vous. Nous avons également eu accès à la base de données qui avait été mise à notre disposition par la major de service. Nous avons donc approché les dames dont l'âge correspondait à celui de nos critères et au fil des échanges, deux parmi elles ont accepté de participer à notre étude. C'était également un moyen pour elles de s'exprimer sur leur ressenti. Elles ont accepté volontairement et librement de signer la fiche de consentement éclairé.

Les objectifs et le cadre fixés, nous avons rassuré les participantes sur le caractère confidentiel de l'étude.

Nous avons utilisé dans notre étude l'entretien clinique qui est l'outil principal du psychologue-clinicien, et deux outils : le test de résilience de Katharina Maehrlein (2016) et l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965).

4.5.4. Les instruments utilisés

Il s'agit des instruments dont nous nous sommes servi pour recueillir les données utiles à l'avancée de notre étude.

4.5.4.1 L'entretien clinique de recherche

C'est une méthode de production des données qui permet d'avoir accès à des informations subjectives et fiables du patient au travers du langage et de la parole

« en effet, la transmission et le partage de l'expérience vécue sont véhiculés par le langage et la parole... » (Bénony et Chahraoui ; Jacobi, 2012).

L'entretien clinique de recherche implique certaines caractéristiques du chercheur qui « permet d'accompagner le sujet et de l'aider à développer son point de vue » (Bioy et al., 2021). Ces caractéristiques sont : la non-directivité, le respect, la neutralité bienveillante, l'empathie.

Nous avons également plusieurs types d'entretien que sont l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Nous avons opté dans notre étude pour l'entretien semi-directif car il est le mieux indiqué pour le type d'informations que nous recherchons. Les informations recherchées doivent cadrer avec les objectifs du chercheur qui oriente le discours du sujet sur les thématiques qu'il aura préalablement définies. L'entretien semi-directif permettra à la participante de faire des associations pendant son discours et de faire des élaborations. L'entretien semi-directif stipule la construction d'un guide d'entretien.

4.5.4.2. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est « un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs de l'interviewer » (Blanchet, 1997).

Le guide d'entretien renferme les thèmes et sous-thèmes que nous comptons aborder pendant l'entretien avec la participante. Il va de soi que ces différents thèmes iront dans le sens de la contribution de la résilience dans la qualité de vie des patientes mastectomisées. La consigne est définie clairement et est la même pour toutes les participantes. Le respect de l'ordre des questions n'est pas une obligation.

Dans le cadre de notre étude, le guide d'entretien a été structuré autour de quatre thèmes comme suit :

Préambule

Présentation de la participante

Informations sociodémographiques

Thème 1 : du vécu avant l'annonce du cancer

- ✓ Comment vivait la patiente ?
- ✓ Comment se représentait-elle ?
- ✓ Quelle valeur se donnait-elle ?

Thème 2 : le vécu pendant la maladie

- ✓ De la pose du diagnostic de cancer à la mammectomie
- ✓ Le ressenti (émotions, sentiments)
- ✓ Comment avez-vous fait face à la maladie ?

Thème 3 : la résilience

- ✓ Les mécanismes mis en place
- ✓ Les forces internes
- ✓ Les forces externes
- ✓ Les facteurs de protection particuliers

Thème 4 : l'estime de soi

- ✓ Comment vous percevez-vous ?
- ✓ Que pensez-vous de vous-même aujourd'hui ?
- ✓ Songez-vous à un après ?

4.5.4.3. Le test de résilience de Katharina Maehrlein (2016)

Il s'agit d'un test d'évaluation composé de vingt-huit questions. Il permet d'évaluer la capacité de résilience d'un sujet. Chaque question a quatre assertions, ces assertions sont assignées à sept clés de résilience et sont conçues selon l'échelonnement de Likert allant de *Pas du tout* à *Tout à fait*.

Les résultats, après passation des tests, varient entre 28 et 140 points. Le niveau de résilience est évalué selon la fourchette à laquelle appartient le score. Ainsi, les scores sont classés comme suit :

- Entre 28 et 55 points
- Entre 56 et 83 points
- Entre 84 et 111 points
- Entre 112 et 140 points

Plus le score est élevé plus la capacité de résilience est élevée.

4.5.4.4. Le test d'estime de soi de Morris Rosenberg (1967)

Rosenberg a marqué le monde scientifique par la pertinence de ses travaux. Ses travaux sur le concept de soi sont ce qui l'a rendu particulièrement connu. Cette échelle est composée de dix phrases. Comme avec le test précédent, les phrases sont échelonnées à la Likert allant de *Tout à fait en désaccord* à *Tout à fait d'accord*.

Pour Rosenberg, l'estime de soi est un indicateur d'acceptation, de tolérance et de

satisfaction personnelle à l'égard de soi.

Le score s'obtient par addition des différents scores obtenus aux questions 1, 2, 4, 6, et 7 qui sont les questions qui évaluent l'estime de soi positive. L'estime de soi négative est évaluée par les réponses aux questions 3, 5, 8, 9 et 10.

Le total des scores varie entre 25 et 39. Plus le score est élevé plus le niveau d'estime de soi est fort.

4.5.5 Caractéristiques des participantes

Nos patientes se sont vues attribuer des noms d'emprunt dans un souci de confidentialité et d'éthique. Elles seront appelées mesdames MILA et ZARA.

Participant Caractéristiques	Madame MILA	Madame ZARA
Age	44	53
Genre	Féminin	Féminin
Ethnie	Eton	Bamiléké
Religion	Catholique	Evangéliste
Profession	Enseignante	Sans
Rang dans la fratrie	3/8	2/9
Situation matrimoniale	Mariée	Mariée
Nombre d'enfants	3	2

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des participantes

4.6. Déroulement des entretiens

Nous avons au préalable définis les critères de sélection de la population avec laquelle nous voulions mener notre étude et nous avons défini les critères d'inclusion et d'exclusion. Parce que nous comptons entretenir notre population via un entretien semi-directif car, cet entretien est le mieux approprié pour étudier en profondeur le phénomène qui nous intéresse. Nous nous sommes servi pour y parvenir d'un guide d'entretien dans lequel nous avons élaboré les différents thèmes que nous voulions aborder. Nous avons entretenu individuellement les deux patientes qui répondaient à nos critères et leur avons passé les tests.

Nous avons commencé avec chacune par un entretien de prise de contact au sein de l'hôpital général qui a duré 30 minutes. Ce premier entretien a permis d'éclairer les participantes sur l'objectif de notre recherche. Les participantes ont manifesté au-delà de tout la joie de pouvoir s'entretenir avec un psychologue, fut-il encore inscrit au rang d'étudiant-chercheur. En effet, ces dames éprouvaient le besoin de s'épancher. Nous leur avons garanti le caractère confidentiel de nos entretiens, respectant ainsi les règles éthiques dues à chaque participante.

Puis nous avons eu une autre séance au cours de laquelle nous avons mis à contribution le guide d'entretien élaboré par nos soins avant de leur passer à chacune les différents tests. Cette seconde séance a duré 70 minutes pour chacune, 10 minutes pour le test sur la résilience, 20 minutes pour l'échelle d'estime de soi et 40 minutes pour l'entretien semi-directif. C'est également au cours de cette seconde séance que nos participantes ont signé la fiche de consentement éclairé que nous retrouverons en annexe.

Nous avons également eu au préalable l'accord des participantes pour l'utilisation d'un enregistreur audio qui nous a permis de retranscrire le plus fidèlement possible l'entretien que nous avons eu avec elles.

4.7. Difficultés rencontrées

Nous avons rencontré plusieurs difficultés pendant la récolte des données.

Nous avons eu un peu de mal à avoir accès à la population cible. D'une part, nous avons été freinée par la lenteur administrative, notre demande de stage a mis pratiquement deux mois pour être validée ; d'autre part, la population la plus disposée à nous répondre était composée de femmes n'appartenant pas à la tranche d'âge souhaitée.

Rencontrer les femmes ayant subi une mastectomie depuis au moins six mois revenait à rencontrer des femmes qui venaient à l'hôpital de manière ambulatoire, ce qui impliquait un ajustement régulier de notre emploi du temps.

Nous avons également fait face à la méconnaissance du grand public de la psychologie en général et de la psychologie clinique en particulier. En effet, les camerounais sont nombreux qui sont tournés vers ceux-là que nous nommerons « les psychologues d'un autre genre » :

- Adeptes des pratiques mystico-religieuses : plusieurs patientes ont choisi de

faire confiance au dieu en qui elle croyait. Elles se tournaient de ce fait vers les prêtres et pasteurs qui leur donnaient des versets bibliques à lire et les accompagnaient dans des programmes de prière

- Adeptes des pratiques traditionnelles : plusieurs patientes également se sont tournées vers les tradipraticiens pour « conjurer » le sort en évoquant les ancêtres.
- Adeptes de naturopathie : d'aucunes ont choisi de se faire suivre par les naturopathes et leurs onguents.

Toujours est-il que la grande majorité de ces dames finissaient par retrouver le chemin de la médecine moderne, dans un piteux état malheureusement.

4.8. Technique d'analyse : l'analyse de contenus

Nous avons utilisé la technique d'analyse de contenus pour analyser les données recueillies.

L'analyse de contenus est une méthode de description systématisée et d'analyse des données verbales dont l'objectif est de rendre compte de l'expérience interne du sujet (Bouloudnine, 2011). C'est une technique qui vise à comprendre le phénomène étudié et non à évaluer celui-ci. Elle part de l'expérience des sujets pour la théoriser (Bioy et al., 2021). Il s'agit de construire des cadres de pensées à posteriori. Bioy et al., (2021) nous dit que l'analyse de contenus repose sur deux principes que sont la description et l'analyse.

La description consiste en la retranscription exacte du discours recueilli pendant les entretiens. Elle se structure par la catégorisation (identification de thèmes) et la classification (indexation dans les thèmes) des énoncés (Bioy et al., 2021). Il s'agit pour cet auteur de donner un sens à l'analyse de contenus en allant des mots à la catégorie.

L'analyse quant à elle interprète le discours de la participante. Il s'agit de donner une signification au discours recueilli (Bioy et al., 2012).

Bioy et al. (2021) nous précisent que ces deux principes n'ont d'importance que s'ils vont ensemble et non l'un sans l'autre. Cela permet d'assurer la rigueur de la démarche.

La description comprend trois étapes selon Bioy et al. (2021) : la retranscription, la catégorisation, la classification/indexation. L'analyse comporte l'analyse proprement dite et l'interprétation.

- **La retranscription des entretiens** : c'est le fait de retranscrire fidèlement tout le verbatim recueilli. Nous notons ici la nécessité de l'outil d'enregistrement qui permet une fiabilité de la description des entretiens. Les données audio collectées sont de manière fidèle converties en écrit. Il y est retrouvé les verbatim ainsi que le comportement non verbal intervenu pendant le discours de la patiente. Le chercheur fera attention aux moments de silence, aux hésitations, aux larmes, au ton, à la tristesse manifestée pendant certains épisodes encore très vivaces dans la mémoire.

La retranscription est cette étape qui permet au chercheur de ressortir les conclusions qu'il illustrera grâce aux données récoltées pour construire son analyse.

S'il est possible de faire appel à un professionnel à cette étape, il est cependant fortement conseillé au chercheur de procéder lui-même à la retranscription car cela lui permet de se familiariser avec le corpus et donc de mieux l'appréhender. Ce travail, les chercheurs sont unanimes là-dessus est un travail fastidieux et vaste. Un entretien de 30 minutes requiert en moyenne quatre heures de retranscription.

- **La codification** : cette étape a pour but de faciliter le traitement des données.

La codification est une technique qui permet d'organiser les données et de les analyser. Il s'agit d'étiqueter les parties de données. Il s'agit tout simplement de la classification des données en sous-thèmes.

- **La catégorisation du corpus** : elle consiste à élaborer des thèmes en regroupant les mots ou énoncés qui se ressemblent. La qualité de la catégorisation est garantie par certains principes (Bardin, 1998 ; Robert et Bouillaguet, 2007 ; Bauer, 2021 ; Schreier, 2014) : une catégorisation doit être significative, neutre, discriminante, homogène et exhaustive.

- **La classification/indexation des énoncés** : il s'agit de classer les réponses ayant trait au même thème ; pour l'indexation, elle repose strictement sur les propos manifestes des participantes et non sur des "supposés" propos par le chercheur.

4.9. Considérations éthiques

Les considérations éthiques de notre étude ont été garanties de plusieurs manières.

Les patientes ont été informées de l'étude, de ses objectifs, des outils utilisés, de l'enregistrement des entretiens, de l'utilisation des données recueillies. C'est au fait

de toutes ces informations que les participantes ont accepté librement et volontairement de participer à cette étude qu'elle pouvait quitter sans aucune conséquence. Elles ont par conséquent signé sans aucune contrainte la fiche de consentement éclairé.

Nous nous sommes engagée auprès des participantes à respecter le caractère anonyme et confidentiel de toute information reçue durant cette étude.

Le respect de la personne en général et de la personne en souffrance a été garanti.

Consciente du fait de ce que raconter le vécu pendant l'épreuve peut susciter chez les participantes comme douleur, nous nous sommes parée de l'attitude empathique propre à tout psychologue clinicien, fut-il chercheur ou déjà professionnel.

En somme, il a été question dans ce chapitre de la méthodologie utilisée pour mener à bien notre étude. Elle a été menée à l'hôpital général de Yaoundé, lieu par excellence de traitement des cas de cancer. Nous avons choisi la méthode qualitative basée sur l'étude de cas. Nous avons recensé deux participantes dont les caractéristiques cadraient avec nos critères d'inclusion. Les données recueillies auprès des participantes s'est fait au travers du guide d'entretien et des tests. Le chapitre suivant est celui dans lequel les résultats seront présentés.

CHAPITRE 5 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Le présent chapitre est celui dans lequel nous présentons et analysons les résultats des entretiens que nous avons passés aux participantes. Nous y présenterons les différentes participantes, de manière anonyme bien sûr ; nous y présenterons la résilience chez chacune d'elle ; nous y présenterons la contribution de la résilience dans la valeur que se donnent les participantes. En bref nous ferons une analyse thématique des données obtenues.



5.1 Caractéristiques générales des participantes

Dans un souci d'anonymat, nous nommerons nos participantes Mila et Zara.

5.1.1 Présentation de la participante Mila

Mila est une dame âgée de 44 ans, mariée et mère de 3 enfants dont l'âge varie entre 10 et 24 ans. Elle est une camerounaise originaire du département de la Lékoué, région du Centre. Elle appartient à la tribu Eton. Elle est troisième d'une fratrie de huit enfants. Elle est catholique croyante et est titulaire d'une licence en psychologie. Elle est enseignante et exerce dans la ville de Yaoundé.

Elle constate une boule dans son sein gauche au cours d'une palpation en 2021. Elle consulte et est rassurée de ce que la boule n'est qu'une boule sans conséquence. Le caractère indolore étant ce sur quoi se base le personnel médical pour la rassurer. Ce n'est que des mois plus tard, lorsque la douleur et des pincements s'installent de manière récurrente qu'elle consulte à nouveau dans une autre structure. Cette deuxième consultation marquera le début d'un long voyage dans la maladie cancer. Elle subira l'ablation quelques mois plus tard après avoir supporté plusieurs chimiothérapies. Elle est posée, avenante et calme.

5.1.2 Présentation de la patiente Zara

Zara est âgée de 53 ans, mariée et mère de deux enfants âgés respectivement de 18 et 12 ans. Elle appartient à l'église évangélique et est deuxième d'une fratrie de dix enfants. Titulaire d'une maîtrise de biochimie, elle a exercé longtemps comme délégué médical avant d'être licenciée par son employeur pour non productivité lorsque le cancer s'est installé. Elle vit dans la ville de Yaoundé avec sa petite famille. Zara est originaire de la région de l'Ouest Cameroun, son époux également.

Elle se lève un matin toute hébétée après une journée et une nuit sans histoire la veille. Une fois à l'hôpital, elle s'écroule. Transportée dans la section urgence, elle est rapidement prise en charge et plus tard les examens de l'imagerie lui détectent un cancer du cerveau. Elle est évacuée à l'étranger où elle est traitée et retrouve la forme. Malheureusement plus tard, un examen de contrôle révèle qu'elle a une boule dans le sein gauche. L'évacuation vers l'étranger contribuera à aggraver la situation plutôt qu'à la calmer malgré les trois chirurgies qu'elle y subira. Son retour au pays redéfinira les paramètres de traitement et depuis quatre ans, elle va de

chimiothérapie en chimiothérapie, sa maladie se montrant à chaque fois résistante au traitement chimiothérapique. Consciente de son état, elle fait l'effort de distiller la bonne humeur et de rester positive malgré tout.

5.2 Présentation des résultats au test de résilience

Participant	Mila	Zara
Score au test de résilience	104 Bonne capacité de résilience	96 Bonne capacité de résilience

Tableau 2 : Résultats au test de résilience de K. Maehrlein

5.3. Présentation des résultats au test de l'estime de soi

Participant	Mila	Zara
Score à l'échelle d'estime de soi	29 Faible estime de soi	25 Faible estime de soi

Tableau 3 : Résultats au test d'estime de soi de Rosenberg

5.3 Analyse des résultats

Cette partie est celle qui s'occupe de l'analyse des résultats, nous avons passé des entretiens à nos participantes, nous leur avons également passé des tests. Les données que nous avons recueillies sont ce sur quoi nous allons nous baser pour faire la présente analyse.

5.3.1 Avant la maladie

Avant la maladie, toutes nos participantes nous ont tenu presque le même langage, elles étaient bien dans leur peau, épanouies, avec une vie presque parfaite. Parfaitement en harmonie avec la norme sociale, elles étaient mariées, mères d'enfants, elles avaient un bon travail qui leur permettait à chacune d'assumer

certaines charges et de gérer sans stress leur quotidien. Elles étaient en harmonie avec elles-mêmes.

- MILA

« Hum... je vivais, je menais une vie normale, pas de stress, pas de perturbation, je menais une vie normale jusqu'au jour où... »

La perception que MILA avait d'elle-même était plus ou moins bonne. Elle ne se sentait ni supérieure aux autres, ni inférieure, elle se sentait bien simplement dans son corps, dans sa tête, dans sa vie. Elle était en harmonie avec sa petite vie bien rangée.

- Zara

« Parlant de mon vécu avant la maladie, moi j'étais une femme accomplie, très rêveuse, très dynamique, engagée pratiquement dans beaucoup de domaines, déjà déléguée médicale, j'ai exercé pendant 17 ans malheureusement la maladie m'a fait m'arrêter donc pour dire vrai, j'étais une femme accomplie hein, une mère au foyer, mariée avec deux enfants, deux beaux enfants que j'adore vraiment, qui aujourd'hui font ma fierté parce que il faut dire hein, je parie que sans eux j'aurais fléchi avec cette maladie qui n'est pas facile à vivre quoi, voilà le gros. »

ZARA a une haute opinion d'elle-même avant la mastectomie ; elle se sent supérieure, elle se sent comme une élue de la société. Elle est plus que satisfaite de la vie qu'elle mène, elle semble accorder une grande importance au volet financier. En effet, sa représentation de soi semble encore plus poussée par le fait d'être considérablement à l'abri du besoin d'une part, et par le fait d'avoir fait de grandes études d'autre part. Elle est bardée de diplômes dont elle est fière.

5.3.1.1 L'annonce

L'annonce du diagnostic de cancer est un moment très décisif pour la suite car il marque le début d'un voyage jalonné par les traitements, la chirurgie et surtout le traumatisme que ce nouvel état peut engendrer. Il marque le début d'une nouvelle ère pour les patientes. Il engendre un bouleversement et la patiente peut réagir de manière inquiétante. Chacune des participantes a vécu ce moment de manière différente.

- MILA

Elle nous raconte ce moment dont elle se souvient comme si c'était hier : « J'ai

d'abord perdu la connaissance hein, pas que je suis tombée, mais dans la salle de consultation, j'ai senti un vide au niveau de ma tête, un vide (en martelant) et ce jour j'étais seule (en martelant également) et quand je me suis levée, je suis partie de là, je ne sais pas si c'est important de dire hein... »

Puis elle rajoute de manière plus explicite *« je suis partie de l'hôpital jusqu'à la mobil omnisport à pieds, je ne savais pas, je marchais, c'est quand la voiture a essayé de me percuter que je me suis réveillée de mon sommeil, parce que je marchais, dans ma tête hein, je vous jure je dormais. Donc toute cette marche là je n'étais pas moi-même jusqu'à ce que la voiture là et le chauffeur m'a grondée c'est là où je me suis réveillée de mon sommeil, j'ai pris conscience, j'ai traversé la route, je suis rentrée. Ça n'a pas été facile, pour être honnête envers moi-même, ça n'a pas été facile, je savais que c'était la fin, je savais que c'était la fin, je savais que mes jours étaient comptés, je savais que c'est les maladies chroniques qui ne guérissent pas, bref j'ai compris que c'était la fin hein, j'ai compris que c'était la fin jusqu'à ce que je rencontre le Dr... ».*

L'annonce a été reçue comme un coup de marteau pour MILA. Elle vit ce moment très mal, c'est un moment extrêmement difficile pour elle. Au vu des connaissances qu'elle a sur le cancer, elle est dans un état de choc qui a même failli lui coûter la vie sur le chemin. Elle est complètement hébétée et effarée, elle est à la limite du désespoir. La connaissance des retombées de la maladie ne joue pas en sa faveur. Elle est plongée dans un état de panique générale. Sa réaction face à l'annonce de sa maladie est très négative.

Ce moment est vécu chez chacune des participantes dans la solitude. La participante MILA est toute seule lorsqu'elle se rend à la première consultation qui d'après ses dires l'a fauchée, elle estime que la première dame médecin qu'elle a rencontré a fait preuve de négligence, le diagnostic aurait été bien posé et tôt que peut-être elle n'aurait pas vécu la mastectomie. Elle est seule lorsqu'elle décide de se rendre à la deuxième consultation et lorsqu'elle passe les différents examens parmi lesquels la biopsie. C'est donc encore seule qu'elle se rend chez le médecin pour recevoir les résultats des examens, elle accueille la nouvelle seule et vit ce moment chargé d'émotions intenses sans un soutien. Elle est tellement bouleversée que cet état semble la plonger dans une sorte de léthargie anesthésiante, elle marche sans but, sans savoir où elle va. C'est un autre événement-choc qui la réveille de sa léthargie : elle a failli être renversée par un véhicule. Les deux événements

s'entrechoquent dans son esprit et lui font prendre conscience du danger dans lequel elle se trouve. Elle est dépassée et choquée par la nouvelle, la nouvelle est tellement forte que son psychisme perd immédiatement son homéostasie. Le déséquilibre psychique ici est marqué par la sensation de vide et de perte de connaissance qui s'installent immédiatement après avoir reçu la nouvelle.

- ZARA

La réaction chez la patiente Zara est assez mitigée, car le diagnostic de cancer du sein fait suite à un premier diagnostic de cancer, du cerveau cette fois-là. Contrairement à la patiente Mila qui a une idée du cancer, elle n'a pas une idée précise de la gravité de ce qui l'attend. Elle ne sait rien du cancer, aussi elle accueille la nouvelle sans trop de panique car pour elle, c'est une maladie comme les autres qui passera très rapidement. Son ignorance de tout ce qui concerne la maladie agit un peu comme un filtre à toute émotion négative qu'elle pourrait éprouver. Elle est toute confiante quant au traitement, d'autant plus qu'elle est dans un pays étranger où elle a été évacuée après la découverte de son cancer du cerveau, ce qui stipule une qualité supérieure en plateau technique, des compétences meilleures à celles qu'on retrouve au pays. Et logiquement une meilleure prise en charge aussi. La guérison pour elle n'est qu'une affaire de temps. Elle ne s'inquiète de rien. L'annonce du cancer du sein est donc pratiquement un non-événement pour elle. Elle nous dit : *« c'est la première fois que j'entends parler d'un cancer, moi je me dis que c'est une pathologie c'est quelque chose qui va partir à tout moment d'un moment à l'autre donc pour moi ça ne m'a même pas impressionnée mais c'est quand je suis sortie du bloc parce qu'en fait il faut dire que je suis allée au bloc pour... par rapport à mon sein, c'était pour enlever les nodules ; je n'ai même pas été préparée que mon sein serait enlevé, je suis sortie du bloc avec un sein enlevé ».*

Quant au moment de l'annonce, c'est un moment qui survient de manière non conforme à l'habitude. En effet, la procédure habituelle voudrait que la femme ou un tiers découvre par palpation un nodule dans son sein et que cette découverte la conduise vers une structure sanitaire ; et qu'ensuite après une panoplie d'exams parmi lesquels la biopsie, qu'elle se retrouve face à un médecin qui lui annonce son diagnostic en choisissant ses mots. Au lieu de cela, la dame va consulter pour gêne générale, c'est après un premier diagnostic de cancer du cerveau, qui sera opéré, qu'un scanner de contrôle lui est demandé. C'est ce scanner qui viendra révéler l'état

compliqué dans lequel se trouve son sein, avec la présence des nodules. Le fait d'être à l'étranger l'oblige à vivre toute seule l'annonce du cancer du sein. Elle se sert des nouvelles technologies pour combler le vide causé par la distance et l'absence de sa famille. L'annonce du cancer du sein ne la trouble pas, son équilibre psychique ne connaît aucun bouleversement. C'est la sortie du bloc, qui viendra la plonger dans un déséquilibre psychique marqué par l'intensité du choc causé par l'absence de son sein, un événement auquel elle affirme n'avoir pas été préparée.

5.3.2 La maladie suivie de la mastectomie

Une fois le moment de l'annonce passé, le voyage s'accélère pour chacune des patientes. Les chimiothérapies font irruption dans leur vie. Ce sont des moments extrêmement difficiles et douloureux à vivre car les effets indésirables des produits chimiques qui leur sont administrés sont à la limite invivables. Ces moments ont des répercussions nocives sur le quotidien de chacune d'elle. Pour chacune d'elles, elles sont appelées à vivre ces moments difficiles parce que le corps médical n'a pas été compétent dès le départ. En effet, elles estiment que le diagnostic raté de départ est le responsable de leur situation actuelle.

- MILA

« Hummmm... les chimiothérapies ont été pour moi une expérience très très désagréable (insiste) très très désagréable. Quand on me fait la première séance de chimio, je suis allée à l'hôpital j'étais en bonne santé physique, donc je ne présentais pas les signes de la maladie, je n'étais pas fatiguée, j'avais l'appétit, enfin physiquement j'étais forte, j'étais en bonne santé même. Quand on finit la séance de traitement, c'était avant midi. Je me suis endormie quand je me réveille à 14h-15h j'ai ressenti une gêne générale c'est-à-dire que de la tête jusqu'aux pieds j'étais malade. Les nausées, tout me dégoutait c'est-à-dire que même le parfum des remèdes qui étaient en moi me mettait encore mal à l'aise, je me disais que ou c'était ma bouche qui sentait, j'ai parlé de la mauvaise haleine ? même quand je parlais c'est comme s'il y avait... (silence pendant 15 secondes, se retient de pleurer). Avant 20h je ne pouvais plus manger, même boire de l'eau plate ce n'était plus facile, une gêne générale qui me coupait l'envie de toute chose, tout. La chimio m'a rendu la vie désagréable, l'infirmière m'a dit c'est parce que c'est la première séance, quand tu vas t'habituer

ça ne sera plus le cas... (silence brusque et tristesse, la patiente semble revivre ces moments difficiles). Mais ça n'a pas été le cas, les quatre premières séances de chimio avant l'opération ont été pareilles, la réaction a été la même : la fatigue, les nausées, gêne totale, dégoût même. Les chimio m'ont rendue plus malade. Avant les chimio je n'avais pas de problème hein, la poitrine là tirait, ça tire, je bois les antiinflammatoires ça se calme je dors. Mais quand on a commencé à me faire les chimio, je ne me maîtrisais plus moi-même, je ne savais plus qui j'étais, je ne savais même plus ce que je devais faire pour être à l'aise, mal à l'aise plus plus, manque d'appétit, c'est là où j'ai commencé à perdre le poids »

Les moments de chimiothérapie sont des moments redoutés par la patiente, ce sont des moments qui la rendent encore plus malades qu'elle ne l'est déjà. Les effets secondaires sont difficiles à supporter et engendrent encore d'autres problèmes d'ordre fonctionnel, elle n'arrive plus à se nourrir correctement. Elle est constamment traversée par un sentiment de dégoût vis-à-vis d'elle-même et de tout ce qui l'entoure. Les répercussions sont telles que même sa vie conjugale se retrouve mise entre parenthèse, elle n'a plus de désir. Les produits chimiques semblent avoir inhiber ses pulsions sexuelles, elle dit :

« C'est quand on commence à me faire les chimio que je perds le goût de la vie c'est-à-dire que tu es gênée tu es mal à l'aise tu n'as même pas envie, un état... tu deviens même désagréable, la tension même monte comme les mamans disent au village (elle reprend cette phrase en sa langue maternelle : l'Eton) donc tu es mal à l'aise ; c'est là où je prends le dégoût de l'homme, on me fait les chimio jusqu'en juin 2023, pas de rapports sexuels, donc pendant 4 mois, rien. Quand on annonce qu'on doit m'opérer, je perds encore l'envie de vivre enfin j'ai un sentiment, la crainte là m'a habitée jusqu'à ce que les chirurgiens là et les médecins me remettent en confiance. Après l'opération j'ai encore fait six mois sans euh sans y penser, déjà que la poitrine me faisait encore atrocement mal et tout ce que ça pouvait engendrer en moi ; mais bon on m'a opérée en juillet (elle compte sur ses doigts les mois écoulés), j'ai repris mon activité sexuelle en février 2024, je me sens femme, je me sens femme et j'ai recommencé à développer les crises de jalousie. Pendant cette période mon mari pouvait faire deux jours dehors, je ne l'appelle pas, je ne veux pas savoir ce qu'il fait ni où il est ».

Les chimiothérapies ont également favorisé un climat d'inquiétude au sein de la famille. En effet, MILA et son époux ne savent pas comment l'annoncer à leurs

enfants sans blesser leur sensibilité d'enfants. MILA redoute particulièrement le moment où il faudra leur parler de sa maladie et s'inquiète pour leur réaction ; au-delà de tout elle craint de leur faire mal et que la nouvelle ne soit pas supportable pour eux. Les enfants pourtant de leur côté, évitent d'utiliser les effets intimes de leur mère par crainte d'être contaminés. Sans avoir une idée vraiment exacte de ce que c'est, ils arrivent à poser un mot sur sa maladie : le cancer. Le mot est effrayant et le silence mystérieux qui l'entoure ne les rassure pas.

- **La mastectomie**

La mastectomie est un moment crucial pour la patiente. Elle la qualifie d'invalidante. C'est un événement qui non seulement lui a volé son sein, mais qui lui a également volé son autonomie.

« Je ne suis pas apte à faire mes choses comme je le faisais avant c'est-à-dire que je pouvais me lever un matin je pars à l'école, j'enseigne je rentre, je vais au marché, je porte mon sac, je reviens, je prépare, maintenant si je pars à l'école, je rentre étant fatiguée puis que tout. Un petit sac, à partir de 2-3 kg là je ne peux plus porter, il faut toujours appeler quelqu'un que viens porter le sac ; mon seau d'eau pour aller me laver il faut que quelqu'un porte, mes habits il faut que quelqu'un les lave, parce que quand je... je voulais même balayer ici le matin, j'ai eu une gêne après quelques exercices avec le bras, je suis obligée d'abandonner ; dans le sens physique je ne suis pas autonome ».

C'est une nouvelle situation qui lui cause du chagrin et des regrets. Elle regrette énormément les temps passés où elle était autonome et n'avait pas à attendre l'aide des autres pour « faire ses choses ». C'est une situation à laquelle la patiente a dû s'adapter afin de continuer à vivre et de retrouver un semblant de sérénité.

- **ZARA**

« La chimio c'est quelque chose d'assez extraordinaire c'est le chimique qu'on passe dans le corps hein. Au début je me disais que j'allais mourir, vomissements, diarrhées, fatigue extrême et après des douleurs généralisées ça c'est la chimio hein ».

Elle vit la chimiothérapie comme des moments exceptionnels, qui sortent du commun. Elle est tellement choquée par les retombées des moments d'après chimio qu'elle manque de mots pour exprimer son ressenti. C'est quelque chose d'inexplicable pour elle. Elle a juste un sentiment de peur qui l'amène à anticiper sur sa mort certainement très prochaine, la dame ne voit que la mort comme possibilité de supporter les chimiothérapies.

Ce moment a également joué sur la stabilité de son foyer car elle s'est laissée convaincre à un moment que son mari était le responsable de son état. Ce qui installera des tensions dans le couple. Cet état de chose jouera également sur l'intimité du couple qui n'éprouvera plus le désir de se satisfaire mutuellement *« Mon mari c'est vrai même les rapports étaient devenus difficiles, on avait fait plus de six mois sans aller ensemble »*.

La participante est dans un état total de déni, elle n'accepte pas encore ce qui lui arrive. Elle passe des moments ponctués d'irritabilité.

- **La mastectomie**

ZARA vit sa mastectomie très mal car elle n'y a pas été préparée. Déjà elle ne savait pas ce que c'est qu'un cancer : *« c'est la première fois que j'entends parler d'un cancer, moi je me dis que c'est une pathologie c'est quelque chose qui va partir à tout moment d'un moment à l'autre donc pour moi ça ne m'a même pas impressionnée »*

Mais en plus cette maladie, ce cancer qu'elle croyait être une maladie comme les autres, est tout le contraire de ce qu'elle s'était imaginée. C'est une maladie qui s'incruste, c'est une maladie envahissante ; elle envahit tout : son corps, ses pensées, son quotidien, ses relations avec les autres, ses finances. Cette maladie lui a également volé son autonomie physique, psychique, financière.

« Après la tumeur du cerveau il fallait explorer l'organisme et on s'est rendu compte que j'avais un sein aussi déjà touché car l'examen avait montré que c'était un cancer, mon sein était touché. Bon j'ai été opérée du sein aussi et ensuite la chimiothérapie, radiothérapie, j'ai passé dix mois là-bas à l'étranger. »

L'expérience est tout simplement traumatisante pour elle. Elle fait brusquement face à une situation à laquelle elle n'a pas été préparée. Ce qui crée chez elle une grande effraction psychique, la patiente est déboussolée et a beaucoup de mal à accepter la situation. Elle se sent diminuée.

« Mais c'est quand je suis sortie du bloc parce qu'en fait il faut dire que je suis allée au bloc pour... par rapport à mon sein, c'était pour enlever les nodules ; je n'ai même pas été préparée que mon sein serait enlevé, je suis sortie du bloc avec un sein enlevé c'est ça qui m'a vraiment traumatisée, c'est ça qui m'a traumatisée et je n'ai plus jamais revu cette dame qui m'a opérée jusqu'à ce que je parte de là. Moi j'avais été traumatisée, ce qui fait que vraiment l'accueil de cette diminution n'a pas été facile ».

La situation brusque et difficile installe chez la patiente tour à tour des émotions et sentiments différents. Elle passe entre surprise, déception, colère. La patiente est brutalement ramenée à la réalité. En effet, la patiente a dû revoir « sa vérité » selon laquelle là-bas à l'étranger, les connaissances sont meilleures qu'au pays. Un arrière-goût de culpabilité pointe également dans ses dires. Pour elle, la faute de son traumatisme a pour responsable le corps médical de l'étranger.

« J'ai été surprise de voir que mon bras du côté de la mastectomie avait commencé à gonfler et je ressentais des douleurs c'est là où je suis rentrée voir mon médecin traitant qui directement a demandé que je refasse les marqueurs. Et dès qu'on a refait les marqueurs tumoraux on s'est rendu compte que ça avait explosé et ça l'a orienté directement à un autre scanner et effectivement il y avait des lésions qui montraient une rechute de la maladie au niveau du sein déjà touché. Du même côté il y a eu une boule qui a apparu dessus, il a appelé ça nodule de perméation ; bon ce qui fait que il fallait après le scanner refaire une biopsie écho guidée qui a été faite, et curieusement les résultats des analyses ont été discordants par rapport aux résultats de l'étranger, donc à l'étranger j'étais sous hormones parce qu'ils ont considéré mon cancer de sein comme hormonal ; je sais pas s'ils avaient analysé parce que j'ai été... pour moi c'est un scandale et au Cameroun on a vu plutôt un triple négatif, ce qui fait que il fallait maintenant recommencer le traitement à zéro. »

- **Affronter les autres et leur regard**

Ce volet fait appel à la communication par le regard. Dans cette nouvelle situation qui s'est invitée dans la vie des patientes sans leur avis, il est quelque chose que ces dernières se doivent d'affronter pour pouvoir avancer. Il s'agit du regard des autres. Un auteur avait dit qu'« *autrui est mon miroir* ». Le regard des autres oblige à prendre conscience de l'existence d'autrui. A travers le regard, on comprend l'impact que l'autre a sur nous, de ce que sa présence crée en nous en terme de perception. Le regard de l'autre pourrait avoir un impact important sur la façon de se voir, sur

l'estime que quelqu'un se porte, voir et surtout être vu par l'autre tend à modifier crescendo le vécu corporel; de ce fait, il a une certaine importance et mérite que nous nous y attardions dans le cadre de notre étude.

- MILA

« C'est là où j'ai commencé à perdre le poids, c'est là où les gens ont commencé à me demander qu'est-ce qui ne va pas ? Est-ce que tu vas bien ? Avec la chute des cheveux encore c'était très grave, tu deviens d'abord laide, tu es laide, tu n'as même pas envie que les gens te voient, tu ne veux même pas être en contact, ça a été une expérience difficile hein, tsuip, je n'aime même pas raconter ça (se retient à nouveau de pleurer, silence) »

Pour MILA, le regard de l'autre est très important, la maladie amène l'autre à s'intéresser à elle et à confirmer son état de laideur dans lequel la maladie l'a plongée. MILA se juge elle-même et pense voir le jugement dans le regard de l'autre. Alors elle choisit le repli sur soi, la fuite. Elle cache sa maladie autant qu'elle le peut, mais c'est en vain car son apparence physique seul éveille les curiosités et ouvre la porte aux jugements portés par les autres.

Cette situation de jugement est confirmée par ses enfants qui, dans leur innocence, la condamnent : *« n'utilise pas la lame de mama elle a le cancer »*.

Cependant, le regard de l'autre a eu des répercussions positives également. Elle s'est sentie encouragée par le voisin qui lui a dit *« il y a un voisin qui m'a dit que sa mère aussi est dans cette situation »*. La réaction de ses enfants lui a également donné l'opportunité et le courage de leur parler à cœur ouvert de sa maladie, ainsi elle a pu trouver des mots et répondre aux questions muettes qu'ils se posaient. Cela a ouvert la porte à une nouvelle ère dans la maison marquée par l'implication des enfants dans le processus d'adaptation. L'acceptation des enfants a été très importante pour elle.

Quant à la cicatrice, elle n'éprouve aucun mal à la regarder.

- ZARA

« Bon heureusement que la blessure a cicatrisé après il y a eu des (hésitations, elle semble chercher ses mots) vous appelez ça quoi ? Les prothèses extérieures qu'on met ça fait que c'est acceptable ».

ZARA ne semble pas de prime abord, accorder une grande importance au regard de l'autre. Elle semble porter une prothèse juste pour un besoin de conformisme

social lorsqu'elle sort. Sa cicatrice non plus ne semble pas un problème pour elle. L'impact de l'autre semble moins physique que psychique. Pour ZARA, c'est ce que pensent les autres de ce qu'elle est devenue qui semble lui importer. Elle était une femme forte, une femme accomplie physiquement et surtout financièrement, une femme qui vivait sa vie à un rythme effréné, elle prenait soin d'elle et des autres. ZARA était fière d'elle-même. Elle était une tête de proue. C'est cette image d'elle qui n'est plus, qui la dérange. Son égo semble avoir subi un grand coup avec les répercussions du cancer.

ZARA se sert de l'intellectualisation et de l'humour, sous une honte voilée de la nouvelle situation, pour essayer d'accepter sa nouvelle vie.

« Et il faut dire je suis même déjà en train de me convertir en mendiante, je n'ai pas honte hein capacité d'adaptation non (petit sourire) je m'adapte donc moi ça ne me coûte rien de dire à ma petite sœur que envoie moi la nourriture beh je suis... de dire à un ami vraiment c'est compliqué je n'ai plus d'argent pour faire mes chimio ; c'est vrai que ça devient c'est un peu difficile parce que eux me connaissant et voyant comment je me comporte aujourd'hui c'est le jour et la nuit hein mais c'est pile et face directement vous voyez un peu ? Ce qui fait que c'est pas facile mais ce qui a encore fait ma force c'est que je sais ».

5.3.3 La résilience

Boris Cyrulnik nous dit que l'on ne saurait parler de résilience sans qu'il n'y ait eut traumatisme en amont. Nos participantes ont chacune vécu un grand traumatisme suite à la mastectomie que l'une et l'autre ont subie. Elles ont dû mobiliser des ressources d'abord internes marquées par les mécanismes de défense que leur Moi a développés et les processus de coping. Les mécanismes de défense représentent la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions (Anna Freud, 1936).

Ensuite des ressources externes qu'elles ont chacune puisées dans leur environnement. Ces différentes ressources leur ont évité de sombrer ; elles ont pu faire face à la situation causée par l'ablation de leur sein.

- MILA
- Ressources internes mises en place

La patiente MILA met en avant des mécanismes de défense tels que la dissociation, le déni, l'anticipation, le clivage, la mentalisation pour faire face au choc.

La dissociation est mise en place par le Moi dès l'annonce du diagnostic, cet événement est intolérable pour le Moi, cela se manifeste par la dépersonnalisation, MILA oublie un moment sa réalité de laquelle elle se détache pendant son « endormissement » :

« J'ai d'abord perdu la connaissance hein, pas que je suis tombée, mais dans la salle de consultation, j'ai senti un vide au niveau de ma tête, un vide (en martelant) et ce jour j'étais seule (en martelant également) et quand je me suis levée, je suis partie de là, je ne sais pas si c'est important de dire hein... »

On observe une amnésie passagère :

« Je suis partie de l'hôpital jusqu'à la mobil omnisport à pieds, je ne savais pas, je marchais, c'est quand la voiture a essayé de me percuter que je me suis réveillée de mon sommeil, parce que je marchais, dans ma tête hein, je vous jure je dormais. Donc toute cette marche là je n'étais pas moi-même jusqu'à ce que la voiture là et le chauffeur m'a grondée c'est là où je me suis réveillée de mon sommeil, j'ai pris conscience, j'ai traversé la route, je suis rentrée. Ça n'a pas été facile, pour être honnête envers moi-même, ça n'a pas été facile, je savais que c'était la fin, je savais que c'était la fin, je savais que mes jours étaient comptés, je savais que c'est les maladies chroniques qui ne guérissent pas, bref j'ai compris que c'était la fin hein, j'ai compris que c'était la fin »

L'anticipation s'exprime également dans le discours de la patiente MILA qui se voit déjà arrivée à la fin de sa vie : *« Ça n'a pas été facile, pour être honnête envers moi-même, ça n'a pas été facile, je savais que c'était la fin, je savais que c'était la fin, je savais que mes jours étaient comptés, je savais que c'est les maladies chroniques qui ne guérissent pas, bref j'ai compris que c'était la fin hein, j'ai compris que c'était la fin ».*

La mentalisation se justifie par cette partie du discours : *« La vie a repris son cours »*

- **Ressources externes mobilisées**

Il s'agit ici de tout ce qui est externe à la patiente et qui aura contribué à la mise en place du processus de résilience. La patiente MILA parle essentiellement de DIEU et de sa foi en Lui, de son environnement médical, familial et amical.

Médical, le corps médical face au sentiment de mort rassure la patiente quant à la qualité des soins et surtout à l'avancée de la science :

« C'est un sentiment naturel hein, on m'a opérée. On va t'opérer, on va te faire l'anesthésie générale et tu vas perdre connaissance, dans ma tête je pouvais m'endormir une bonne fois pour toute. Bon certes que l'équipe qui m'a opérée c'est les gens qui m'ont accompagnée, chacun à son niveau, le médecin qui devait m'opérer a pris le temps de me, de me... je dis ça comment ? il a vraiment pris le temps de me prouver que c'est une opération certes mais c'est des cas difficiles qu'ils arrivent à perdre les patients. Le médecin anesthésiste (hésite, est-ce qu'ils sont des médecins ?) l'anesthésiste elle m'a aussi dit la même chose que sur dix patients, ils perdent 0,25% en terme de statistiques. Donc c'est une opération certes mais que je ne devrais pas avoir peur. Ça a été ça, ils m'ont remontée, ils m'ont redonné de la force et le courage d'affronter le traitement ».

Familial, la place et la réaction de la famille occupent une place primordiale dans l'acceptation de la maladie.

« Si je peux me permettre de le faire, mon mari, ma famille, ils ont été pour moi une épaule où je pouvais poser la tête pour pleurer, ils ont été pour moi des moteurs de la consolation, hummm cet état pour vous dire la vérité a façonné mon mari parce que c'est un monsieur qui a été habitué que j'étais la machine à tout faire, à faire vite et à bien faire. Quand je suis entrée dans ces crises, où il pouvait sortir le matin, il me laisse couchée, il revient il me trouve dans la même position, il a compris que j'étais touchée, il force même pour que je mange je ne mangeais pas. Il a commencé au début à vouloir gronder, à vouloir prendre la chose avec force que oh mange c'est quoi ? je le regardais seulement, et quand il a fait ça deux ou trois fois il a compris que il fallait changer de méthode, il a commencé à me supplier, à me demander ce que ma bouche peut accepter, s'il fallait aller à la boulangerie pour acheter, même jusque-là hein. Parfois j'avais envie de manger pour lui faire plaisir mais le corps refusait, les enfants ils sont tout petits, celle qui est un peu consciente n'est plus avec nous, les plus petits là même eux ils ont remarqué que quelque chose n'allait pas, parce que je n'avais pas encore trouvé les mots justes pour leur donner ma position sanitaire, les mots justes pour les amener à comprendre que maman n'allait pas bien et voici et voilà. Jusqu'au jour où le plus jeune je ne sais pas comment il a fait, son grand-frère prend ma lame pour utiliser il lui dit « n'utilise pas la lame de mama elle a le cancer ». C'est en ce moment que j'ai pris le courage de les appeler

avec l'accord de leur père. Et c'était à un mois de l'opération, je leur ai dit ils ont pleuré et ça m'a encore mis mal à l'aise. Donc le plus jeune quoiqu'il était au courant il s'est mis à pleurer en me demandant mama tu vas mourir ? et l'aîné me dit que moi je sais que les gens qui ont le cancer ne vivent pas, je leur ai dit non les choses ont changé, à l'hôpital on guérit il faut seulement supporter le traitement, ils ont aussi adopté d'autres habitudes dans le sens de m'accompagner, à leur niveau ils m'ont aussi accompagnée. Ainsi que mes frères, mes sœurs, mes amis, je n'ai pas rencontré quelqu'un de violent, quelqu'un de non sensible face à cette situation jusqu'au jour de ce jour. Il y a ça, il y a comme je l'ai dit au départ, tous ceux qui sont autour de moi m'ont accompagnée. Même quand il fallait aller à l'hôpital, j'avais une grande fille ici à la maison, elle claquait la porte de l'école pour m'accompagner, et le soutien moral venant de plusieurs personnes, beaucoup de gens me soutiennent je ne peux pas parler au passé, je venais de te dire que mes produits vont jusqu'à 500.000FCFA par mois, c'est-à-dire le mois même où je combine les trois traitements je suis à plus de 600.000 car j'ai un produit de 460.000, un produit de 25.000, et l'injection de 160.000 que je prends après trois mois, tu vois que quand tu totalises tout ça... ma situation d'enseignante seule je ne pouvais pas, mon mari. Et mes enfants, certains restent même bébé mais ils s'en sortent et me donnent beaucoup de force aussi, et ma vieille maman je pense à elle, beaucoup de gens me donnent la force d'avancer, je ne peux pas parler de mes amis, je ne peux pas, je suis accompagnée. »

Amical, la patiente MILA s'est sentie accompagnée de tous. Personne de tous ceux qui ont été au courant de son état ne lui a tourné le dos :

« Donc tous ceux à qui je prends le courage de raconter, même sans raconter, bref les gens m'ont accompagnée, personne n'a été insensible dans cette situation. Si on me demande de dire merci, je ne sais pas par où je vais commencer hein ».

« Donc beaucoup de gens m'accompagnent j'ai ce soutien et ça me donne la force de lutter, la force de tenir bon. »

- ZARA

• Ressources internes mises en place

La patiente ZARA face au traumatisme qu'elle vit met en place certains mécanismes de défense. Nous pouvons citer entre autre, l'anticipation, l'intellectualisation, la projection, le déni.

L'intellectualisation est très utilisée par la patiente :

« Mais la vie hein. Faut dire que la vie humaine c'est un mythe hein quand tu fais quelque chose tu ne sais pas que ce que tu fais tu sais pas où ça va te mener bref, pour parler des relations humaines c'est complexe »

L'anticipation :

« Je me suis adaptée au traitement j'ajuste aussi et il faut dire que je prends beaucoup de compléments alimentaires hein ce qui fait que ça atténue les effets de la chimio donc ça passe. Comme là maintenant j'ai pris les comprimés, j'ai ma boîte là je bois deux matin deux soir quand la boîte finit j'achète l'autre or elle par exemple (pointant une voisine de lit) elle a commencé à vomir elle n'avait pas elle n'avait encore rien pris, après avoir pris il va de soi qu'elle vomisse ou peut-être elle a autre chose. »

La mentalisation :

« Mais il faut dire que j'ai appris à surmonter tout ceci, j'ai appris à comprendre que je dois vivre avec ces bobos là jusqu'à ce que le médecin me dise que c'est fini donc... »

« C'est carrément un système d'ADN qui est dérégulé il faudrait chercher à remettre en place, ça prendra combien de temps ? point d'interrogation donc c'est un peu ça, je suis entrain d'accepter comme ça »

« J'ai été licenciée. Mon travail me permettait d'avoir une vie décente, c'est vrai ils m'ont dédommagée, ça m'a permis de finir ma maison ; je ne m'imaginais pas que ce serait si long, je n'aurais pas construit la maison, le traitement est cher, très cher, même si tu as l'argent comment sur le long terme ça devient difficile de tenir. J'avais les amies, des copines on sortait je les emmenais dans des restaurants chics j'avais un peu hein les weekends c'était la folie on se baladait, je les assistais..., on peut avoir mille amis mille frères et sœurs, mille je ne sais quoi quand on est en santé dès que tu tombes malade pour un début peut-être cinq cents vont un peu t'appeler pour savoir de quoi tu souffres venir même t'assister. »

- **Ressources externes mobilisées**

La patiente ZARA fait allusion à plusieurs ressources qui lui ont donné la force de se relever et de se battre contre la maladie. Elle cite sa famille, sa meilleure amie et surtout la découverte des bienfaits de la foi en DIEU. Elle parle également d'une grande disposition financière qui lui a permis pendant bien longtemps de vivre ce

moment difficile avec un peu plus de sérénité que plusieurs autres malades.

Sa famille :

« Imagine que je suis à quatre ans, les seules personnes qui me restent c'est ma mère qui vit encore, ma grand-mère vraiment et je leur tire un grand coup de chapeau, elles ne sont pas à côté de moi hein mais elles m'appellent tous les jours matin et soir. Ma grand-mère qui a quatre-vingt-dix ans m'appelle tous les jours matin et soir et elle dit ma fille moi je suis à quatre-vingt-dix ans je ne sais pas ce que toi tu as à 50 ans ce n'est pas possible tu vas guérir, ça me donne le goût. »

« Heureusement Dieu m'a donné un mari qui était vraiment pour moi, il a appris à s'adapter mais ça n'a pas été évident. Mes enfants avaient peur, ma fille chaque fois qu'elle revenait de l'école venait se rassurer que j'étais bien vivante, son frère on dit souvent que les garçons sont indifférents, mon fils s'occupait aussi de moi ; c'était très dur pour moi de voir mes enfants souffrir comme ça mais je n'y pouvais rien. Je t'assure ils ont été ma force avec leur père, leur amour m'a soutenue. »

L'amitié :

« Mais dans la vie on a toujours une ou deux personnes sûres à qui on est accro hein. Donc j'ai une sœur amie qui jusqu'aujourd'hui est avec moi c'est vrai on s'est connues quand elle était très bien et après elle est tombée et on s'est supportées, aujourd'hui je suis tombée elle me supporte ; lorsque je regarde souvent les gens parlent de tribalisme tout ça moi ça m'amuse, je dis souvent que parce qu'ils n'ont encore rien vu ils n'ont pas entendu ils n'ont pas vu hein... moi je suis Bamiléké de l'Ouest, ma meilleure amie qui est restée collée à moi est Bulu tu vois un peu tu vois le paradoxe de la vie non, c'est un peu comme ça la vie. J'ai rencontré des femmes ici dans le même cas qui m'ont dit que le mari n'a pas pu supporter et elles se sont retrouvées seules, le mari a fui, même assister financièrement rien, ils ont préféré aller se mettre avec une autre femme tu imagines, la personne qui est sensée te soutenir plus que tous les autres, le père de tes enfants t'abandonne et avec les enfants hein. Donc quand je pense à ces cas je me dis que j'ai beaucoup de chance même s'il y a eu des moments d'irritabilité aussi. Bon quand j'étais à l'étranger la distance ne s'est pas trop fait ressentir parce que étant là-bas j'avais la possibilité de communiquer avec mon mari mes enfants tous les jours via WhatsApp quoi. On n'était pas distants l'un de l'autre ».

Les bienfaits de la foi en DIEU :

« Mais ce qui a encore fait ma force c'est que je sais pas si scientifiquement, comme je t'ai dit j'étais une femme de science, j'aime la science ce qui fait que je n'avais pas trop foi en Dieu quoi j'avais abandonné même carrément ma foi chrétienne pour m'orienter vers ma recherche d'argent mais aujourd'hui avec le recul que j'ai eu je me suis carrément reconvertie, je pense que ça me fait aussi une grande force les prières. Donc c'est aux prières maintenant que je vis avec mes enfants mon mari, à chaque fois on prie Dieu qu'il me garde en vie parce qu'il faut dire que les chimio ne sont pas faciles les prix de chimio sont très très agressifs et Dieu merci on parvient à jongler à s'en sortir et... donc je vis maintenant grâce à Dieu, les prières. Je suis évangélique protestante, dès que j'ai un peu d'énergie je pars à l'église, si un dimanche me trouve à la maison ce que la chimio m'a fait ça. »

L'expérience des autres :

« Et par rapport à la vie en causant avec les amies qui sont malades aussi, d'autres dames, j'ai repris goût à la vie hein ; accepter de vivre avec un sein c'est pas facile mais comme j'ai dit heureusement il y a des prothèses et ça passe. J'ai été en contact avec plusieurs dames qui ont fait le cancer c'est vrai uniquement du sein avec des mastectomies qui sont bien, celles qui sont guéries ça fait dix ans, quinze ans et qui n'ont pas de souci, ça m'a donné du goût reprendre quoi goût à la vie quoi, le goût à la vie. Personnellement sans vraiment ces chimio ci qui me fatiguent là et beaucoup de problèmes financiers, vous savez lorsqu'on n'a pas de santé on ne peut rien faire, on ne peut rien produire, c'est ça qui m'affecte aujourd'hui c'est ça qui m'affecte sinon vraiment s'il y avait, si j'avais des sources de financement pour mon traitement je n'allais même pas trop me plaindre. Parce qu'aujourd'hui j'ai compris que la maladie sévère est différente des autres pathologies par exemple les infections, par exemple le VIH c'est deux mondes différents beh; de toute façon je prie Dieu qu'il m'aide quoi»

5.3.2 La culture

La culture est un volet très marqué dans le contexte camerounais. La culture influence grandement la manière de voir les choses, elle offre une grille à travers

laquelle la patiente va se percevoir. La maladie dans le contexte camerounais a souvent des origines diverses. Très particulièrement, son origine est externe à l'individu. Les deux participantes n'ont pas dérogé à la règle, même si par la suite elles se sont rétractées, reconnaissant qu'en fin de compte l'origine de la maladie est d'ordre physiologique.

- MILA

« A un moment j'ai pensé que c'était un sort qui m'a été lancé mais ce qui m'a fait tout de suite abandonner ce côté c'est que généralement, on dit que ce qu'on a fait dans la nuit ne se voit pas le jour à l'hôpital. Si déjà l'hôpital a pu voir ce qui n'allait pas en moi, j'ai compris que, et j'ai aussi essayé de faire des petites recherches à mon petit niveau, j'ai compris que mon organisme était mon propre ennemi, l'organisme de quelqu'un peut s'avérer son propre ennemi à un moment de la vie, je n'ai pas trouvé, je n'ai pas trouvé que c'était de la sorcellerie. Est-ce qu'on voit la nuit à l'hôpital ? c'est ce qui m'a fait abandonner cette idée. Tu pars à l'hôpital, on ne voit rien alors que toi tu es malade. On détecte ça chez le marabout, les tradipraticiens, le pasteur ; donc c'est ça qui m'a enlevé ça. Certes mes deux milieux que je fréquente sont l'hôpital et l'église mais l'idée-là n'a pas trop duré, je ne me suis pas attardée sur ça mais je suis une africaine, cette idée a été là mais je me suis très vite ressaisie. »

- ZARA

« Oui j'étais allée au village quelque temps avant ma maladie pour qu'on me mette sur la chaise des supérieurs, chez nous il y a une cérémonie là, une façon de vous reconnaître comme faisant désormais partie des grandes élites du village sur qui on peut compter, donc j'y étais allée j'avais remplie toutes les conditions qui avaient été posées, j'avais acheté tout ce qui m'avait été demandé et on m'avait donc fait asseoir au cours de cette cérémonie sur la chaise là, c'est pas tout le monde qui s'assoit là-dessus hein. C'était un grand moment pour moi et pour ma famille que j'ai beaucoup aimé, j'étais très fière de compter désormais parmi les personnes importantes du village. C'est lorsque nous rentrons de là que à peine un mois je tombe malade, directement j'ai pensé que la cérémonie était biaisée peut-être qu'on m'avait vendue là-bas ; mais ensuite j'ai laissé cette idée. Le bon côté des choses aujourd'hui est que je suis devenue très croyante et pratiquante moi je n'allais pas à l'église hein, à peine mais aujourd'hui j'y vais chaque fois que je me sens un peu mieux, je suis évangéliste je t'ai dit non, je suis très engagée maintenant dans les mouvements de l'église. Donc

maintenant je sais que le Seigneur est au-dessus de tout, ça m'a permis d'oublier l'idée que peut-être c'est un truc qu'on m'a fait. »

La recherche du sens à donner à la maladie amène ZARA, sous l'influence de sa famille, à douter de son mari. En effet, pour sa famille, son mari est celui qui a essayé de « vendre » son épouse. Il est donc celui qui connaît la cause de sa maladie :

Tout comme MILA, ZARA a abandonné l'idée selon laquelle sa maladie pouvait avoir une connotation culturelle. Elle a préféré se convertir et se baser sur sa foi pour la suite du traitement. ZARA est désormais évangéliste croyante et pratiquante. Sa maladie tire son origine de la volonté de DIEU, peut-être s'est-Il servi de sa maladie pour la ramener à Lui ; elle n'avait pour seule inquiétude que sa recherche effrénée du gain, ceci lui avait fait oublier le chemin qui mène vers le temple. Elle nous dit :

« Le bon côté des choses aujourd'hui est que je suis devenue très croyante et pratiquante moi je n'allais pas à l'église hein, à peine mais aujourd'hui j'y vais chaque fois que je me sens un peu mieux, je suis évangéliste je t'ai dit non, je suis très engagée maintenant dans les mouvements de l'église. Donc maintenant je sais que le Seigneur est au-dessus de tout, ça m'a permis d'oublier l'idée que peut-être c'est un truc qu'on m'a fait. »

« Il faut dire autre chose c'est quoi c'est que moi j'ai eu la chance d'avoir un mari, vous savez non au pays Bamiléké quand la femme tombe malade qui veut le tuer c'est son mari non ? malgré tout ça ce monsieur est resté fidèle, il a été accusé, à un certain moment on m'a même convaincue à dire que oui c'est lui mais après quand j'ai connu Dieu, j'ai dit quelle que soit l'origine que le Seigneur prenne le contrôle de tout cela et que je me relève. J'ai recommencé à être bien avec mon mari sans réticence, sans rancœur et tout ça. Ce monsieur pour moi je sais pas quel qualificatif donné parce que j'ai vu des femmes dès qu'elles ont un sein qui est enlevé le mari disparaît, nombreuses hein, les hommes disent qu'ils ne supportent pas, dès qu'on déclare que quelqu'un est malade on fuit ; celui-ci il est resté jusqu'aujourd'hui, voilà quatre ans qu'il me supporte et il supporte il a gardé mes enfants, nos enfants quand j'étais à l'étranger donc il faut dire que vraiment ce monsieur, je sais pas comment le remercier hein. Vous voyez que c'est une grâce que j'ai eue alors que si j'avais écouté la bouche des gens que c'est lui qui veut me tuer peut-être j'aurais même fait le scandale ou fui la maison pour aller en famille et mourir même là-bas c'est cette chance là que j'ai eue par la grâce de Dieu et avec mes enfants que j'ai à la maison.

Je loue l'Eternel parce que Il m'a donné mon mari qui est à mes côtés, qui est avec moi tous les jours, il me garde il garde les enfants. »

5.3.4 L'estime de soi

Chacune des participantes à notre étude a une idée claire de ce que c'est que l'estime de soi. Elles la définissent comme la perception qu'elles ont d'elles-mêmes, comme la valeur qu'elles se donnent.

Au départ, chacune des participantes se sent bien ancrée dans la vie avec une vie harmonieuse et équilibrée. Mariées, elles ont connu la joie de la maternité, elles ont chacune un travail intéressant, elles ont des projets, chacune vit chez elle. Elles se donnent de la valeur car elles sont toutes les deux autonomes. La maladie vient malheureusement remettre en question la perception qu'elles ont chacune d'elle-même.

- MILA

Avant : *« je ne savais pas en ce moment-là que j'étais importante, je ne savais même pas que j'étais utile (rire) même les gens qui sont autour de moi ne savaient pas que j'étais utile. Le problème c'est quoi ? j'avais la possibilité de me lever le matin, je fais ma petite prière, je porte mon seau d'eau, je pars me laver, je sors, je reviens, je prépare, je mange, je n'avais pas de souci pouvant m'interpeller moi-même que arrête toi d'abord et regarde il y a quelque chose qui ne va pas ; donc je ne savais pas que (je vais exprimer ça comment ?), je ne savais pas que j'étais utile à moi-même d'abord, et aux autres ensuite donc tout ce que je faisais je savais que c'était mon quotidien, les enfants qui revenaient de l'école, ils trouvaient tout prêt, je ne savais pas, je ne savais pas, jusqu'à ce que la maladie arrive et qu'on commence à me faire les chimio ; c'est là où je me rends compte que même pour manger j'ai besoin de l'autre, je ne suis plus utile à moi-même ; je ne me donnais pas moi-même cette valeur, honnêtement parlant ».*

Après : *« je me dis que je suis inutile hein, depuis la maladie là je crois que je suis inutile, pour dire vrai je ne sais pas, je crois que je suis inutile (...) parce que jusqu'au jour de ce jour, je ne suis pas apte à faire mes choses comme je le faisais avant c'est -à-dire que je pouvais me lever un matin je pars à l'école, j'enseigne je rentre, je vais*

au marché, je porte mon sac, je reviens, je prépare, maintenant si je pars à l'école, je rentre étant fatiguée plus que tout. Un petit sac, à partir de 2-3 kg là je ne peux plus porter, il faut toujours appeler quelqu'un que viens porter le sac ; mon seau d'eau pour aller me laver il faut que quelqu'un porte, mes habits il faut que quelqu'un les lave, parce que quand je... je voulais même balayer ici le matin, j'ai eu une gêne après quelques exercices avec le bras, je suis obligée d'abandonner ; dans le sens physique je ne suis pas autonome ».

MILA, elle, avait une bonne perception d'elle-même avant sa maladie car elle se sentait utile. Elle vaquait à ses occupations et prenait soin des siens. Aujourd'hui, il ressort de son discours un sentiment d'inutilité causé par la perte de son autonomie. Ce qui sape la perception qu'elle a d'elle-même désormais.

- ZARA

Avant : *« moi j'étais une lionne hein »*

Après : *« vous savez euh généralement hein lorsqu'on est malade on est affaibli et le mental il est très important dans ce qu'on fait si je commence à dire que oh je ne suis rien oh machin truc je vais sombrer non ? ce qui fait que moi j'ai même souvent les problèmes avec le personnel soignant parce que je recule moi je ne me sens pas diminuée malgré la maladie j'essaie de positiver autour de moi, j'essaie d'être gaie de consoler même certains, d'autres malades aussi, moi on m'a consolée au début donc vraiment par rapport à ma personne si on avait une échelle de 1 à 4 je devais me mettre à 3 hein, je ne peux pas me mettre à 4 je me mets à 3 parce qu'il y a des moments où je franchis quand même le pas je pleure un peu avant de me ressaisir mais je finis toujours par me ressaisir c'est comme ça ; ce qui m'amène à pleurer ? vous savez ce que c'est qu'un lion qui est couché ? quand le lion est couché et vous savez généralement on est entouré par des personnes on leur a appris qu'on doit tout faire donc au point où à côté de vous ils dorment eux. Maintenant vous êtes couchée et vous les voyez faire quand vous leur dites faites ceci ils ne le font pas comme vous voulez et tout ça c'est énervant, c'est choquant vous voyez un peu ? c'est ce genre de choses qui font souvent que je me dise pourquoi je me retrouve même ici pour demander tel service à tel pour qu'il m'emmerde vous comprenez ? on se sent diminuée parce qu'il y avait des choses qu'on faisait avec aisance ; et on se rend compte tu vois si j'ai par exemple un dossier que je veux faire quelqu'un... ou bien je veux même laver mon sol tu dis à quelqu'un lave moi e sol là il te prend une demi-*

journée pour laver un sol que tu lavais en 30 minutes. Ça fait tiquer non ? tu rentres dans ta chambre ça t'énerve tu dis ça c'est quoi ? pourquoi est-ce que Dieu m'a enlevée ce pouvoir, cette autonomie-là hein ? et c'est autant de choses. Il y a des moments aussi où je regarde mes enfants tous jeunes surtout ma fille toute jeune je me dis est-ce qu'un jour elle aura la chance d'aller à l'école comme sa maman ? vous voyez un peu ? ça me fait pleurer est-ce que Dieu va me donner la chance de la pousser ne serait-ce qu'à l'université ? ça me fait pleurer. Après tout en lisant la bible, en écoutant les autres on comprend que ça ne sert à rien de se lamenter faut laisser que la volonté de Dieu soit faite voilà c'est un peu ça. »

ZARA se sent diminuée et regrette amèrement son autonomie perdue. Elle se compare à une lionne ; ce qui dénote qu'elle avait une très haute estime de soi. Le revers est d'autant plus fort pour elle, elle utilise la rationalisation et l'intellectualisation une fois encore pour rendre la souffrance psychique supportable.

5.3.5 Les éprouvés

Dans cette partie de notre étude, nous allons analyser les sentiments et émotions qui ont succédé dans la vie de nos participantes depuis l'annonce du diagnostic de cancer jusqu'à nos jours. Nous savons que le cancer est une maladie terrifiante de par son caractère grave et mortel, il suscite en chacune de nos patientes des éprouvés communs pour certains et assez différents pour d'autres.

5.3.5.1 Les éprouvés avant et après le diagnostic

Les deux participantes de notre étude ont en commun le vécu avant la maladie. En effet, elles avaient une vie bien rangée et épanouie marquée par un foyer stable, des enfants, un bon boulot satisfaisant, une famille, des amies. Elles ont chacune une estime de soi bonne. C'est l'installation de la maladie qui est venue tout bouleverser.

L'annonce de la maladie se passe de manière différente chez nos deux participantes. Tandis que l'une s'est rendue dans une structure sanitaire à la suite d'un nodule constaté dans son sein, l'autre découvre par un pur hasard son problème de cancer du sein. Elle était en effet prise en charge pour autre chose. D'autre part, l'une a des informations sur la maladie tandis que l'autre n'en sait rien du tout, pour elle c'est une maladie comme les autres qui passera très rapidement. Elle reçoit donc son diagnostic dans une indifférence totale., son ignorance jouant à merveille le rôle

de pare-choc.

La mastectomie est le moment le plus crucial, qui aura causé le plus grand traumatisme surtout chez ZARA qui dit : *« Mais c'est quand je suis sortie du bloc parce qu'en fait il faut dire que je suis allée au bloc pour... par rapport à mon sein, c'était pour enlever les nodules ; je n'ai même pas été préparée que mon sein serait enlevé, je suis sortie du bloc avec un sein enlevé c'est ça qui m'a vraiment traumatisée, c'est ça qui m'a traumatisée et je n'ai plus jamais revu cette dame qui m'a opérée jusqu'à ce que je parte de là. Moi j'avais été traumatisée, ce qui fait que vraiment l'accueil de cette diminution n'a pas été facile »*

Cette déclaration de la participante ZARA nous montre à suffisance l'importance de la préparation à l'épreuve à venir. Non seulement la patiente n'a pas eu d'information à propos de sa maladie, mais encore elle n'a pas été préparée à la situation traumatisante causée par l'ablation du sein. Et pire encore le diagnostic sera faussé dès le départ, ce qui entraînera forcément un traitement non approprié et une prise en charge approximative. Ces différentes étapes contribueront à une acceptation assez difficile des retombées de la situation par la patiente.

La patiente MILA, elle, est diagnostiquée après qu'elle ait découvert une boule dans son sein. Elle a une idée assez claire du cancer, c'est donc dans une grande appréhension qu'elle attend le verdict final de son diagnostic. Lorsque celui-ci tombe et lui confirme ce qu'elle redoutait au fond d'elle, c'est la catastrophe : elle entre en état de choc. On s'attendrait à ce qu'elle éclate en sanglots mais non, le choc est tellement grand que c'est la stupeur totale. Elle entre dans un moment d'égarement où ses émotions sont incontrôlables, elle-même déclare : *« j'ai d'abord perdu la connaissance hein, pas que je suis tombée, mais dans la salle de consultation, j'ai senti un vide au niveau de ma tête, un vide et ce jour j'étais seule et quand je me suis levée, je suis partie de là, je ne sais pas si c'est important de dire hein... »*.

« Je suis partie de l'hôpital jusqu'à la mobil omnisport à pieds, je ne savais pas, je marchais, c'est quand la voiture a essayé de me percuter que je me suis réveillée de mon sommeil, parce que je marchais, dans ma tête hein, je vous jure je dormais. Donc toute cette marche là je n'étais pas moi-même jusqu'à ce que la voiture là et le chauffeur m'a grondée c'est là où je me suis réveillée de mon sommeil, j'ai pris conscience, j'ai traversé la route, je suis rentrée ».

Chacune des patientes a également affronté ces moments seule. La patiente MILA déclare *« et ce jour j'étais seule »* ; ZARA nous dit *« déjà il faut dire que à*

l'étranger je n'avais pas de garde-malade, j'étais seule ». Elles ont géré en solo leurs émotions loin et à l'insu de leurs familles respectives. Cet état des choses leur a donné d'être maîtresse de l'information les concernant, et de choisir le moment idéal pour en parler. Cela a également eu comme avantage pour les patientes de prendre du recul par rapport aux émotions de leur entourage. Elles appréhendent ainsi mieux les réactions de celui-ci.

5.3.5.1.1 Le sentiment de mort imminente

La découverte du statut de malade de cancer, puis les chimiothérapies et leurs retombées invivables, pour l'une et l'autre des patientes a été accompagnée par la suite d'un sentiment de mort imminente. Chacune a associé au cancer l'idée de la mort, la mort étant synonyme de séparation, nos deux patientes vivent dans une grande angoisse. Elles ont peur que la mort ne les empêche d'atteindre leurs objectifs.

Pour la patiente ZARA, sa peur de la mort est essentiellement liée à l'éducation de ses enfants, surtout de sa fille dont elle aimerait qu'elle suive ses pas. A ce propos, elle déclare :

« Il y a des moments aussi où je regarde mes enfants tous jeunes surtout ma fille toute jeune je me dis est-ce qu'un jour elle aura la chance d'aller à l'école comme sa maman ? vous voyez un peu ? ça me fait pleurer est-ce que Dieu va me donner la chance de la pousser ne serait-ce qu'à l'université ? ça me fait pleurer. Après tout en lisant la bible, en écoutant les autres on comprend que ça ne sert à rien de se lamenter faut laisser que la volonté de Dieu soit faite voilà c'est un peu ça. »

Pour la patiente MILA, sa peur de la mort est en lien direct avec d'abord le diagnostic car elle a une bonne connaissance de la maladie, ensuite l'opération. Pour elle, le bloc opératoire est un tueur d'êtres humains : on n'en ressort pas vivant. Son appréhension est calmée par l'équipe médicale qui la rassure sur sa compétence, sur la qualité du plateau technique, et surtout sur l'avancée de la science.

« Ça n'a pas été facile, pour être honnête envers moi-même, ça n'a pas été facile, je savais que c'était la fin, je savais que c'était la fin, je savais que mes jours étaient comptés, je savais que c'est les maladies chroniques qui ne guérissent pas, bref j'ai compris que c'était la fin hein »

5.3.5.2 Les retombées socioéconomiques

Pour chacune de nos patientes, le vécu de la maladie depuis l'annonce du cancer a été un vrai parcours du combattant. Elles sont toutes les deux à plus de deux ans de traitement. Sachant combien la santé en général a un coût élevé, il va de soi qu'une maladie au long cours est un véritable calvaire socioéconomique, peu importe le statut social auquel on appartient. L'une et l'autre font allusion aux retombées sociales et économiques que leur maladie a dans leurs vies respectives.

- ZARA

Pour ZARA, la maladie lui a fait perdre des personnes auxquelles elle tenait. Lorsqu'elle était en santé, elle éprouvait un grand plaisir à prendre soin des autres, à les assister, à les aider en cas de demande ; mais hélas, aujourd'hui où sa santé est devenue précaire, ZARA a attendu en vain le retour d'ascenseur de ses relations d'antan, elle n'a rien vu venir : ses ami(e)s l'ont abandonnée, ses cousins l'ont laissée tomber, ses propres frères et sœurs n'ont pas été capables de surseoir à leurs occupations pour venir prendre soin d'elle quelques temps. ZARA a dû affronter l'illusion de l'amitié, des relations interpersonnelles. C'est une situation qui engendre de la souffrance chez elle bien qu'elle essaie de relativiser. Elle nous dit : *« J'avais des amies, des copines on sortait je les emmenais dans des restaurants chics j'avais un peu hein les weekends c'était la folie on se baladait, je les assistais... (elle se tait à nouveau un moment) mais la vie hein. Faut dire que la vie humaine c'est un mythe hein quand tu fais quelque chose tu ne sais pas que ce que tu fais tu sais pas où ça va te mener bref, pour parler des relations humaines c'est complexe, on peut avoir mille amis mille frères et sœurs, mille je ne sais quoi quand on est en santé dès que tu tombes malade pour un début peut-être cinq cents vont un peu t'appeler pour savoir de quoi tu souffres, venir même t'assister. Mais dès que tu vas rester au lit sur place là un an même on t'oublie non. Imagine que je suis à quatre ans, (...). Les amis vraiment il faut dire que c'est dans les oubliettes non, c'est rare que un ami même t'appelle, te fasse un whatzap ça c'est vraiment rare. Si je te dis que depuis que je suis malade c'est le vide total, il y en a même qui ne m'ont jamais appelée même une fois pour prendre de mes nouvelles tout le monde a disparu. Bon les frères si tu avais les cousins oublie-les, ils n'existent plus à la limite c'est les frères même mère même père là qui vont de temps en temps comment tu vas et tout ça. »*

Le volet financier est un volet dont l'intérêt est de la plus haute importance. Il est comme qui dirait « le lieu du nerf de la guerre ». En effet, sans argent il n'y a pas de

traitement. Les soins en oncologie sont extrêmement coûteux, cela demande une réserve énorme pour s'en sortir sans l'aide des autres. La patiente ZARA a perdu à cause de sa maladie sa première source de financement, son travail. Cela a été un autre moment qui a été difficile à passer. Elle nous dit :

« J'ai été licenciée. Mon travail me permettait d'avoir une vie décente, c'est vrai ils m'ont dédommagée, ça m'a permis de finir ma maison ; je ne m'imaginais pas que ce serait si long, je n'aurais pas construit la maison, le traitement est cher, très cher, même si tu as l'argent comment sur le long terme ça devient difficile de tenir. »

Elle est obligée de développer des stratégies d'adaptation pour pouvoir assurer son traitement régulièrement :

« Donc c'est vraiment maintenant que je commence à sentir vraiment le poids financièrement et il faut dire je suis même déjà entrain de me convertir en mendiante, je n'ai pas honte hein capacité d'adaptation non ? je m'adapte donc moi ça ne me coûte rien de dire à ma petite sœur que envoie moi la nourriture beh je suis... de dire à un ami vraiment c'est compliqué je n'ai plus d'argent pour faire mes chimio ; c'est vrai que ça devient c'est un peu difficile parce que eux me connaissant et voyant comment je me comporte aujourd'hui c'est le jour et la nuit hein mais c'est pile et face directement vous voyez un peu ? »

- MILA

La patiente MILA n'a pas connu les mêmes déboires ; son entourage est resté et a répondu présent. Elle a été accompagnée par sa famille, ses amis, ceci lui a procuré une certaine sérénité et l'a aidée dans son acceptation de la maladie.

« Si je peux me permettre de le faire, mon mari, ma famille, ils ont été pour moi une épaule où je pouvais poser la tête pour pleurer, ils ont été pour moi des moteurs de la consolation, hummm (...), ils ont aussi adopté d'autres habitudes dans le sens de m'accompagner, à leur niveau ils m'ont aussi accompagnée. Ainsi que mes frères, mes sœurs, mes amis, je n'ai pas rencontré quelqu'un de violent, quelqu'un de non sensible face à cette situation jusqu'au jour de ce jour. Donc tous ceux à qui je prends le courage de raconter, même sans raconter, il y a un voisin qui m'a dit que sa mère aussi est dans cette situation, bref les gens m'ont accompagnée, personne n'a été insensible dans cette situation. Si on me demande de dire merci, je ne sais pas par où je vais commencer hein »

Chez la patiente MILA également, il est impossible de rester impassible face au coût élevé du traitement. Son statut de fonctionnaire n'est en rien une garantie. Elle reconnaît que toute seule, elle n'aurait jamais pu tenir face aux exigences financières du traitement. Elle a été accompagnée pendant la phase très critique de sa maladie et continue de l'être aujourd'hui. Elle a tenu grâce aux forces jumelées de la famille, des amis et connaissances, ainsi que de l'assurance qui a joué un grand rôle.

« Beaucoup de gens me soutiennent je ne peux pas parler au passé, je venais de te dire que mes produits vont jusqu'à 500.000FCFA par mois, c'est-à-dire le mois même où je combine les trois traitements je suis à plus de 600.000 car j'ai un produit de 460.000, un produit de 25.000, et l'injection de 160.000 que je prends après trois mois, tu vois que quand tu totalises tout ça... ma situation d'enseignante seule je ne pouvais pas, mon mari, l'assurance car nous sommes assurés mais l'assurance ne couvre pas tout »

Le coût élevé des soins est un véritable défi à relever pour nos participantes. Chacune reconnaît l'importance cruciale de l'apport externe ; sans cet apport, les paramètres auraient certainement été très différents.

5.3.5.3 Les éprouvés de la maladie

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946). Ce qui signifie que la maladie est ce qui va à l'encontre de la santé ; la maladie est ce qui va aller à remettre en question la santé. L'OMS définit la maladie chronique comme un problème de santé qui nécessite une prise en charge pendant plusieurs années, souvent associé à une invalidité et à la menace de complications graves (Lhuillier et Waser, 2016). La maladie chronique a des retentissements aussi bien négatifs et, aussi surprenant que cela puisse être, elle a également un retentissement positif.

5.3.5.3.1 Les éprouvés négatifs

Après la découverte de la maladie chez chacune de nos participantes, il a fallu engager un traitement pour essayer de contrer l'évolution anarchique des cellules et leurs conséquences. Celui-ci n'a pas été sans conséquences chez nos patientes. En effet, les patientes se sont essentiellement attardées sur l'effet négatif produit par les chimiothérapies sur leurs vies. Les chimiothérapies ont fait basculer la vie de chacune à un moment ; elles sont passées entre

- des conséquences physiologiques marquées par une fatigue extrême, les vomissements, la perte d'appétit, le dégoût. A la limite, les séances de chimiothérapie sont accusées d'avoir tout déclenché, la patiente MILA nous dit : *« les chimiothérapies ont été pour moi une expérience très très désagréable, très très désagréable. Quand on me fait la première séance de chimio, je suis allée à l'hôpital j'étais en bonne santé physique, donc je ne présentais pas les signes de la maladie, je n'étais pas fatiguée, j'avais l'appétit, enfin physiquement j'étais forte, j'étais en bonne santé même. Quand on finit la séance de traitement, c'était avant midi. Je me suis endormie quand je me réveille à 14h-15h j'ai ressenti une gêne générale c'est-à-dire que de la tête jusqu'aux pieds j'étais malade. Les nausées, tout me dégoutait »*
- des conséquences dans leur vie de couple, l'une et l'autre ont vu l'intimité avec l'époux reléguée au second plan. L'entretien du couple n'était plus une priorité *« c'est là où je prends le dégoût de l'homme, on me fait les chimio jusqu'en juin 2023, pas de rapports sexuels, donc pendant 4 mois, rien. Quand on annonce qu'on doit m'opérer, je perds encore l'envie de vivre enfin j'ai un sentiment (...). Après l'opération j'ai encore fait six mois sans euh sans y penser, déjà que la poitrine me faisait encore atrocement mal et tout ce que ça pouvait engendrer »* ; chez ZARA, ce n'est pas très différent *« Mon mari c'est vrai même les rapports étaient devenus difficiles, on avait fait plus de six mois sans aller ensemble »*.
- des conséquences dans leur vie socioprofessionnelle : l'indisponibilité physique causée par la maladie a engendré la perte de relations sociales et même leur travail, c'est le cas de la patiente ZARA qui nous dit que *« j'ai été licenciée. Mon travail me permettait d'avoir une vie décente, mais la vie hein. Faut dire que la vie humaine c'est un mythe hein quand tu fais quelque chose tu ne sais pas que ce que tu fais tu sais pas où ça va te mener bref, pour parler des relations humaines c'est complexe, Les amis vraiment il faut dire que c'est dans les oubliettes non, c'est rare que un ami même t'appelle, te fasse un whatzap ça c'est vraiment rare. Si je te dis que depuis que je suis malade c'est le vide total, il y en a même qui ne m'ont jamais appelée même une fois pour prendre de mes nouvelles tout le monde a disparu. Bon les frères si tu avais les cousins oublie-les, ils n'existent plus à*

la limite c'est les frères même mère même père là qui vont de temps en temps comment tu vas et tout ça. ».

Elles sont également devenues dépendantes dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes qu'elles ont dû se résoudre à confier à d'autres personnes. Cette délégation n'est pas toujours évidente car elle entraîne pour l'une et l'autre de l'insatisfaction.

- des souffrances psychiques : la maladie a occasionné de la souffrance, de la culpabilité de voir les personnes qu'elles aiment souffrir à cause de leur état de santé. ZARA nous dit « *Mes enfants avaient peur, ma fille chaque fois qu'elle revenait de l'école venait se rassurer que j'étais bien vivante, c'était très dur pour moi de voir mes enfants souffrir comme ça mais je n'y pouvais rien* ». La tristesse est un sentiment omniprésent, à cela se rajoute un sentiment de honte, de regret. ZARA regrette énormément d'être devenue un poids pour sa famille « *aujourd'hui c'est que je suis devenue la charge pour la famille, je suis une charge aujourd'hui et, et c'est pas facile à supporter hein, pour quelqu'un qui a été vaillante, qui a été très autonome, qui se sent aujourd'hui dépendant, c'est assez difficile à vivre* ».

Les patientes n'ont cependant pas seulement répertorié durant les entretiens des retombées négatives. Elles ont reconnu que la maladie a eu un retentissement positif sur elles également. Elles ont développé l'une et l'autre des stratégies d'adaptation pour répondre aux exigences de la maladie et ne pas sombrer.

5.3.5.3.2 Les retombées positives

Nos participantes ont évalué leur parcours, il ressort de cette évaluation du positif qu'elles ont partagé avec nous au cours des entretiens. Ainsi :

- sur le plan développemental, la notion de relations humaines a été revue pour chacune, elles ont l'une et l'autre (re) découvert la richesse de la relation humaine. Pour ZARA, la notion de tribalisme a été banni de son vocabulaire. En effet, la seule amie digne, fidèle et loyale qui est restée malgré tout, est une dame qui appartient à une ethnie autre que la sienne, cette dame a su lui renvoyer le retour de l'ascenseur des moments de soutien qu'elle lui avait apportés, elle est restée malgré son état financier délabré et sa dépendance ; elle apprécie également plus que tout le soutien

moral et financier de sa famille qui la soutient et l'encourage au quotidien, son conjoint qui ne l'a pas quittée malgré sa nouvelle condition asymétrique et faible ; ses enfants qui se sont adaptés, sa mère et sa grand-mère qui lui montrent leur amour indéfectible. Et au-delà de tout, ZARA est devenue chrétienne, elle a retrouvé sa foi qu'elle avait négligée et abandonnée. Elle reconnaît la substitution qu'elle en avait fait au profit de l'argent « *ce que je vais dire par rapport à mon état actuel de santé c'est que euh vraiment la maladie ci m'a permis de me reposer, avant je courais beaucoup j'étais à la recherche effrénée d'argent, j'avais porté toute la famille sur ma tête.* » ; la maladie a ceci de positif aussi qu'elle la dégage de certaines responsabilités, ce qui diminue son inquiétude permanente qui l'animait avant par rapport au bien-être de toute sa famille. Elle affirme pour corroborer nos propos que : « *Ce qui fait aujourd'hui je me repose un peu, je me repose. Voilà le positif que j'ai de tout ça* ».

Chez MILA, la dynamique développementale est plus marquée par le dépassement de soi. Elle a appris à dépasser ses considérations anciennes et à mieux canaliser les émotions, désormais elle accepte que les autres puissent se tromper et donc qu'ils méritent que rigueur ne leur soit pas toujours tenue. Elle cultive un sentiment de bien-être marqué par la recherche de l'harmonie, le pardon alors est sa meilleure arme « *mon expérience vécue de la maladie m'a ouvert l'esprit sur certaines choses. La maladie a renforcé en moi l'esprit de pardon, l'esprit de pardon parce que tu vis sachant que tu es entrain de compter tes jours. Tu te vois entrain de quitter ce monde ayant des rancunes, ayant des petits soucis, ayant des, des malentendus avec des proches, automatiquement tu te rabaisses, même là où tu as raison tu te dis que le monde est vanité, tout passe. Et si tu dois partir ce n'est pas en emportant des, des rancunes. Tu cultives, bon j'ai cultivé, renforcé cet esprit de pardon d'un.* ». La maladie a donné l'opportunité à chacune de se redéfinir.

La maladie a également permis à nos participantes de prendre de la hauteur sur certaines choses, en l'occurrence la mort. Alors qu'au départ, elles voyaient la mort comme une fatalité, aujourd'hui, la représentation qu'elles se font de cet événement a bien évolué. Le fait de la côtoyer au quotidien a rendu l'idée de la mort plus vivable. Si la mort est toujours autant prégnante, elle est cependant replacée dans une autre

dimension, elle ne semble plus faire peur, elle semble prête à être accueillie. La mort a été acceptée, la perception qu'elles ont d'elle est qu'elle est une éventualité à l'aboutissement de la maladie. MILA déclare « *tes jours sont entrain d'être comptés, on ne sait jamais, tout est possible avec cette maladie* ».

5.3.5.4 Le lien à la culture

Vu le contexte dans lequel notre étude est menée, il nous a semblé de bon ton d'invoquer un temps soi peu le volet « culture ». La représentation que se font les patients de la maladie dans une société donnée dépend grandement de la grille d'observation qu'impose la culture de cette société. Le traitement de l'information est alors fortement lié à cette grille d'observation.

Nos participantes ont été toutes les deux à un moment de la maladie confrontée à l'influence culturelle.

La patiente MILA dit « *oui, à un moment j'ai pensé que c'était un sort qui m'a été lancé mais ce qui m'a fait tout de suite abandonner ce côté c'est que généralement, on dit que ce qu'on a fait dans la nuit ne se voit pas le jour à l'hôpital. Si déjà l'hôpital a pu voir ce qui n'allait pas en moi, j'ai compris que, et j'ai aussi essayé de faire des petites recherches à mon petit niveau, j'ai compris que mon organisme était mon propre ennemi, l'organisme de quelqu'un peut s'avérer son propre ennemi à un moment de la vie, je n'ai pas trouvé, je n'ai pas que c'était de la sorcellerie. Est-ce qu'on voit la nuit à l'hôpital ? c'est ce qui m'a fait abandonner cette idée. Tu pars à l'hôpital, on ne voit rien alors que toi tu es malade. On détecte ça chez le marabout, les tradipraticiens, le pasteur ; donc c'est ça qui m'a enlevé ça. Certes mes deux milieux que je fréquente sont l'hôpital et l'église mais l'idée-là n'a pas trop duré, je ne me suis pas attardée sur ça mais je suis une africaine, cette idée a été là mais je me suis très vite ressaisie* ». La patiente MILA a refusé d'interpréter sa maladie selon les yeux de la culture et a préféré se tourner vers la médecine moderne et son interprétation de la maladie.

La patiente ZARA, elle, a vécu des moments difficiles dus à l'interprétation culturelle de sa maladie qu'en avait fait ses proches et qu'elle-même à un moment en avait fait. Sa famille a donné à sa maladie un sens et un responsable : son mari. Elle nous dit « *tu sais que chez les Bamiléké quand une femme est malade c'est son mari qui veut la tuer non* » ; elle renchérit un peu plus loin que « *la bouche des gens que c'est lui qui veut me tuer peut-être j'aurais même fait le scandale ou fui la maison* ».

pour aller en famille et mourir même là-bas ». Elle de son côté a d'abord donné un sens premier à sa maladie, accusant une cérémonie rituelle qui avait eu lieu dans leur village. Elle raconte : *« j'étais allée au village quelque temps avant ma maladie pour qu'on me mette sur la chaise des supérieurs, chez nous il y a une cérémonie là, une façon de vous reconnaître comme faisant désormais partie des grandes élites du village sur qui on peut compter, donc j'y étais allée j'avais rempli toutes les conditions qui avaient été posées, j'avais acheté tout ce qui m'avait été demandé et on m'avait donc fait asseoir au cours de cette cérémonie sur la chaise là, c'est pas tout le monde qui s'assoit là-dessus hein. C'était un grand moment pour moi et pour ma famille que j'ai beaucoup aimé, j'étais très fier de compter désormais parmi les personnes importantes du village. C'est lorsque nous rentrons de là que à peine un mois je tombe malade, directement j'ai pensé que la cérémonie était biaisée peut-être qu'on m'avait vendue là-bas ; mais ensuite j'ai laissé cette idée. »*

Clifford Greertz (1885) nous dit que la culture est le « moyen par lequel l'homme, en développant, à travers les techniques, les arts, et la religion, tente de rendre compte de son expérience interprétative du monde ». MILA comme ZARA, dans leur recherche de sens, ont à un moment donné fait une interprétation culturelle de leur maladie. Elles ont laissé cette idée pour toutes les deux se tourner vers leur foi et Celui qui les incarne : DIEU.

La prière est la base sur laquelle elles ont pris appui pour développer les ressources personnelles dont elles sont dotées pour faire face au choc et au traumatisme causés par la nouvelle situation, celle de mastectomisée. Elles y ont adjoint des stratégies de coping qui leur ont permis également de développer des résistances face à la maladie. A ces ressources internes, se sont rajoutées des ressources externes apportées par leur environnement familial, amical, médical. Les membres de leurs familles loin de les rejeter, les ont acceptées dans leur nouvelle situation. En réponse à cette acceptation et au soutien apporté par leur environnement respectif, les patientes ont développé un niveau acceptable de mentalisation qui leur a permis d'atteindre la résilience.

Elles ont exprimé l'espoir d'un lendemain meilleur, au-delà des rêves qu'elles ont dû abandonner. MILA nous a parlé de son désir d'enfant qui ne pourra malheureusement pas voir le jour, le traitement hormonal qu'elle suit ne le permettant pas.

Les dames MILA et ZARA ont exprimé dans les entretiens leur regret d'avoir perdu leur autonomie. Cet état de chose a développé en elle une régression de la valeur qu'elles se portaient. Chez chacune de nos participantes, nous dénotons une grande souffrance psychique engendrée par l'autonomie perdue.

5.4 Analyse des résultats au test de la résilience

- Patiente MILA

La patiente MILA a obtenu un score de 104 au test de la résilience. Elle a vécu un moment d'effroi au moment de l'annonce et les informations qu'elle avait de la maladie n'ont pas atténué le choc qu'elle a ressenti. Elle a perçu la maladie comme une mort anticipée d'où le sentiment de mort imminente présent dans son discours. La dissociation est le mécanisme de défense mis en avant par la patiente pour faire face à l'angoisse causée par le choc de l'annonce. Les pensées intrusives ont été son quotidien à un moment, développant en elle des pensées de mort. Elle développe à un moment donné de l'évitement, poussée par la peur du jugement des autres. Grâce au soutien de son réseau social et des membres de sa famille qui l'ont soutenue jusqu'au bout, elle a réussi à les dépasser. Elle a de ce fait adhérer plus facilement à la suite du traitement.

On dénote également dans le discours de cette patiente qu'elle oscille entre le clivage et le déni, elle vit au jour le jour, bien qu'ayant accepté sa maladie. La patiente MILA s'attend à mourir à tout moment. Cela cependant ne l'empêche pas de ressentir de l'espoir, elle songe même à accoucher à la fin du traitement.

- La patiente ZARA

La patiente ZARA a obtenu un score de 96 au test de résilience. L'annonce de la maladie a été sans grande conséquence chez car son ignorance de la maladie a agi comme un pare-excitation. La patiente a une haute estime d'elle-même et se trouve un peu invincible. Cette assurance est favorisée par son niveau élevé de vie marqué par ses moyens financiers. L'acceptation de la situation de mastectomisée a été extrêmement difficile, la patiente ne fut pas préparée à cette nouvelle situation. Les ressources internes et externes marquées par le soutien des sien lui ont été d'un grand secours. L'intellectualisation et l'humour ont été ses principaux mécanismes de défense.

La patiente ZARA était le pilier de sa famille dont elle s'occupait. Incapable aujourd'hui de continuer cette tâche, elle est plutôt devenue un poids pour ceux dont elle s'occupait auparavant. Ce changement de statut d'assistante à celui d'assistée produit chez elle un sentiment de culpabilité et de honte.

La patiente une fois la situation acceptée l'amène à développer une attitude positive qui l'amènera à prendre ses responsabilités. Elle cultive l'espoir, la guérison est attendue

5.5 Analyse des résultats à l'échelle d'estime de soi

- La patiente MILA

La patiente MILA obtient un score de 29 à l'échelle de l'estime de soi. Son résultat indique une estime de soi faible. La patiente se sentait belle, pleine d'avenir, elle avait une force intérieure forte. Toutes ces qualités ont été renversées par un grand sentiment d'inutilité. Elle a perdu sa dépendance, sa nouvelle situation de mastectomisée lui donne des raisons d'être peu fière d'elle-même. Elle se sent comme une bonne à rien, n'étant même plus capable de prendre soin d'elle-même, à plus forte raison des autres.

- La patiente ZARA

La patiente ZARA obtient un score de 25. Son estime de soi est au plus bas. Elle est très faible. Elle était le point focal d'une famille dont elle prenait soin. Elle avait une belle situation professionnelle qui lui garantissait un statut financier plus que stable. La dame a vu son monde s'écrouler, et pire son réseau d'amis disparaître. La patiente vit mal ce changement qui sonne comme une condamnation de ceux pour qui elle avait de l'affection. La patiente se sent complètement dévalorisée par ce désintérêt que lui crée sa situation de mammectomisée. Elle développe un sentiment de honte, de culpabilité. Elle s'en veut de son incapacité désormais avérée de s'occuper de tous ceux qui comptaient sur elle. La patiente supporte mal de devoir « mendier » pour vivre, bien qu'elle cache ce sentiment derrière un humour marqué. Sa confiance en soi est très effritée.

Plus que la situation de mastectomisée, la patiente ZARA ne supporte pas sa perte d'indépendance financière. Elle mesure sa valeur à sa capacité à répondre financièrement à toute sollicitation, qu'elle vienne d'elle, des membres de sa famille

ou de son réseau social. Le lien entre sa capacité de répondre à ces sollicitations et son estime de soi est très étroit.

Parvenu à la fin de ce cinquième chapitre où il a été question de la présentation et de l'analyse des résultats des tests que nous avons passés à nos participantes, nous retenons que nos participantes ont obtenu chacune un résultat intéressant au test de résilience. Elles ont su mobiliser les ressources aussi bien externes qu'internes pour se relever de la situation de mort imminente dans laquelle elles se trouvaient, pour atteindre un niveau d'acceptation et faire face aux changements apparus dans leurs vies respectives. Il leur a fallu se réorganiser psychologiquement pour développer leur capacité de résilience. L'estime de soi par contre a atteint des scores faibles, ce qui implique une perception négative d'elles-mêmes. Les patientes ont, l'une comme l'autre, une idée très négative de leur valeur actuelle. Cette valeur a pour fondement l'incapacité de prendre soin d'elles-mêmes et des autres, l'incapacité de vaquer à leurs tâches quotidiennes ; ce qui génère en elles une grande souffrance.

Ce chapitre nous a également renseignés sur la capacité de projection dans l'avenir de nos deux participantes. Elles ont des projets d'espoir, des projets de réalisation de certains de leurs rêves, la participante MILA a fait allusion dans son discours de son désir d'enfant. On dénote un sentiment de regret qui entretient sa faible estime de soi.

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Le présent chapitre est une continuité logique du chapitre précédent dans lequel il a été question des résultats aux tests passés aux participantes et de leur analyse.

Il s'agira dans ce chapitre d'interpréter et de discuter les résultats obtenus sur la base des théories que nous avons évoquées au départ. Nous nous investirons ensuite à les discuter en les référant aux études précédentes, éprouvant ainsi notre question de recherche et notre hypothèse.



6.1 Synthèse des résultats

Il est question de synthétiser les résultats obtenus dans le précédent chapitre. Nous nous servons de notre grille d'entretien, d'une part, nous y avons regroupé quatre thèmes : le vécu avant la maladie, le vécu pendant la maladie, le travail de résilience chez les deux patientes mastectomisées, l'estime de soi ; et des tests de résilience et de l'estime de soi d'autre part.

6.1.1 *Le vécu avant la maladie*

Le vécu avant la maladie chez chacune de nos participantes est marqué par une vie bien rangée et stable. Nos patientes mènent leur vie entre leur famille, le travail et leur réseau social. Elles vaquent à leurs occupations. Elles se trouvent normalement constituées et belles. Elles ont une bonne perception d'elles-mêmes et sont satisfaites de l'image qu'elles renvoient. La représentation de soi est positive. Leur bien-être est situé à un niveau satisfaisant. Elles n'ont pas un problème avec leur estime de soi. Elles s'occupent de leurs familles respectives et répondent sans efforts à leurs besoins. Elles sont autonomes et ont confiance en l'avenir. Nos participantes se cultivaient également sur les maladies actuelles, dame MILA nous dit qu'elle avait des informations assez poussées sur le cancer, bien que n'en souffrant pas. De même, nos patientes vivent dans la lutte pour l'amélioration de leur quotidien, elles travaillent sans relâche et se battent tous les jours pour maintenir à niveau leur statut financier. Nous en avons pour exemple dame ZARA qui n'avait cessé de s'adonner à la recherche effrénée d'argent. En clair, elles se sentent utiles. Et cela les galvanise dans les efforts qu'elles fournissent au quotidien. Elles ont même des projets qu'elles espèrent réaliser dans un avenir plus ou moins proche.

La patiente MILA songe à agrandir la famille en mettant au monde un enfant comme elle le dit « *après Ngoa Ekelle* ».

6.1.2 *Le vécu pendant la maladie*

L'angoisse de la maladie débute avec la découverte de la boule qui conduira à la mastectomie. S'il est vrai que le contexte de la découverte de la maladie est différent chez nos deux participantes, (l'une l'a découvert par une boule lors d'une auto palpation, l'autre l'a découvert de manière fortuite suite à un contrôle pour une affection qui ne concernait pas le cancer du sein), le vécu y afférent est parsemé des

mêmes angoisses. La peur de mort imminente, le choc éprouvé, la difficulté d'acceptation sont partagées par nos deux participantes. Les connaissances de l'une, comme les méconnaissances de l'autre, en ce qui concerne la maladie n'ont pas été une protection pour ces patientes face au choc de la découverte de la maladie. Cet état de chose n'a en rien atténué la panique engendrée.

Le ressenti dû aux chimiothérapies a été le plus difficile à vivre pour nos patientes. Elles sont unanimes là-dessus. Leur ressenti est essentiellement basé sur la culpabilité et la honte : culpabilité de faire souffrir ceux qu'elles aiment, la culpabilité d'avoir attendu, la honte de se sentir diminuée, la honte de devenir un poids ; les comportements d'évitement en sont une conséquence observable, l'irritabilité est également retrouvée dans le discours des patientes, ainsi que l'anhédonie. Les patientes ont perdu le goût des choses. Nous notons également la perte du désir, la diminution de libido qui entraîne le rejet du conjoint. La modification de l'image du corps est vue de manière négative ; la patiente MILA nous dit à propos des chimiothérapies que « *ça te rend d'abord bien laide* ».

La vie après l'ablation du sein est très difficile pour nos participantes. Elles doivent déployer des efforts supplémentaires pour rendre leur vécu journalier vivable. L'intégration de la nouvelle situation peut prendre du temps à ces femmes. Les participantes doivent surmonter la douleur causée par la blessure physique, cette douleur en cache une autre plus profonde liée à la perte d'un objet symbolique. L'acceptation de la perte est favorisée par le processus de deuil. Ce n'est qu'ensuite que la patiente pourra se relever et regarder à nouveau vers l'horizon.

6.1.3. Résilience

Les auteurs s'attèlent à dire que pour qu'on puisse parler de résilience, il faut qu'une expérience de traumatisme ait été vécue en amont par un individu. On parle de traumatisme lorsqu'un événement inattendu et désagréable s'impose dans la vie d'un individu et a des conséquences qui produisent des affects de déplaisir comme l'angoisse, la peur, l'irritabilité, le dégoût, la honte et la culpabilité. Le besoin de se relever du traumatisme est ce qui déclenche le processus de résilience. Ce besoin est parfois inconscient. Sera déterminée comme résiliente, la patiente qui sera parvenue à réguler les affects négatifs déclenchés par les événements défavorables sans être débordée (De Tychey, 2001). L'expérience du traumatisme est mise en

exergue chez nos participantes à des moments différents.

Chez la patiente MILA, le traumatisme apparaît au moment de l'annonce du diagnostic, la patiente est en état de choc et reste fixée sur l'idée mort. La symptomatologie se caractérise ici par l'état d'hébétude dans lequel elle se retrouve plongée, suivie d'un épisode dissociatif.

Chez la patiente ZARA, l'effraction psychique est mise en relief à la sortie du bloc. La non préparation à l'état de mastectomisée plonge la patiente dans un état de choc, elle ne supporte pas la perte de son sein. La symptomatologie traumatique se caractérise chez cette patiente par la non acceptation de son nouvel état et le rejet de son état de maladie sur les autres, en l'occurrence sur le personnel médical qu'elle accuse d'avoir posé un mauvais diagnostic.

Nos patientes ont également mentionné dans leur recherche de sens le volet culturel. Elles ont à un moment reposé la cause de leur souffrance sur des causes mystiques, accusant les autres d'être mystiquement responsables du délabrement de leur état de santé. MILA nous dit *« j'ai pensé que c'était un sort qui m'a été lancé »*. ZARA : *« j'ai pensé que la cérémonie était biaisée peut-être qu'on m'avait vendue là-bas »*. Les causes mystiques des événements qui surviennent dans la vie des individus est une chose normale dans le contexte dans lequel nous menons notre étude.

Face à toute cette souffrance psychique induite par le cancer, nos patientes vont mobiliser des ressources pour y faire face. Parler de résilience revient à détecter les ressources adaptatives de l'individu (De Tychey, 2001).

- Les ressources internes mobilisées par nos patientes seront essentiellement les mécanismes de défense que le Moi mettra en action pour faire face au traumatisme et à ses affects de déplaisir. Ce sont le déni, la dissociation, le clivage, l'intellectualisation, la mentalisation. Les mécanismes de défense permettent à chacune de nos patientes d'évoluer vers l'acceptation de leur situation. L'acceptation de la situation fait référence pour elles à adopter un comportement sain et positif, à accepter le caractère asymétrique du nouveau corps, à accepter d'actualiser la représentation qu'elles avaient d'elles-mêmes dans tous les domaines de leur vie, à actualiser leur nouveau réseau social.
- Les ressources externes dans lesquelles nos patientes ont puisé des forces tutrices de résilience sont essentiellement composées des personnes de

leur environnement dont la présence, l'amour et la loyauté ont favorisé le déclenchement du processus de résilience. Il s'agit ici du conjoint, des enfants avec lesquels les patientes ont une bonne politique communicationnelle, des autres membres de la famille, des amis, du corps médical dont le rôle a été primordial dans l'acceptation au départ et dans la lutte contre le sentiment de peur imminente qui a prévalu à un moment donné.

- La disponibilité des ressources financières est un volet à ne pas négliger non plus, l'argent et la capacité de suivre le traitement prescrit sont une source de stress dans les cas de cancer
- Les facteurs de protection : ils ont pour rôle d'atténuer l'impact négatif de l'adversité sur l'adaptation (Anaut, 2015). Ils vont de ce fait contribuer à amoindrir le retentissement du traumatisme sur la capacité d'adaptation de nos patientes. Dans le cas de notre étude, le facteur de protection particulièrement mis en exergue ici pour faire face à l'adversité est la spiritualité. Nos patientes ont pris appui sur la foi en DIEU pour s'en sortir. Chez MILA, la foi était déjà existante, elle l'a juste réanimée, chez ZARA par contre, c'est une nouvelle expérience marquée par la découverte, elle savoure ses bienfaits. Elle nous dit « *Le bon côté des choses aujourd'hui est que je suis devenue très croyante et pratiquante moi je n'allais pas à l'église hein* ». ZARA aujourd'hui est très engagée dans les mouvements de l'église qu'elle fréquente. Elle va même jusqu'à promettre à DIEU de le servir toujours s'il la rend à nouveau libre et autonome en la guérissant.

6.1.4 L'estime de soi

Le vécu après la mastectomie a un retentissement négatif sur nos patientes. Avant la mastectomie, le vécu des deux participantes est caractérisé par une bonne représentation de soi, une vie harmonieuse, un sentiment d'utilité. Au regard des résultats obtenus, nous nous rendons compte que chacune des participantes a un score positif sur les items qui concernent l'estime de soi négative.

Elles se sentent incapables de faire les choses aussi bien que les autres. La mastectomie a créé une scissure entre les dames dynamiques qu'elles étaient et les dames qu'elles sont aujourd'hui. Nos participantes ne sont plus en mesure de

s'occuper des tâches les plus simples comme balayer le sol, faire le ménage, porter un seau d'eau de 10 litres. Ceci crée en elles un sentiment de tristesse et de frustration, un affect désagréable marqué par l'incapacité. MILA avoue n'avoir réellement pris conscience de son utilité qu'en découvrant son incapacité : *« je ne savais pas en ce moment-là que j'étais importante, je ne savais même pas que j'étais utile (rire) même les gens qui sont autour de moi ne savaient pas que j'étais utile »*. Celle-ci était inhibée par l'automatisme des gestes à accomplir au quotidien. ZARA par contre a déjà une perception d'elle très élevée avant la maladie. Elle vaquait librement à ses occupations et surtout elle était le pilier de sa famille, la solution à tous les problèmes, elle était financièrement très stable. Elle ressent un sentiment de frustration face à l'incapacité de gérer les situations quotidiennes. Elle exprime sa frustration par des pleurs, en l'occurrence lorsque ses demandes ne sont pas satisfaites. Les répercussions sur son estime de soi sont catastrophiques. Les participantes ne sont pas fières d'elles non plus. Nous le notons dans les résultats du test et même dans leurs discours respectifs. MILA *« c'est là où je me rends compte que même pour manger j'ai besoin de l'autre, je ne suis plus utile à moi-même »*. ZARA est désolée par le nouveau comportement qu'elle doit adopter pour survivre. Elle utilise pour le dire un terme très péjoratif, elle dit qu'elle est devenue une « mendiante ».

Le sentiment d'inutilité, d'être une bonne à rien est détecté dans le discours des patientes. Ce ressenti est essentiellement déclenché par la perte d'autonomie. Le sentiment d'inutilité est une conséquence directe du sentiment d'incapacité que ressentent les patientes. La reconstruction de la valeur de soi est souhaitée mais pas effective. L'acceptation de la réalité nouvelle est très difficile. Plus l'estime de soi était élevée avant la mastectomie, plus elle est basse après la mastectomie.

A travers la théorie de Freud (1914) sur l'estime de soi dont le postulat est le suivant : *« l'individu établit en lui un idéal auquel il mesure son moi actuel »*, Freud parle de trois origines différentes de l'estime de soi : elle proviendrait du reste du narcissisme infantile, de l'accomplissement de l'idéal du Moi, de la satisfaction. Les participantes de notre étude se trouvent très éloignées de leur idéal du Moi.

Lacan appelle idéal du Moi l'instance de la personnalité qui a pour fonction sur le volet symbolique, de réguler tout ce qui est imaginaire du moi, les identifications et tout ce qui touche aux conflits régissant ses rapports avec les autres.

Nous avons mené notre étude au travers de deux participantes. Ces femmes ont en commun une vie d'avant remplie, harmonieuse et satisfaisante, elles se sentent bien intégrées dans la société. Elles se sentent autonomes. Le Moi actuel de nos participantes est incapable de répondre à leur besoin principal qui est celui d'atteindre à nouveau le niveau d'autonomie qu'elles avaient. Elles vivent dans l'insatisfaction. Cette situation les amène à une autodépréciation marquée dans leur discours par un jugement rabaissant et défavorable sur elles-mêmes. L'autodépréciation est reconnue en psychopathologie comme un symptôme courant de la dépression mélancolique. Elle marque une atteinte profonde de l'estime de soi. Rutledge et al. (2006) ont cité les troubles anxieux et dépressifs comme étant les troubles psychologiques généralement observés chez les patients cancéreux.

Notre étude va en droite ligne avec

6.2 Discussion et résultats

Dans cette partie, nous allons discuter les résultats que nous avons précédemment analysés et interprétés. Notre discussion sera faite selon l'orientation de la résilience et de l'estime de soi. Elle sera également faite sur la base des travaux antérieurs.

Notre étude avait pour objectif d'appréhender le rôle joué par la résilience dans l'atteinte de l'estime de soi chez les femmes atteintes du cancer du sein et ayant subi une mastectomie. Les résultats obtenus laissent entrevoir que les femmes ont vécu un traumatisme suite à la mastectomie. Elles ont au travers de ressources internes et externes, mobilisé des forces qui leur ont permis d'atteindre un certain niveau de résilience. Cette atteinte est marquée par les résultats obtenus au test de résilience que nous leur avons passé ; elle est également marquée par des parties du discours recueilli lors des entretiens que nous avons eus avec les participantes.

Les femmes de notre étude jouent un rôle majeur dans l'équilibre et le maintien de leur famille et de leur environnement dont elles prennent soin au quotidien. Cela leur donne une grande valeur à leurs propres yeux. Seulement nos participantes, après le choc vécu, ont vu leur estime de soi diminuer considérablement suite à la perte de leur autonomie après la mastectomie. Et ceci, malgré l'atteinte d'un niveau acceptable de la résilience. Ainsi, contrairement à ce que dit la théorie : « *Si vous*

voulez être heureux, il ne faut pas chercher à fuir le malheur à tout prix. Il faut plutôt chercher comment – et grâce à qui – l'on pourra le surmonter. » (Cyrulnik, 2020), trouver et mobiliser des ressources internes et externes pour faire face et surmonter le traumatisme, nos résultats ont trouvé qu'atteindre la résilience ne garantit pas l'atteinte du bien-être psychologique. Des études ont montré que c'est une estime de soi positive qui permet l'atteinte du bien-être psychologique.

Freud, dans « le Malaise dans la culture », affirme : « *Les hommes tendent au bonheur, les hommes veulent être heureux et le rester. Cette aspiration a deux faces, un but négatif et un but positif : d'un côté, éviter douleur et privation de joie, de l'autre rechercher de fortes jouissances...* ». Pour lui, le bonheur a deux volets l'un positif et l'autre négatif. Et c'est cette dualité qui fait son essence. Pour lui, le bonheur est une notion insaisissable dans son entièreté car elle reste abstraite et propre à chaque individu, d'où son caractère subjectif. D'autre part, l'individu est prisonnier de ses désirs qui sont malléables et dynamiques au fil du temps, la satisfaction de ses désirs étant la condition à remplir pour l'atteinte de son bien-être. Dans le cadre de notre étude, les participantes ont vécu un traumatisme dû à la blessure narcissique causé par l'ablation du sein, un objet grandement symbolique. Elles ont suivi un traitement de chimiothérapie après lequel elles vivaient des moments difficiles et désagréables ponctués par des vomissements, des nausées, de la diarrhée, une extrême fatigue, le dégoût de tout. Elles souhaitaient alors voir toutes ces manifestations secondaires s'estomper et disparaître. L'on pourrait alors se demander si à ce moment-là ce n'était pas à cela que se réduisait leur idée du bonheur ; toujours est-il que nos participantes ont su au travers de plusieurs facteurs se relever et recommencer à mener une vie plus ou moins normale, cependant cela n'a pas une incidence sur la perception qu'elles ont d'elles-mêmes. Cette discordance rejoint la pensée de Freud qui dit qu'on ne peut cerner le bonheur qui est quelque chose de limité, l'individu étant un éternel insatisfait.

Cela peut s'expliquer également par un autre point de vue de Freud (cité par Balestrière, 2001) selon lequel, « la qualité de plaisir associée au fait de pouvoir ressentir sa vie comme étant la sienne propre », l'individu peut vivre sans vivre, sans plaisir aucun, la vie qu'il mène est apparentée à une vie imposée, à la vie d'une autre personne, il semble la vivre en mode « survie » et non en mode « vie ». Nos participantes ont repris une apparence physique normale, elles ont repris leur vie

avec leur conjoint et leurs enfants, elles arrivent à suivre le traitement post mastectomie qui leur est régulièrement prescrit malgré sa cherté, elles ont une foi désormais très grande, elles sentent mieux. Pourtant... leur estime de soi reste lamentablement basse. Elles vivent sans vivre, aucun plaisir n'est retrouvé dans leur discours, d'autant plus qu'elles ne sont plus en mesure de formuler des projets.

Pour Winnicott, « il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue ». Il est question pour l'individu ici, de reconnaître le monde auquel il appartient et de s'y adapter.

Cependant les travaux de Mucke et al. (2020) nous disent que l'estime de soi est une composante des facteurs de protection de la résilience. En effet, pour eux, l'estime de soi est un contributeur à une sécurité émotionnelle plus grande, à une tolérance accentuée aux frustrations. Ainsi, l'estime de soi permet à l'individu de se détacher du vécu négatif, ce vécu n'étant pas ce qui le définit mais qu'il est au-dessus de ce vécu et donc qu'il peut le surmonter.

Les travaux de Carol Ryff l'ont conduite à citer les différentes composantes du bien-être psychologique. Elle en définit six dimensions que sont l'acceptation de soi, le domaine environnemental, les relations positives avec les autres, l'autonomie, le développement personnel, donner un sens à la vie. Les participantes de notre étude n'ont plus d'autonomie physique et financière ; si on considère que ces différentes composantes sont interliées, l'autonomie défaillante nous explique la non atteinte du bien-être. La faible estime de soi étant étroitement liée chez nos participantes à la perte de l'autonomie.

Seligman et Csikszentmihalyi (2002) déclare que « *le bonheur n'est pas quelque chose qui apparaît juste comme ça... il s'agit d'une condition qui doit être préparée, cultivée et défendue par chaque personne* », ce qui stipule que le bonheur se construit, chaque individu se projette en fonction de son idéal du moi. C'est en allant dans le même sens que les études faites plus tard par Seligman et Peterson (2005) stipulent que :

« *Chaque individu obtient et oriente son bien-être selon un profil qui lui est propre* ». Le bonheur ne saurait être globalisé car la réalité de chaque individu lui est propre, et

c'est en fonction de cette réalité et du sens qu'il lui donne qu'il définit, oriente et prépare son bien-être, ainsi que les efforts qu'il fournit pour l'atteindre.

Seligman (2011) dans son modèle théorique du bien-être propose cinq dimensions : les émotions positives, l'engagement, les relations positives, le sens, la réalisation.

La spiritualité est un élément qui occupe une grande place dans le discours de nos participantes. Elles y ont trouvé un facteur important de résilience, ainsi qu'un lieu d'apaisement. A propos de la foi, Carl Jung dit que le fait de croire à quelque chose donne à l'individu, une base pour le bien-être. Cette assertion nous donne une autre dimension de la foi. La foi en ce moment acquiert une double fonction, elle favorise la résilience aussi bien qu'elle favorise le bien-être. Selon lui, la foi permet d'aller à la rencontre de son moi intérieur et de voir le contenu de l'esprit.

6.3. Limites de l'étude

La présente étude est le fruit des réflexions d'une étudiante-chercheur. De ce fait, elle regorge d'imperfections. L'étude étant une étude qualitative, elle étudie le volet subjectif, de ce fait, elle ne saurait être transposée à une autre population même comportant ce nombre égal de participants ; d'autre part, parce que reposant sur un échantillon réduit, notre étude ne saurait être généralisée à un échantillon plus grand.

6.4 Implications et perspectives

6.4.1. Implications

La présente étude qui avait pour objectif d'appréhender l'implication de la résilience dans l'atteinte du bien-être au travers de l'estime de soi, nous a permis de découvrir que l'atteinte de la résilience n'était pas le gage d'une bonne estime de soi. Au travers de l'approche psychanalytique qui met en exergue le retentissement d'une enfance sécurisée dans la façon de faire face au traumatisme, nous avons pu mettre en exergue l'importance d'un accompagnement psychique par un professionnel. En effet, un professionnel aurait très certainement détecté dans le discours de la patiente durant tout son voyage avec le cancer, des signes en lien avec son vécu en l'occurrence avec son enfance, qui entretiennent sa détresse, son anxiété et même la

dépression qui auraient pu être des blocages à son plein épanouissement. Ceci remet à l'ordre du jour la nécessité d'une prise en charge psychologique systématique des grands malades dont regorgent les structures sanitaires camerounaises.

Le patient atteint de cancer est un patient qui voit toutes les dimensions de sa vie touchées : les volets physique, psychique, familial, financier. Il serait de bon ton que des mesures soient prises pour anticiper la souffrance qui découle de sa maladie. Il s'agit comme l'a dit l'une de nos participantes de l'implication forte des institutions, c'est-à-dire :

- La multiplication des campagnes de sensibilisation jusque dans les zones reculées (que chaque femme sache ce que c'est que le cancer en général, du sein en particulier, peu importe sa situation géographique au Cameroun),
- La multiplication des structures de prise en charge du cancer (l'hôpital général de Yaoundé est la structure par excellence de la prise en charge du cancer au Cameroun).
- La formation du personnel médical dans la prise en charge de la maladie du cancer (multiplication des oncologues),
- La formation et le déploiement des professionnels du psychisme dans les structures (psychologues, psycho oncologues),
- Informer et éduquer la population sur le rôle du psychologue (la psychologie est encore mal perçue dans notre société),
- L'organisation de rencontres avec les familles et le réseau social des patientes (plusieurs vivent des crises qui parfois aboutissent à l'abandon par le conjoint faute d'informations suffisantes et claires sur la maladie),
- La subvention de la prise en charge médicamenteuse (beaucoup décèdent par manque de moyens financiers).

6.4.2. Perspectives

Plusieurs études ont montré qu'atteindre la résilience signifiait atteindre une bonne estime de soi. Or dans le cadre de notre étude, les patientes ont une estime de soi faible bien qu'ayant des résultats intéressants concernant la résilience. Il serait judicieux de mener une étude sur un échantillon plus grand sur un terme plus long pour mieux expliquer ce phénomène.

Il serait également judicieux d'approfondir des recherches sur la qualité de vie du point de vue subjectif, non plus seulement la qualité de vie du point de vue objectif.

Les participantes de notre étude sont toutes les deux mères d'enfants mineurs, ils seraient aussi intéressants d'étudier les retombées de cette expérience traumatisante sur l'évolution de ces enfants sur le long terme.

Dans un cadre strictement clinique, notre étude ouvre la voie sur la mise en relief de la prise en charge de la dépression chez les patients souffrant de cancer au Cameroun.

Ainsi s'achève la deuxième partie de notre étude.

CONCLUSION GENERALE

Notre attention a été attirée par le cas d'une proche chez qui la mastectomie avait été effectuée suite à la détection du cancer du sein. La détresse qu'elle vivait nous a interpellée et nous nous sommes interrogée sur le devenir de ces dames qui, comme elle, passait par l'étape du cancer du sein suivi de la mastectomie. Nous nous sommes alors rendue compte au travers de recherches que le cancer était classé comme « maladie chronique » et « très mortelle » par l'OMS qui en a fait un problème de santé publique. Les statistiques disponibles nous ont renseignée sur le nombre inquiétant de patients atteints de cette maladie dans le monde, des millions. Le cancer du sein étant celui qui nous intéressait parce que touchant à un objet symbolique chez la femme, et ayant des retombées psychiques non négligeables, nous y avons limité nos recherches. Nous avons également délimité la zone géographique de cette recherche, et nous l'avons circonscrite à l'hôpital général de



Yaoundé au Cameroun.

Nous avons intitulé notre recherche « *résilience et qualité de vie chez les femmes âgées de 40 à 45 ans ayant subi une mastectomie* ». Elle est faite sur la base de deux cas et appartient au domaine psychopathologique. Il y est question non pas de comprendre l'origine et les causes du cancer du sein, mais de nous intéresser à la dimension psychique des conséquences du cancer du sein chez la femme, particulièrement celles qui ont subi une mastectomie. En effet, le cancer a un retentissement sur la vie des femmes qui subissent la mastectomie, elles voient tous les domaines de leur vie remises en question. Ce qui leur crée de la souffrance.

Les femmes mastectomisées âgées de 40 à 55 ans vivent une blessure narcissique avec l'ablation de l'objet symbolique qu'est le sein. Ce vécu est parsemé de honte, de frustration, de culpabilité, d'anxiété, de mal-être. Il nous est apparu que ces femmes ne suivaient aucun accompagnement psychologique dans leur état. Boris Cyrulnik (2020) dit que : « *Si vous voulez être heureux, il ne faut pas chercher à fuir le malheur à tout prix. Il faut plutôt chercher **comment – et grâce à qui – l'on pourra le surmonter.*** ». Surmonter un traumatisme revient à tendre vers la résilience, et c'est la résilience ensuite qui pourra amener les patientes vers le bien-être, vers le bonheur.

Cette étude est menée dans l'optique de répondre à la question de recherche suivante : *comment les processus psychiques amènent-ils la femme mastectomisée à atteindre la résilience malgré l'échec de revalorisation de soi ?* La présente question de recherche nous a conduite à l'hypothèse de recherche suivante : « *la résilience contribue chez la femme camerounaise mastectomisée à une bonne estime de soi* ». L'objectif de notre étude est donc de comprendre par quels processus la résilience mène la femme mastectomisée à une meilleure valorisation d'elle-même.

Des études ont été menées sur la résilience, la qualité de vie dans les cas de cancer du sein, mais au Cameroun ces études sont plutôt rares. Cela ne nous a pas empêché de mener à bien notre revue de la littérature, cette partie nous a permis de définir de manière succincte les principaux concepts que nous avons employés et de faire un état des lieux des travaux y afférents ; nous avons ensuite pu évoluer vers une insertion théorique de ces principaux concepts.

L'hôpital général de Yaoundé au Cameroun a été le lieu par excellence pour mener notre étude. C'est une étude de type qualitatif avec pour méthode l'étude cas. Nous avons donc utilisé la méthode clinique car elle est celle qui permet d'aller en

profondeur dans l'étude de l'humain dans sa totalité et dans sa globalité. Nous avons utilisé comme technique de recueil des données l'entretien semi-directif qui nous a demandé un guide d'entretien en amont, et les tests que sont le test de résilience de Katharina Maehrlein et le test de l'estime de soi de Rosenberg. Notre échantillon était composé de deux femmes camerounaises mastectomisées choisies sur la base de critères d'inclusion mis au point par nous et en lien direct avec l'objectif à atteindre à la fin de notre étude. Ces différents outils nous ont permis de recueillir des données que nous avons analysées et interprétées via l'analyse thématique de contenus.

Il ressort de notre analyse que la maladie de cancer amène les patientes à développer une grande souffrance. C'est un choc dès l'annonce de la maladie et le traumatisme causé par ce choc amène la patiente à un ressenti négatif. MILA vit ce moment très mal, elle est choquée, hébétée, et se voit déjà mourir. ZARA, une fois qu'elle a pris conscience de la gravité du mal dont elle souffre, est traversée également par des pensées négatives. Les deux participantes cherchent à donner un sens à la maladie qui les accable, elles vivent ses retombées physiques et psychiques très mal car la maladie éloigne d'elles la stabilité qu'elles ont vécue avant. Elles font face à une incapacité fonctionnelle pendant les chimiothérapies et après l'ablation. Elles ont du mal à accepter les modifications que leur impose leur nouveau statut sanitaire. Face à ces retombées du traumatisme qu'elles vivent, elles vont mettre en place des ressources qui vont leur permettre de rendre leur réalité acceptable. Ainsi, elles vont mobiliser des ressources internes et externes pour se relever. Elles vont être aidées dans leur quête par l'environnement et surtout par la disponibilité des ressources pécuniaires. La grande foi en Dieu que l'une et l'autre manifestent tout au long de leur discours est une source d'apaisement pour chacune d'elles, ZARA particulièrement y trouve un tuteur de résilience très important. Tous ces adjuvants ont permis à nos participantes d'atteindre un score au test de résilience qui permet de qualifier les dames MILA et ZARA de résiliente.

Cependant, malgré ces résultats positifs à la résilience, le score obtenu au test suivant, celui sur l'estime de soi, est faible chez chacune des deux participantes. Ce qui interroge leur appréhension du bien-être. Elles évaluent leur valeur respective à travers la capacité de se rendre utiles. Aujourd'hui elles ont perdu leur autonomie, elles ne peuvent plus rien faire, elles se sentent inutiles. Elles sont même obligées de renoncer à tout rêve. Nos patientes vivent sans vivre.

La discordance des résultats obtenus relance le débat sur l'importance de la place

du psychologue dans les institutions hospitalières d'une part, et sur la qualité de vie subjective d'autre part.

Références

ANAUT, M. (2015). *Psychologie de la résilience*.

ARCE, A. (2021). Jung et l'occulte. *La psychologie analytique au regard de la tradition*. Editions R et N.

ARENDT, H. (1966). Eichmann à Jérusalem. *Rapport sur la banalité du mal*. Paris,



Gallimard.

BACQUÉ, M.F. (2000) p. 23 à 33. *Résilience de l'enfant endeuillé*, Pratiques Psychologiques.

BERGERET, J. (1986). *Abrégés de Psychologie Pathologique*. Paris, Masson.

BERGERET, J. (1990). *Les toxicomanes parmi les autres*. Paris, Odile Jacob.

BERGERET, J. (1998). p. 17 – 27. La violence naturelle et ses débordements: conditions interactives d'une prévention primaire intégrée, in De Tychey, C. (dir), *Psychologie clinique et prévention*, Paris, Editions et Applications Psychologiques.

BION, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris, P.U.F., 1962.

BIOY, A., et al. (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. DUNOD

BOLOGINI, M., et al. (1998). *Estime de soi : perspectives développementales*. Prétentions et réussites.

BONNAUD, A., et al. (2002). *Réactions anxio-dépressives face au syndrome douloureux post-mastectomie*. Bulletin de psychologie

BRAZELTON, T., CRAMER, B. (1991). *Les premiers liens*. Paris, Stock, Calmann Lery.

BRULLMAN,

CHABROL, H. (2005). p. 31 à 42. *Les mécanismes de défense*. Recherche en soins infirmiers

CHRISTOPHE, A. (2005). p. 26-30. *L'estime de soi*, In Recherche en soins infirmiers

CINZIA, G. (2016). Vivre avec un corps asymétrique. *Mastectomie, résistances et réappropriation*

CRAMER, B. (1999). *Que deviendront nos bébés ?* Paris, Odile Jacob.

CROCQ, L. (1985). *Événement de vie et psychopathologie*, Villeteuse Simep.

CYRULNICK, B., GUEDENEY, A., LEMAY, M., HAYNAL, A., TOUSSIGNANT, M. & MANCIAUX, M., *Ces enfants qui tiennent le coup*, (1999). Revigny S/Ornain, Hommes et Perspectives.

CYRULNICK, B. (1999). *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob.

CYRULNIK, B. (2015). *Les Vilains Petits Canards*.

DEBRAY, R. (1991). p. 41-57. *Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique*, Revue Française de Psychosomatique.

DIWO, R. (1999). p. 200-214. *Événement de vie et fragilité de la mentalisation*.

approche comparée chez l'adolescent suicidant, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.

DIXMERIAS, F., et al. (2007). *Facteurs cliniques et psychologiques prédictifs du syndrome douloureux post-mastectomie*. Volume 8, Supplément 1.

DOLLANDER, M., De TYCHEY, C. (1999). p. 169-205. *Meurtre d'enfant et symbolisation de la perte: approche clinique projective longitudinale*, Psychologie Clinique et Projective, 5.

DOLLANDER, M. (1999). *Figures de l'absence : contribution à la clinique du travail de deuil*, Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Nancy 2.

DOLTO, F. (1984) *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.

DOLTO-TOLITCH, C. (1998) *Sentiment de sécurité de base*, in De Tychey C. (dir), Psychologie clinique et prévention, Paris, Editions et Applications Psychologiques.

DSM-IV

FAMOSE, J. (2009). Chapitre 2 - *L'approche intrapersonnelle : l'estime de soi reflète le décalage entre le soi perçu et un état de soi idéal*.

FERENCZI, S. (1982). p. 134-147. *Réflexions sur le traumatisme*, in Psychanalyse, 4, 1934, Paris, Payot.

FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., HIGGIT, A. & TARGET, M. (1994). p. 231-257. *The theory and practice of resilience*, J. Child Psychiatry, 35, 2.

FORTIN, L. & BIGRAS, M. (2000). p. 49-63. *La résilience des enfants: facteurs de risque, de protection et modèles théoriques*, Pratiques Psychologiques, 1.

FREUD, S. (1937). Analyse avec fin, analyse sans fin. In *Résultats, Idées, Problèmes*. Tome II. Paris, PUF, 1985.

FREUD, A. (1971). *L'enfant dans la psychanalyse*. Paris, Gallimard.

FREUD, A. (1976). *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, P.U.F.

FREUD, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. P.U.F.

FREUD, S. (1987). *La négation*, in *Résultats, idées, problèmes*, tome II, Paris, PUF.

FREUD, S. (2008). *Freud et la question de l'angoisse*. Paris, PUF.

FREUD, S. (2016). *Les patientes hystériques de Freud et l'invention de la psychanalyse*. France inter.

FREUD, S. (1920). *Au-delà des principes du plaisir*. In *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1952.

FREUD, S. (1938). p. 59. *Abrégé de psychanalyse*, en allemand.

HOFSTEDE, G. (1991). *Vivre dans un monde multiculturel: Comprendre nos*

programmations mentales. Paris, Editions d'organisation.

GANNAGÉ, M. (1999). *L'enfant, les parents et la guerre*. Paris, Editions Sociales Françaises.

GARMEZY, N. (1971). p. 101-116. *Vulnerability research and the issue of primary prevention*. American Journal of Orthopsychiatry, 41.

GEST, S., REED, M. & MASTEN, A. (1999). p. 171-192. *Measuring developmental changes in exposure to adversity: a life chart and rating scale approach*. Development and Psychopathology, 11.

GOTTLIEB, D. (1999). *Résilience : status of the research and Research-Based programs*, Draft March.

GUEDENEY, N. (2011). p. 129 à 144. *Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement*. Devenir.

Guénon, R. *Le Règne de la Quantité et les Signes des Temps*

<https://hopital-dcss.org>mastectomie>

<https://www.arcagy.org>

<https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2016-1-page-81.htm>

IONESCU, S. (1999). *Des mécanismes de défense en psychologie de la santé*, Pratiques Psychologiques.

KAES, R., Puget, J., & al. (1989). *Violence d'état et psychanalyse*. Paris, Dunod.

JENCLAUDE, C. (2016). *Freud et la question de l'angoisse*, l'angoisse comme facteur d'évolution. 4^e édition. De Boeck supérieur.

JUNG, C.G. (1912). *Métamorphoses de l'âme et ses symboles*.

KREISLER, L. (1996). *La résilience en spirale*, Spirale, 1.

KREISLER, L. (2000). *La résilience*, in Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, P.U.F.

LACAN, J., *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je*

LAGACHE, D. (1958). *La psychanalyse et la structure de la personnalité*. P.U.F.

LAPLANCHE, J., et PONTALIS, J.B. (1976). *Narcissisme primaire, narcissisme secondaire*. Paris. P.U.F.

LEMAY, M. (1999). *Reflexions sur la résilience*, in «Souffrir mais se construire » de M.F. Poilpot (dir), Toulouse, Eres.

LUQUET, P. (1981). *Le changement dans la mentalisation*. Revue Française de Psychanalyse, 45.

LUSTIN, J.J. (1986). *La mentalisation*. In Abrégés de Psychologie de J. Bergeret (dir), Paris, Masson.

LUTHAR, S.-CICHETTI, D. & BECKER, B. (2000). *The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work*, Child Development.

LUTHAR-CICHETTI, D. & BECKER. (2000). *Research on resilience: response to commentaries*, Child Development, 71, 3.

MACHADO et Al. (2016), *Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être*. Etude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. GROUPE D'ETUDES DE PSYCHOLOGIE.

MANCIAUX, M. (2000). *La maltraitance: facteurs de risque modalités de prévention*, in « Peut-on prévenir la Psychopathologie ? » de C. De Tychey (dir), Paris, l'Harmattan.

MANCIAUX, M. (1998). *La résilience : mythe ou réalité ?* in « Ces enfants qui tiennent le coup », Revigny S/Ornain, Hommes et Perspectives.

MANCIAUX, M., TOMKIEWICZ, S., GABEL, M. (2000). *La résilience aujourd'hui* in « Bientraitances », Bruxelles, Fleurus. .

MARTY, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*, Les « Empêcheurs de tourner en rond », Ulysse, Paris.

MASTEN, A.C., BEST, K.M. & GARMEZY, N. (1990). *Resilience and development: contribution from the study of children who overcome adversity*, Development and Psychopathology, 2.

MASTEN, A.S., HUBBARD, J.-J., GELBERMAN, S., TELLEGEN, A., GARMEZY, N. & RAMIREZ, M. (1999). *Adaptation in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence*, Development and Psychopathology, 11.

MICHAUD, P. (1999). *La résilience : un regard neuf sur les soins et la prévention*, Archives de Pédiatrie, 6.

NJOH MOUELLE, E. (2011). *De la médiocrité à l'excellence*. NENA. Editions CLE

Nkengne et al. (2022). *Auto-perception des femmes après une mastectomie*, à Yaoundé. EMPAN 2022

PEDINIELLI, J. L., ROUAN, G., GIMENEZ, G. (1995). *Qualité de vie et modifications des conceptions du sujet*. Pratiques Psychologiques.

PHEULPIN, M.C., et Al. (2003). *Aux sources du narcissisme : le regard de l'autre*. PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PROJECTIVE.

PHILIPPE, F., et LECOURS, S. 2010. *Construire la résilience : contribution des affects positifs, des mécanismes de défense et des réseaux de représentations*. EDITIONS UNIVERSITAIRES EUROPEENNES.

POILPOT, M. 1999. *Souffrir mais se construire*, Toulouse, Eres,.

PSNPLCa : Plan stratégique national de prévention et de lutte contre le cancer

ROBINSON, J. (2000). *Are there implications for prevention research from studies of resilience?*, Child Development, 71,3.

ROCHA, G. et Al. (2014). *Le sentiment de finitude de vie et les stratégies de coping face à l'annonce d'un cancer*. Revue internationale des soins palliatifs.

RUTTER, M. (1985). *Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder*, British Journal of Psychiatry, 147.

RUTTER, M. (1987). *Psychosocial resilience and Protective mechanisms*, American Journal of orthopsychiatry, 3, 57.

RUTTER, M. (1993). *Resilience : « some conceptual considerations »*, Journal of Adolescence Health.

RYAN, R., et Al. (2001). *On happiness and human potentials : A review of research on hedonic and eudaimonic well being*. ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY.

RYFF, C., et Al. (2008). *Know thyself and become what you are : A eudaimonic approach to psychological well-being*. Journal of Happiness Studies.

SCHNEIDER, M. (2007). *Les migrations du sein*. PRESSES UNIVERSITAIRES DE France.

SELIGMAN, M. (2008). *Positive health, Applied psychology : An international review*.

Seligman, M. (2012). *S'épanouir : Pour un nouvel art du bien-être*.

Soriano, V. (2012). *C'est quand le bonheur ?* in Empans

Thalmann, A. (2011). *La psychologie positive : pour aller bien*. Ed. Odile Jacob

TILMANT, J-L. (2019), *Du trauma à la résilience*.

TISSERON, S. (2003). « *Résilience* » ou la lutte pour la vie.

TOMKIEWICZ S. (1999). *L'adolescence volée*, Paris, Calmann Levy,.

TYCHEY, (de) C., DIWO, R. & DOLLANDER, M. (2000). *La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach*, Bulletin de Psychologie,

TZVETAN, T. (2002/10). *Sous le regard des autres*. In Sciences humaine.

VELDMAN, F. (1990). *L'haptonomie, sciences de l'affectivité*, Paris, P.U.F.

WERNER, E. & SMITH, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: longitudinal study of resilient children and youth*, in « Sex differences in vulnerability and resiliency », New-

York, Mac Graw Hill.

WERNER, E. (1989). *High risk children in young adult hood : a longitudinal study from birth to 32 years*, Américan Journal of orthopsychiatry, 59.

WIDLÖCHER, D. (1990). *Le cas au singulier*, Nouvelle Revue de Psychanalyse,



ANNEXES

ANNEXE 1 : ATTESTATION DE RECHERCHE

~ 128 ~



Modifier avec WPS Office

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Notre étude s'intitule *Résilience et qualité de vie chez les femmes*

~ 129 ~



Modifier avec WPS Office

mastectomisées âgées de 40 à 55.

Elle a pour objectif d'appréhender les processus par lesquels la résilience contribue à une meilleure qualité de vie chez les femmes âgées de 40 à 55 ans ayant subi une mastectomie.

Elle se fait sous la direction de Dr TCHUENDJIO ROSALINE, Chargée de cours à l'Université de Yaoundé 1, au département de Psychologie.

Nous vous avons choisie comme participante à cette étude parce que vous répondez au critère méthodologique de notre étude. Votre consentement volontaire et libre à participer à cette étude ne vous confère aucune obligation, vous pourrez de ce fait vous retirer à tout moment si le besoin se fait sentir, et cela ne sera suivi d'aucun préjudice.

Nous nous engageons à mener cette étude conformément à toutes les normes éthiques relatives aux études qui requièrent des sujets humains. Les données recueillies sont anonymes et confidentielles.

Nous vous remercions de participer volontairement et librement à l'avancée de la science.

NGONO Bernadette Lisette

Master 2 Psychologie clinique et psychopathologie

(237) 690788112

bernadette.ngo78@gmail.com

Signature et date du participant
chercheur

Signature et date du

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

- Préambule

Bonjour madame.

Je suis madame X., étudiante-chercheur de psychologie, spécialité psychologie clinique et psychopathologie à l'Université de Yaoundé 1. Je mène une recherche sur la contribution de la résilience dans la perception de soi chez les femmes mastectomisées appartenant à la tranche d'âge comprise entre 40 et 55 ans suivies à l'Hôpital Général de Yaoundé depuis au moins un an.

Je suis très particulièrement intéressée par les mécanismes d'adaptation que vous avez déployés pour faire face au traumatisme vécu.

Je vous remercie pour le temps précieux que vous allez m'accorder.

- Identification du patient

Identifiant :

Age :

Sexe :

Ethnie :

Rang dans la fratrie :

Religion :

Niveau d'étude :

Situation matrimoniale :

Profession :

- ✓ Thème 1 : vécu avant la maladie

Comment la patiente se percevait-elle avant la maladie ?

Etat de son Moi et de sa relation d'objet

- ✓ Thème 2 : vécu pendant la maladie

Ressenti à l'annonce de la maladie

Pendant les chimiothérapies

Après l'ablation

- ✓ Thème 3 : résilience

Mécanismes de défense

Ressources internes mobilisées dans l'acceptation de la maladie

Ressources externes mobilisées (environnement / sublimation)

✓ Thème 4 : estime de soi

Comment se perçoit-elle dans sa nouvelle situation ?

Niveau d'estime de soi après l'atteinte de la résilience (actuelle)



ANNEXE 4 : CORPUS D'ENTRETIEN AVEC MILA

Nous nous sommes entretenu avec Mme MILA au sein de l'hôpital général de Yaoundé.

Elle est âgée de 44 ans, est mariée et mère de trois enfants. Sous diagnostiquée depuis deux ans, elle a subi la mastectomie au mois de juin 2023.

Chercheur : Bonjour madame MILA, permettez-moi de vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude. Comme je vous l'ai dit précédemment, l'entretien sera enregistré afin que je puisse retranscrire fidèlement vos propos, je vous remercie également d'avoir accepté cela. Les données sont strictement confidentielles et votre nom n'apparaîtra nulle part. vous êtes également libre, malgré la signature du consentement éclairé, de mettre fin à votre participation si vous en éprouvez le besoin.

MILA : je vous en prie Mme, je suis heureuse de pouvoir participer à cette étude.

Chercheur : d'accord. Pouvez-vous s'il vous plaît me parler de votre vie avant la maladie ? comment cela se passait-il ? (La dame a un moment d'hésitation de 3sec avant de répondre)

MILA : hum... je vivais, je menais une vie normale, pas de stress, pas de perturbation, je menais une vie normale jusqu'au jour où, moi-même en palpant ma poitrine, mes seins, je découvre que j'ai une boule au niveau du sein gauche. Connaissant, enfin, ayant les rumeurs sur tout ce qui se dit par rapport à ces boules que nous pouvons voir au niveau de nos seins, je me suis rendue à l'hôpital mais pffffff (une expression de désarroi sur le visage) ... c'est le premier médecin-gynécologue, je peux dire que c'est elle qui m'a fauchée. Quand j'arrive à l'hôpital, elle palpe le sein, elle me dit, elle me demande si ça me faisait mal (je ne sais pas comment exprimer ça là) je dis non ça ne me faisait pas mal. Elle me dit il faut attendre que ça peut être...(hésitation) elle a employé un terme que je ne me souviens pas là. Elle me dit que je supporte encore un peu, que j'observe. Je crois six ou sept mois plus tard, c'est là où j'ai commencé à ressentir une sensation bizarre à cet endroit. Je me rends encore à l'hôpital mais là je change de centre de santé, je me rends à l'hôpital de.... On fait l'écho, mammo et autre on m'envoie donc faire la biopsie, c'est le résultat de la biopsie qui vient révéler la maladie. Et tout de suite j'ai

été prise en charge, là il faut reconnaître que une fois qu'on a découvert la maladie, on m'a aussitôt pris en charge. J'ai été référée à l'hôpital général

Chercheur : si j'ai bien compris, une fois là-bas la prise en charge a été immédiate

MILA : oui la prise en charge a été immédiate, bon après aussi beaucoup d'examens hein, un scanner et beaucoup d'autres petits examens et aussitôt on a aussi commencé à faire... on m'a fait une première séance de chimiothérapie.

Chercheur : la chimio a été programmée directement après les examens

MILA : oui

Chercheur : à quel moment on vous a parlé de l'ablation ?

MILA : de prime abord, quand je rencontre le médecin à l'hôpital général, elle m'a dit que la solution butoir, enfin pas butoir en tant que telle, que l'opération est un passage obligatoire, même si on me fait les chimio, même si la boule disparaît on devait m'opérer. On a fait quatre séances de chimiothérapie contrairement au résultat attendu, enfin pour elle, elle m'a expliqué que la boule devait disparaître, pas disparaître (elle semble chercher le mot exact), se réduire mais au contraire mes boules se sont multipliées malgré que j'étais sous traitement, malgré les chimio les boules se sont multipliées dans le sein. Ce qui fait que au lieu de m'opérer pour enlever simplement la boule qui m'amène à l'hôpital, les boules se sont multipliées, elle a suggéré une ablation (moment de silence)

Chercheur : et là la chirurgie s'est bien passée ?

MILA : à mon avis oui, parce que en allant là-bas moi je savais que je pars mourir (rire)

Chercheur : qu'est-ce qui vous a fait penser à la mort ? pourquoi pensiez-vous que vous alliez mourir ?

MILA : (hésite pendant plusieurs secondes) c'est un sentiment naturel hein, on m'a opérée. On va t'opérer, on va te faire l'anesthésie générale et tu vas perdre connaissance, dans ma tête je pouvais m'endormir une bonne fois pour toute. Bon certes que l'équipe qui m'a opérée c'est les gens qui m'ont accompagnée, chacun à son niveau, le médecin qui devait m'opérer a pris le temps de me, de me... je dis ça comment ? il a vraiment pris le temps de me prouver que c'est une opération certes mais c'est des cas difficiles qu'ils arrivent à perdre les patients. Le médecin anesthésiste (hésite, est-ce qu'ils sont des médecins ?) l'anesthésiste elle m'a aussi dit la même chose que sur dix patients, ils perdent 0,25% en terme de statistiques. Donc c'est une opération certes mais que je ne devrais pas avoir peur. Ça a été ça, ils

m'ont remontée, ils m'ont redonné de la force et le courage d'affronter le traitement

Chercheur : j'aimerais savoir, avant d'arriver à l'opération, quand vous avez su, je veux dire à l'annonce, que vous souffriez du cancer, quelle a été votre réaction ? qu'avez-vous ressenti ?

(Sa voix se fait rauque, elle s'appuie les yeux avant de répondre)

MILA : j'ai d'abord perdu la connaissance hein, pas que je suis tombée, mais dans la salle de consultation, j'ai senti un vide au niveau de ma tête, un vide (en martelant) et ce jour j'étais seule (en martelant également) et quand je me suis levée, je suis partie de là, je ne sais pas si c'est important de dire hein...

Chercheur : tout est important madame

MILA : je suis partie de l'hôpital jusqu'à la mobil omnisport à pieds, je ne savais pas, je marchais, c'est quand la voiture a essayé de me percuter que je me suis réveillée de mon sommeil, parce que je marchais, dans ma tête hein, je vous jure je dormais. Donc toute cette marche là je n'étais pas moi-même jusqu'à ce que la voiture là et le chauffeur m'a grondée c'est là où je me suis réveillée de mon sommeil, j'ai pris conscience, j'ai traversé la route, je suis rentrée. Ça n'a pas été facile, pour être honnête envers moi-même, ça n'a pas été facile, je savais que c'était la fin, je savais que c'était la fin, je savais que mes jours étaient comptés, je savais que c'est les maladies chroniques qui ne guérissent pas, bref j'ai compris que c'était la fin hein, j'ai compris que c'était la fin jusqu'à ce que je rencontre le Dr... qui me dit non MILA la médecine a évolué, le cancer du sein je peux pas te dire que ça ne tue pas ça tue mais on prend le patient en charge et nous avons beaucoup ici qui ont survécu, ils se sont en sortis et ils vont bien. Mettons-nous seulement au travail et le plus tôt serait le mieux. C'est elle qui a commencé à me remonter, à me redonner espoir jusqu'à ce que je rencontre d'autres personnes qui sont passées par là et qui sont debout et pleines de vie actuellement. Oui, je ne sais pas si je réponds à ta question hein

Chercheur : pendant la maladie, on a tendance à dire que les chimio ne sont pas faciles, pouvez-vous nous parler de ces moments-là ?

MILA : hummmm... les chimiothérapies ont été pour moi une expérience très très désagréable (insiste) très très désagréable. Quand on me fait la première séance de chimio, je suis allée à l'hôpital j'étais en bonne santé physique, donc je ne présentais pas les signes de la maladie, je n'étais pas fatiguée, j'avais l'appétit, enfin physiquement j'étais forte, j'étais en bonne santé même. Quand on finit la séance de traitement, c'était avant midi. Je me suis endormie quand je me réveille à 14h-15h j'ai

ressenti une gêne générale c'est-à-dire que de la tête jusqu'aux pieds j'étais malade. Les nausées, tout me dégoutait c'est-à-dire que même le parfum des remèdes qui étaient en moi me mettait encore mal à l'aise, je me disais que ou c'était ma bouche qui sentait, j'ai parlé de la mauvaise haleine ? même quand je parlais c'est comme s'il y avait (silence pendant 15 secondes, se retient de pleurer). Avant 20h je ne pouvais plus manger, même boire de l'eau plate ce n'était plus facile, une gêne générale qui me coupait l'envie de toute chose, tout. La chimio m'a rendu la vie désagréable, l'infirmière m'a dit c'est parce que c'est la première séance, quand tu vas t'habituer ça ne sera plus le cas... (silence brusque et tristesse, la patiente semble revivre ces moments difficiles). Mais ça n'a pas été le cas, les quatre premières séances de chimio avant l'opération ont été pareilles, la réaction a été la même : la fatigue, les nausées, gêne totale, dégoût même. Les chimio m'ont rendue plus malade. Avant les chimio je n'avais pas de problème hein, la poitrine là tirait, ça tire, je bois les antiinflammatoires ça se calme je dors. Mais quand on a commencé à me faire les chimio, je ne me maîtrisais plus moi-même, je ne savais plus qui j'étais, je ne savais même plus ce que je devais faire pour être à l'aise, mal à l'aise plus plus, manque d'appétit, c'est là où j'ai commencé à perdre le poids, c'est là où les gens ont commencé à me demander qu'est-ce qui ne va pas ? est-ce que tu vas bien ? avec la chute des cheveux encore c'était très grave, tu deviens d'abord laide, tu es laide, tu n'as même pas envie que les gens te voient, tu ne veux même pas être en contact, ça a été une expérience difficile hein, tsuip, je n'aime même pas raconter ça (se retient à nouveau de pleurer, silence)

Chercheur : pendant ce temps, comment ça se passait avec la famille ? avec ceux qui étaient autour de vous ?

MILA : si je peux me permettre de le faire, mon mari, ma famille, ils ont été pour moi une épaule où je pouvais poser la tête pour pleurer, ils ont été pour moi des moteurs de la consolation, hummm cet état pour vous dire la vérité a façonné mon mari parce que c'est un monsieur qui a été habitué que j'étais la machine à tout faire, à faire vite et à bien faire. Quand je suis entrée dans ces crises, où il pouvait sortir le matin, il me laisse couchée, il revient il me trouve dans la même position, il a compris que j'étais touchée, il force même pour que je mange je ne mangeais pas. Il a commencé au début à vouloir gronder, à vouloir prendre la chose avec force que oh mange c'est quoi ? je le regardais seulement, et quand il a fait ça deux ou trois fois il a compris que il fallait changer de méthode, il a commencé à me supplier, à me

demander ce que ma bouche peut accepter, s'il fallait aller à la boulangerie pour acheter, même jusque-là hein. Parfois j'avais envie de manger pour lui faire plaisir mais le corps refusait, les enfants ils sont tout petits, celle qui est un peu consciente n'est plus avec nous, les plus petits là même eux ils ont remarqué que quelque chose n'allait pas, parce que je n'avais pas encore trouvé les mots justes pour leur donner ma position sanitaire, les mots justes pour les amener à comprendre que maman n'allait pas bien et voici et voilà. Jusqu'au jour où le plus jeune je ne sais pas comment il a fait, son grand-frère prend ma lame pour utiliser il lui dit « n'utilise pas la lame de mama elle a le cancer ». Donc je suis avec mes gens je crois que je cache et quelqu'un est au courant de la situation, curieux c'est le dernier hein. C'est en ce moment que j'ai pris le courage de les appeler avec l'accord de leur père. Et c'était à un mois de l'opération, je leur ai dit ils ont pleuré et ça m'a encore mis mal à l'aise. Donc le plus jeune quoiqu'il était au courant il s'est mis à pleurer en me demandant mama tu vas mourir ? et l'aîné me dit que moi je sais que les gens qui ont le cancer ne vivent pas, je leur ai dit non les choses ont changé, à l'hôpital on guérit il faut seulement supporter le traitement, ils ont aussi adopté d'autres habitudes dans le sens de m'accompagner, à leur niveau ils m'ont aussi accompagnée. Ainsi que mes frères, mes sœurs, mes amis, je n'ai pas rencontré quelqu'un de violent, quelqu'un de non sensible face à cette situation jusqu'au jour de ce jour. Donc tous ceux à qui je prends le courage de raconter, même sans raconter, il y a un voisin qui m'a dit que sa mère aussi est dans cette situation, bref les gens m'ont accompagnée, personne n'a été insensible dans cette situation. Si on me demande de dire merci, je ne sais pas par où je vais commencer hein

Chercheur : et qu'est-ce qui vous a fait tenir ? qu'est-ce qui vous a aidée à accepter la situation ?

MILA : il y a d'abord le médecin qui m'a rassurée qu'actuellement le cancer ce n'est pas synonyme de mort, il y a ça, il y a comme je l'ai dit au départ, tous ceux qui sont autour de moi m'ont accompagnée. Même quand il fallait aller à l'hôpital, j'avais une grande fille ici à la maison, elle claquait la porte de l'école pour m'accompagner, et le soutien moral venant de plusieurs personnes, beaucoup de gens me soutiennent je ne peux pas parler au passé, je venais de te dire que mes produits vont jusqu'à 500000FCFA par mois, c'est-à-dire le mois même où je combine les trois traitements je suis à plus de 600000 car j'ai un produit de 460000, un produit de 25000, et l'injection de 160000 que je prends après trois mois, tu vois que quand tu totalises

tout ça... ma situation d'enseignante seule je ne pouvais pas, mon mari, l'assurance car nous sommes assurés mais l'assurance ne couvre pas tout ; il y a des choses que l'assurance ne fait pas et d'office ils ont refusé de me donner les produits, j'ai compris que ce n'était pas facile, déjà que la pharmacie où nous trouvons ces produits ne fait pas partie de la liste des pharmacies d'assureur. Donc beaucoup de gens m'accompagnent j'ai ce soutien et ça me donne la force de lutter, la force de tenir bon. Et mes enfants, certains restent même bébé mais ils s'en sortent et me donnent beaucoup de force aussi, et ma vieille maman je pense à elle (silence... tristesse), beaucoup de gens me donnent la force d'avancer, je ne peux pas parler de mes amis, je ne peux pas, je suis accompagnée.

Chercheur : y a-t-il un moment où ça vous a traversé l'esprit que c'est un truc qu'on vous avait fait, nous sommes en Afrique...

MILA : oui, oui, oui, à un moment j'ai pensé que c'était un sort qui m'a été lancé mais ce qui m'a fait tout de suite abandonner ce côté c'est que généralement, on dit que ce qu'on a fait dans la nuit ne se voit pas le jour à l'hôpital. Si déjà l'hôpital a pu voir ce qui n'allait pas en moi, j'ai compris que, et j'ai aussi essayé de faire des petites recherches à mon petit niveau, j'ai compris que mon organisme était mon propre ennemi, l'organisme de quelqu'un peut s'avérer son propre ennemi à un moment de la vie, je n'ai pas trouvé, je n'ai pas que c'était de la sorcellerie. Est-ce qu'on voit la nuit à l'hôpital ? c'est ce qui m'a fait abandonner cette idée. Tu pars à l'hôpital, on ne voit rien alors que toi tu es malade. On détecte ça chez le marabout, les tradipraticiens, le pasteur ; donc c'est ça qui m'a enlevé ça. Certes mes deux milieux que je fréquente sont l'hôpital et l'église mais l'idée-là n'a pas trop duré, je ne me suis pas attardée sur ça mais je suis une africaine, cette idée a été là mais je me suis très vite ressaisie

Chercheur : ok. Dites-moi madame, savez-vous ce que c'est que l'estime de soi ?

MILA : je pense que c'est la valeur que je peux me donner à moi-même

Chercheur : avant la maladie, vous avez dit que vous viviez une vie normale, quelle valeur vous donniez-vous en ce moment-là ?

MILA : je ne savais pas en ce moment-là que j'étais importante, je ne savais même pas que j'étais utile (rire) même les gens qui sont autour de moi ne savaient pas que j'étais utile. Le problème c'est quoi ? j'avais la possibilité de me lever le matin, je fais ma petite prière, je porte mon seau d'eau, je pars me laver, je sors, je reviens, je prépare, je mange, je n'avais pas de souci pouvant m'interpeller moi-même que arrête

toi d'abord et regarde il y a quelque chose qui ne va pas ; donc je ne savais pas que (je vais exprimer ça comment ?), je ne savais pas que j'étais utile à moi-même d'abord, et aux autres ensuite donc tout ce que je faisais je savais que c'était mon quotidien, les enfants qui revenaient de l'école, ils trouvaient tout prêt, je ne savais pas, je ne savais pas, jusqu'à ce que la maladie arrive et qu'on commence à me faire les chimio ; c'est là où je me rends compte que même pour manger j'ai besoin de l'autre, je ne suis plus utile à moi-même (silence douloureux) ; je ne me donnais pas moi-même cette valeur, honnêtement parlant

Chercheur : aujourd'hui, les chimio ont diminué, l'ablation a eu lieu, vous avez subi la mastectomie, vous avez repris un peu de forme, comment vous vous percevez ? quelle valeur vous vous donnez ?

MILA : (silence, hésitation, puis d'une voix basse et triste répond) je me dis que je suis inutile hein, depuis la maladie là je crois que je suis inutile, pour dire vrai (rire triste) je ne sais pas, je crois que je suis inutile

Chercheur : qu'est-ce qui vous fait penser ça ?

MILA : parce que jusqu'au jour de ce jour, je ne suis pas apte à faire mes choses comme je le faisais avant c'est-à-dire que je pouvais me lever un matin je pars à l'école, j'enseigne je rentre, je vais au marché, je porte mon sac, je reviens, je prépare, maintenant si je pars à l'école, je rentre étant fatiguée plus que tout. Un petit sac, à partir de 2-3 kg là je ne peux plus porter, il faut toujours appeler quelqu'un que viens porter le sac ; mon seau d'eau pour aller me laver il faut que quelqu'un porte, mes habits il faut que quelqu'un les lave, parce que quand je... je voulais même balayer ici le matin, j'ai eu une gêne après quelques exercices avec le bras, je suis obligée d'abandonner ; dans le sens physique je ne suis pas autonome

Chercheur : si j'ai bien compris cette autonomie réduite à vos yeux réduit la valeur que vous aviez pour vous-même

MILA : (répond spontanément) oui

Chercheur : croyez-vous que c'est ce que pensent aussi ceux qui sont autour de vous ?

MILA : je n'ai pas encore eu le temps de causer avec eux

Chercheur : si vous arrivez à être plus autonome, vous vous sentirez beaucoup mieux ?

MILA : oui, plus plus. Mon problème d'abord c'est que j'utilisais mes deux bras hein, je commence avec celui-ci quand ça se fatigue je mets de l'autre côté

Chercheur : et votre cicatrice ? vous avez le courage de la regarder ?

MILA : oui. Mais il y a la douleur quand je fais des mouvements, c'est ça qui réduit mon autonomie, même quand j'utilise l'autre bras ça a des répercussions, j'ai des sensations au niveau de la poitrine qui ne me laissent pas indifférente

Chercheur : et avec votre mari ? comment ça se passe aujourd'hui ?

MILA : je vous ai dit que quand je découvre que j'ai une boule au niveau de mon sein, je n'étais pas malade, jusqu'à ce que cette boule commence à me mettre mal à l'aise, après la biopsie j'allais encore mieux parce que la boule là tirait hein ça faisait tic tic tic, je prends les antiinflammatoires, je bois ça se calme, je menais ma vie de couple normalement et sans problème. C'est quand on commence à me faire les chimio que je perds le goût de la vie c'est-à-dire que tu es gênée tu es mal à l'aise tu n'as même pas envie, un état... tu deviens même désagréable, la tension même monte comme les mamans disent au village (elle reprend cette phrase en sa langue maternelle : l'Eton) donc tu es mal à l'aise ; c'est là où je prends le dégoût de l'homme, on me fait les chimio jusqu'en juin 2023, pas de rapports sexuels, donc pendant 4 mois, rien. Quand on annonce qu'on doit m'opérer, je perds encore l'envie de vivre enfin j'ai un sentiment, la crainte là m'a habitée jusqu'à ce que les chirurgiens là et les médecins me remettent en confiance. Après l'opération j'ai encore fait six mois sans euh sans y penser, déjà que la poitrine me faisait encore atrocement mal et tout ce que ça pouvait engendrer en moi ; mais bon on m'a opérée en juillet (elle compte sur ses doigts les mois écoulés), j'ai repris mon activité sexuelle en février 2024, je me sens femme, je me sens femme et j'ai recommencé à développer les crises de jalousie. Pendant cette période mon mari pouvait faire deux jours dehors, je ne l'appelle pas, je ne veux pas savoir ce qu'il fait ni où il est, mais après là... comprenons tout simplement que je me sens femme. La vie a repris son cours

Chercheur : et comment entrevoyez-vous l'avenir ?

MILA : je ne peux pas quantifier à quel niveau je me situe, mais je me sens femme, j'ai envie de vivre, j'ai même envie d'accoucher, c'est peut-être même l'âge-là qui va me rattraper (sourire) 44 ans. Le traitement court sur cinq ans, disons que j'ai déjà fait deux ans de traitement, quand on ajoute encore trois ans, le temps va me rattraper

Chercheur : à l'hôpital que vous ont-ils dit ?

MILA : ça ne sera plus possible, parce qu'on est entrain d'accélérer que j'atteigne la ménopause, l'injection qu'on me fait au bas ventre là, il a employé quel terme

dernièrement là ? j'ai compris qu'il faut qu'on me mette... qu'on accélère la ménopause chez moi

Chercheur : ça vient contrecarrer vos projets

MILA : (elle hausse les épaules en faisant une moue) ah je vais supporter

Chercheur : néanmoins est-ce que ça joue sur la valeur que vous vous donnez ?

MILA : non. Quand je dois me mettre à l'aise avec mon mari, je me mets à l'aise, j'ai déjà des enfants, ce n'est pas comme si je n'avais pas encore d'enfant et que... j'ai des enfants, mais mon souhait honnêtement parlant, je voulais encore accoucher après Ngoa-Ekelle (petit rire)

Chercheur : eh bien madame, nous sommes parvenues au terme de notre entretien, je vous remercie pour la disponibilité, pour les réponses et surtout pour votre participation à l'avancée de la science, cela aidera très certainement la population également. Avez-vous une dernière chose à dire ?

MILA : mon expérience vécue de la maladie m'a ouvert l'esprit sur certaines choses. La maladie a renforcé en moi l'esprit de pardon, l'esprit de pardon parce que tu vis sachant que tu es entrain de compter tes jours, tes jours sont entrain d'être comptés on ne sait jamais, tout est possible avec cette maladie. Tu te vois entrain de quitter ce monde ayant des rancunes, ayant des petits soucis, ayant des, des malentendus avec des proches, automatiquement tu te rabaisses, même là où tu as raison tu te dis que le monde est vanité, tout passe. Et si tu dois partir ce n'est pas en emportant des, des rancunes. Tu cultives, bon j'ai cultivé, renforcé (en appuyant sur le mot) cet esprit de pardon d'un. Et de deux, ayant compris que je n'étais rien sans les gens qui étaient autour de moi, après une séance de chimiothérapie où j'étais incapable... il y avait même des moments où j'avais envie de vomir, permettez-moi de l'expression, il fallait que quelqu'un me montre le seau, il fallait que quelqu'un porte pour aller vider. Tu supportes les radiothérapies avec cette ambiance de fatigue, de malaise et tout ce que cela comporte, tu te rends comptes que si tu n'as personne autour de toi tu ne peux rien. On va jusqu'à l'opération j'ai fait plus de trois mois où quand j'étais couchée, pour me relever, il fallait que quelqu'un me soutienne. De trois, les hommes, l'homme c'est les hommes, j'insiste sur ça mon traitement est extrêmement coûteux, je dis bien extrêmement coûteux par rapport à mes avoirs, seule je ne peux pas m'en sortir, ça je dois l'avouer. Il n'y a que des gens qui sont autour de moi et qui manifestent de l'amour pour moi, qui m'accompagnent dans cette épreuve de dépenses. Mon salaire même si on me le remet en totalité je, je vais

exprimer ça comment ? même si on me remettait mon salaire, genre je n'ai pas de crédit genre je n'ai rien d'autre à faire, seulement la maladie mon salaire ne peut pas me soigner, mon traitement prend mon salaire trois quatre fois donc, quand je dis l'homme c'est les hommes. J'ai connu, j'ai connu cette valeur de l'homme derrière la maladie. Quand je n'étais pas malade, je pouvais me permettre de dire même aux gens que je n'ai besoin de personne, je mange avec la petite école que j'ai faite, je ne demande rien à personne, je pouvais me permettre d'être orgueilleuse à ce niveau, chance pour moi je ne suis pas du genre. (Silence). Pour finir, je vais dire la maladie, cette expérience a fait de moi une personne qui sait que sans les autres, elle n'est rien. C'est tout ce que je peux exprimer pour le moment.

Et je vous dis merci, c'est moi qui vous remercie pour la peine que vous prenez. Je vous remercie de m'avoir entretenue parce que parler, raconter, c'est une cure, vous m'avez permis de dégager certaines choses. Hmmm je vous remercie, si mon apport peut aider le monde... et s'il vous arrive encore d'avoir besoin de moi n'hésitez pas, je suis à votre entière disposition. Si vous avez des camarades qui veulent en savoir plus aussi, je suis disponible.

Chercheur : c'est bien reçu madame. Merci encore.

ANNEXE 5

CORPUS D'ENTRETIEN AVEC MADAME ZARA

~ 142 ~



Modifier avec WPS Office

Notre entretien avec Zara a eu lieu dans l'enceinte de l'hôpital général de Yaoundé.

Zara est âgée de 53 ans, mariée et mère de deux enfants. Elle a subi plusieurs opérations à l'étranger et au Cameroun où elle est sous chimiothérapie depuis quatre ans. Elle est titulaire d'une licence en biochimie.

Chercheur : Bonsoir madame ZARA, permettez-moi de vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude. Comme je vous l'ai dit précédemment, l'entretien sera enregistré afin que je puisse retranscrire fidèlement vos propos, je vous remercie également d'avoir accepté cela. Les données sont strictement confidentielles et votre nom n'apparaîtra nulle part. vous êtes également libre, malgré la signature du consentement éclairé, de mettre fin à votre participation si vous en éprouvez le besoin.

ZARA : je vous en prie et c'est bon à savoir. Mais si je ne vous réponds pas, la science n'existera pas. Je suis aussi passée par là

Chercheur : Pouvez-vous s'il vous plaît me parler de votre vie avant la maladie ? comment cela se passait-il ?

ZARA : déjà je vous dis merci pour cet entretien que vous allez faire avec moi dans le cadre de votre recherche, et j'aime bien les femmes qui se battent, celles qui aiment l'école, celles qui aiment connaître, c'est pour cette raison que c'est toujours bien et aisé pour moi d'accompagner ces jeunes qui sont entrain d'émerger.

Parlant de mon vécu avant la maladie, moi j'étais une femme accomplie, très rêveuse, très dynamique, engagée pratiquement dans beaucoup de domaines, déjà déléguée médicale, j'ai exercé pendant 17 ans malheureusement la maladie m'a fait m'arrêter donc pour dire vrai, j'étais une femme accomplie hein, une mère au foyer, mariée avec deux enfants, deux beaux enfants que j'adore vraiment, qui aujourd'hui font ma fierté parce que il faut dire hein, je parie que sans eux j'aurais fléchi avec cette maladie qui n'est pas facile à vivre quoi, voilà le gros

Chercheur : quand vous dites accomplie, c'est dans tous les domaines ?

ZARA : bon accomplie comme je le dis hein, mariée, mère d'enfant, salariée et ayant un logement parce que je vis chez moi jusqu'à présent donc, je n'avais pas de souci, j'aidais ma famille à volonté, donc c'est un peu ça

Chercheur : et là comment ça s'est passé ?

ZARA : bon, pour dire vrai comme on le dit souvent hein, la vie réserve des surprises, parce que ça a été une grosse surprise pour moi. Déjà je travaille la veille et je vais au lit je... comme d'habitude je fais mes choses tout tout tout, le lendemain

je me réveille je sens que je suis hébétée, voilà comment tout commence pour moi en 2020, août 2020. Donc je me sens hébétée du coup j'alerte mon mari je lui dis beh tiens je suis plus moi je suis pas dans ma peau euh ; pour un début on a pris à la légère mais après quelque temps je me suis rendu compte qu'il n'y avait même pas moyen de conduire pour aller au boulot rien donc direction hôpital. Voilà comment mon calvaire commence.

Chercheur : quand vous dites hébétée, qu'entendez-vous par là ? pouvez-vous être plus claire ?

ZARA : lorsqu'on est hébété ça veut dire quoi ? on n'est plus la personne qu'on était non, tu te réveilles le matin tu sens que il y a quelque chose qui ne va pas dans ton corps mais tu ne sais pas quoi, tu as l'impression que tu es entrain de te tromper de personne. Tu te mets debout rien ne marche, après tu te rends compte que c'est vraiment compliqué là, c'est un peu ça. Pourtant la veille j'étais bien, je me suis couchée je n'avais aucun souci.

Chercheur : une fois à l'hôpital... ?

(ne me laisse pas terminer ma question et réponds directement)

ZARA : une fois à l'hôpital bon ça a pas été facile le diagnostic hein, mon problème, quand j'arrive effectivement je dis au médecin que je me sens pas bien, il me dit mais je vois une dame dodue, une dame pleine de forme et tout ça, qui elle dit qu'elle ne se sent pas bien, elle ne se sent pas bien ça veut dire quoi. Et curieusement comme je suis quelqu'un de dégagé, je lui dis que docteur je peux pas rentrer à la maison, je ne me sens pas bien. Au médecin de me dire, bon il faut faire quelques examens et curieusement dès que je m'en vais pour faire les examens je prends les ascenseurs, au niveau de l'ascenseur je m'écroule, ça c'est les vertiges tout azimuth, voilà comment on me ramène rapidement aux urgences, je n'ai plus pu arriver au labo donc on m'interne. Effectivement la grande surprise a été que quand j'étais couchée, c'est le médecin qui est venu maintenant pour regarder comment je suis couchée qui découvre que j'ai les extrémités noires, totalement noires, les pieds étaient devenus tout noirs. Il a demandé à mon mari est-ce que elle est souvent comme ça il dit non moi-même je viens de découvrir ça. Voilà comment les choses vont de scanner en scanner et tout ça finalement on a dépisté que j'avais une tumeur, je souffrais d'une tumeur en novembre 2020 et cette tumeur là... je me suis fait opérer en février 2021 puisque ça avait commencé par la tête, tumeur du cerveau je me suis, j'ai été évacuée par ma société que je remercie toujours jusqu'aujourd'hui parce que sans

eux peut-être je ne serais plus en vie c'est vrai que le Seigneur est au-dessus de tout mais lorsqu'il y a quand même les moyens on les, ça donne aussi de l'opportunité de survie, la chance de survie ; donc j'ai été évacuée à l'étranger où j'ai été opérée de cette tumeur du cerveau. Après la tumeur du cerveau il fallait explorer l'organisme et on s'est rendu compte que j'avais un sein aussi déjà touché car l'examen avait montré que c'était un cancer, mon sein était touché. Bon j'ai été opérée du sein aussi et ensuite la chimiothérapie, radiothérapie, j'ai passé dix mois là-bas à l'étranger. Je suis revenue au Cameroun en octobre 2020 non 2021 ; une fois au Cameroun tout semblait bien malheureusement euh, bon j'ai suivi, j'ai fait mon suivi à l'hôpital

Chercheur : si je comprends bien vous êtes revenue avec le statut de guérie

ZARA : non en rémission je suivais le traitement. Donc curieusement j'ai été surprise de savoir que, en septembre 2022, j'avais bien pris mon traitement que je suis revenu de l'étranger avec, j'ai été surprise de voir que mon bras du côté de la mastectomie avait commencé à gonfler et je ressentais des douleurs c'est là où je suis rentrée voir mon médecin traitant qui directement a demandé que je refasse les marqueurs. Et dès qu'on a refait les marqueurs tumoraux on s'est rendu compte que ça avait explosé et ça l'a orienté directement à un autre scanner et effectivement il y avait des lésions qui montraient une rechute de la maladie au niveau du sein déjà touché. Du même côté il y a eu une boule qui a apparu dessus, il a appelé ça nodule de perméation ; bon ce qui fait que il fallait après le scanner refaire une biopsie écho guidée qui a été faite, et curieusement les résultats des analyses ont été discordants par rapport aux résultats de l'étranger, donc à l'étranger j'étais sous hormones parce qu'ils ont considéré mon cancer de sein comme hormonal ; je sais pas s'ils avaient analysé parce que j'ai été... pour moi c'est un scandale et au Cameroun on a vu plutôt un triple négatif, ce qui fait que il fallait maintenant recommencé le traitement à zéro. Donc depuis novembre 2022 j'ai recommencé avec les chimio, ce jusqu'à nos jours vous voyez. C'est comme si le premier traitement a plutôt créé les résistances dans mon organisme ce qui fait que je change de ligne de chimio, mon médecin est entrain de changer pratiquement de ligne de chimio après six cures ça n'avance pas, je change jusqu'à nos jours comme ça.

Chercheur : donc si je comprends bien ça fait pratiquement 4 ans

ZARA : ça fait 4 ans que je suis malade

Chercheur : j'aimerais savoir, avant d'arriver à l'opération, quand vous avez su, je veux dire à l'annonce, que vous souffriez du cancer, quelle a été votre réaction ?

qu'avez-vous ressenti ?

ZARA : déjà il faut dire que à l'étranger je n'avais pas de garde-malade, j'étais seule et c'est la première fois que j'entends parler d'un cancer, moi je me dis que c'est une pathologie c'est quelque chose qui va partir à tout moment d'un moment à l'autre donc pour moi ça ne m'a même pas impressionnée mais c'est quand je suis sortie du bloc parce qu'en fait il faut dire que je suis allée au bloc pour... par rapport à mon sein, c'était pour enlever les nodules ; je n'ai même pas été préparée que mon sein serait enlevé, je suis sortie du bloc avec un sein enlevé c'est ça qui m'a vraiment traumatisée, c'est ça qui m'a traumatisée et je n'ai plus jamais revu cette dame qui m'a opérée jusqu'à ce que je parte de là. Moi j'avais été traumatisée, ce qui fait que vraiment l'accueil de cette diminution n'a pas été facile bon heureusement que la blessure a cicatrisé après il y a eu des (hésitations, elle semble chercher ses mots) vous appelez ça quoi ? les prothèses extérieures qu'on met ça fait que c'est acceptable.

Bon ce qui a été vraiment troublant pour moi c'est lorsque j'arrive quelques dix mois après, la rechute-ci et on se rend compte que le diagnostic était mal posé de l'autre côté, il faut reprendre tout. Maintenant je ne sais pas si c'est parce que la maladie est tellement vicieuse ou alors c'est ce mauvais diagnostic posé au départ qui est entrain de me trainer à quatre ans, je sais vraiment pas ; donc c'est assez bouleversant, c'est assez troublant, on essaie de faire avec.

Chercheur : pendant la maladie, on a tendance à dire que les chimio ne sont pas faciles, pouvez-vous nous parler de ces moments-là ?

ZARA : la chimio c'est quelque chose d'assez extraordinaire c'est le chimique qu'on passe dans le corps hein. Au début je me disais que j'allais mourir, vomissements, diarrhées, fatigue extrême et après des douleurs généralisée ça c'est la chimio hein ; mais il faut dire que j'ai appris à surmonter tout ceci, j'ai appris à comprendre que je dois vivre avec ces bobos là jusqu'à ce que le médecin me dise que c'est fini donc je me suis adaptée au traitement j'ajuste aussi et il faut dire que je prends beaucoup de compléments alimentaires hein ce qui fait que ça atténue les effets de la chimio donc ça passe. Comme là maintenant j'ai pris les comprimés, j'ai ma boîte là je bois deux matin deux soir quand la boîte finit j'achète l'autre or elle par exemple (pointant une voisine de lit) elle a commencé à vomir elle n'avait pas elle n'avait encore rien pris, après avoir pris il va de soi qu'elle vomisse ou peut-être elle a autre chose.

Chercheur : pendant ce temps, comment ça se passait avec la famille ? avec ceux qui étaient autour de vous ?

ZARA : (silence puis pleure un moment) j'ai perdu mon travail (elle se tait un moment face au flot d'émotions qui remontent en surface). Mon travail me permettait d'avoir une vie décente, c'est vrai ils m'ont dédommagée, ça m'a permis de finir ma maison ; je ne m'imaginais pas que ce serait si long, je n'aurais pas construit la maison, le traitement est cher, très cher même si tu as l'argent comment sur le long terme ça devient difficile de tenir. J'avais les amies, des copines on sortait je les emmenais dans des restaurants chics j'avais un peu hein les weekends c'était la folie on se baladait, je les assistais... (elle se tait à nouveau un moment) mais la vie hein. Faut dire que la vie humaine c'est un mythe hein quand tu fais quelque chose tu ne sais pas que ce que tu fais tu sais pas où ça va te mener bref, pour parler des relations humaines c'est complexe, on peut avoir mille amis mille frères et sœurs, mille je ne sais quoi quand on est en santé dès que tu tombes malade pour un début peut-être cinq cents vont un peu t'appeler pour savoir de quoi tu souffres venir même t'assister. Mais dès que tu vas rester au lit sur place là un an même on t'oublie non. Imagine que je suis à quatre ans, les seules personnes qui me restent c'est ma mère qui vit encore, ma grand-mère vraiment et je leur tire un grand coup de chapeau, elles ne sont pas à côté de moi hein mais elles m'appellent tous les jours matin et soir. Ma grand-mère qui a quatre-vingt-dix ans m'appelle tous les jours matin et soir et elle dit ma fille moi je suis à quatre-vingt-dix ans je ne sais pas ce que toi tu as à 50 ans ce n'est pas possible tu vas guérir, ça me donne le goût. Les amis vraiment il faut dire que c'est dans les oubliettes non, c'est rare que un ami même t'appelle, te fasse un whatzap ça c'est vraiment rare. Si je te dis que depuis que je suis malade c'est le vide total, il y en a même qui ne m'ont jamais appelée même une fois pour prendre de mes nouvelles tout le monde a disparu. Bon les frères si tu avais les cousins oublie-les, ils n'existent plus à la limite c'est les frères même mère même père là qui vont de temps en temps comment tu vas et tout ça. Mais dans la vie on a toujours une ou deux personnes sûres à qui on est accro hein. Donc j'ai une sœur amie qui jusqu'aujourd'hui est avec moi c'est vrai on s'est connues quand elle était très bien et après elle est tombée et on s'est supportées, aujourd'hui je suis tombée elle me supporte ; lorsque je regarde souvent les gens parlent de tribalisme tout ça moi ça m'amuse, je dis souvent que parce qu'ils n'ont encore rien vu ils n'ont pas entendu ils n'ont pas hein... moi je suis Bamiléké de l'Ouest, ma meilleure amie qui est restée

collée à moi est Bulu tu vois un peu tu vois le paradoxe de la vie non, c'est un peu comme ça la vie. Heureusement Dieu m'a donné un mari qui était vraiment pour moi, il a appris à s'adapter mais ça n'a pas été évident. Mes enfants avaient peur, ma fille chaque fois qu'elle revenait de l'école venait se rassurer que j'étais bien vivante, son frère on dit souvent que les garçons sont indifférents, mon fils s'occupait aussi de moi ; c'était très dur pour moi de voir mes enfants souffrir comme ça mais je n'y pouvais rien. Je t'assure ils ont été ma force avec leur père, leur amour m'a soutenue. Mon mari c'est vrai même les rapports étaient devenus difficiles, on avait fait plus de six mois sans aller ensemble même à ton ennemie tu ne peux pas souhaiter de traverser ce genre de choses mais je remercie le Seigneur. J'ai rencontré des femmes ici dans le même cas qui m'ont dit que le mari n'a pas pu supporter et elles se sont retrouvées seules, le mari a fui, même assister financièrement rien, ils ont préféré aller se mettre avec une autre femme tu imagines, la personne qui est sensée te soutenir plus que tous les autres, le père de tes enfants t'abandonne et avec les enfants hein. Donc quand je pense à ces cas je me dis que j'ai beaucoup de chance même s'il y a eu des moments d'irritabilité aussi. Bon quand j'étais à l'étranger la distance ne s'est pas trop fait ressentir parce que étant là-bas j'avais la possibilité de communiquer avec mon mari mes enfants tous les jours via WhatsApp quoi. Donc c'était pas très très laborieux difficile mais pas quand même trop. On n'était pas distants l'un de l'autre et quand je reviens j'ai eu la chance parce que la société a fermé et en partant on m'a quand même donné la prime de séparation qui m'a permis de vivre un peu mais je ne savais pas que la maladie devait durer comme ça. Donc c'est vraiment maintenant que je commence à sentir vraiment le poids financièrement et il faut dire je suis même déjà entrain de me convertir en mendiante, je n'ai pas honte hein capacité d'adaptation non (petit sourire) je m'adapte donc moi ça ne me coûte rien de dire à ma petite sœur que envoie moi la nourriture beh je suis... de dire à un ami vraiment c'est compliqué je n'ai plus d'argent pour faire mes chimio ; c'est vrai que ça devient c'est un peu difficile parce que eux me connaissant et voyant comment je me comporte aujourd'hui c'est le jour et la nuit hein mais c'est pile et face directement vous voyez un peu ? (hochement de tête du chercheur) ce qui fait que c'est pas facile mais ce qui a encore fait ma force c'est que je sais pas si scientifiquement comme je t'ai dit j'étais une femme de science j'aime la science ce qui fait que je n'avais pas trop foi en Dieu quoi j'avais abandonné même carrément ma foi chrétienne pour m'orienter vers ma recherche d'argent mais aujourd'hui avec



le recul que j'ai eu je me suis carrément reconvertie, je pense que ça me fait aussi une grande force les prières. Donc c'est aux prières maintenant que je vis avec mes enfants mon mari, à chaque fois on prie Dieu qu'il me garde en vie parce qu'il faut dire que les chimio ne sont pas faciles les prix de chimio sont très très agressifs et Dieu merci on parvient à jongler à s'en sortir et... donc je vis maintenant grâce à Dieu, les prières. Je suis évangélique protestante, dès que j'ai un peu d'énergie je pars à l'église, si un dimanche me trouve à la maison ce que la chimio m'a fait ça. Et par rapport à la vie en causant avec les amies qui sont malades aussi, d'autres dames, j'ai repris goût à la vie hein ; accepter de vivre avec un sein c'est pas facile mais comme j'ai dit heureusement il y a des prothèses et ça passe. J'ai été en contact avec plusieurs dames qui ont fait le cancer c'est vrai uniquement du sein avec des mastectomies qui sont bien, celles qui sont guéries ça fait dix ans, quinze ans et qui n'ont pas de souci, ça m'a donné du goût reprendre quoi goût à la vie quoi, le goût à la vie. Personnellement sans vraiment ces chimio ci qui me fatiguent là et beaucoup de problèmes financiers, vous savez lorsqu'on n'a pas de santé on ne peut rien faire, on ne peut rien produire, c'est ça qui m'affecte aujourd'hui c'est ça qui m'affecte sinon vraiment s'il y avait, si j'avais des sources de financement pour mon traitement je n'allais même pas trop me plaindre. Parce qu'aujourd'hui j'ai compris que la maladie sévère est différente des autres pathologies par exemple les infections, par exemple le VIH c'est deux mondes différents beh c'est carrément un système d'ADN qui est dérégulé il faudrait chercher remettre en place, ça prendra combien de temps ? point d'interrogation donc c'est un peu ça, je suis entrain d'accepter comme ça ; de toute façon je prie Dieu qu'il m'aide quoi ; qu'il m'aide à m'accomplir, à avoir les moyens pour me soigner parce que vraiment c'est ça qui me gêne il y a le médicament et on ne peut pas se soigner par manque d'argent c'est compliqué, c'est assez compliqué.

Chercheur : y a-t-il un moment où ça vous a traversé l'esprit que c'est un truc qu'on vous avait fait, nous sommes en Afrique...

ZARA : oui j'étais allée au village quelque temps avant ma maladie pour qu'on me mette sur la chaise des supérieurs, chez nous il y a une cérémonie là, une façon de vous reconnaître comme faisant désormais partie des grandes élites du village sur qui on peut compter, donc j'y étais allée j'avais remplie toutes les conditions qui avaient été posées, j'avais acheté tout ce qui m'avait été demandé et on m'avait donc fait asseoir au cours de cette cérémonie sur la chaise là, c'est pas tout le monde qui

s'assoit là-dessus hein. C'était un grand moment pour moi et pour ma famille que j'ai beaucoup aimé, j'étais très fier de compter désormais parmi les personnes importantes du village. C'est lorsque nous rentrons de là que à peine un mois je tombe malade, directement j'ai pensé que la cérémonie était biaisée peut-être qu'on m'avait vendue là-bas ; mais ensuite j'ai laissé cette idée. Le bon côté des choses aujourd'hui est que je suis devenue très croyante et pratiquante moi je n'allais pas à l'église hein, à peine mais aujourd'hui j'y vais chaque fois que je me sens un peu mieux, je suis évangéliste je t'ai dit non, je suis très engagée maintenant dans les mouvements de l'église. Donc maintenant je sais que le Seigneur est au-dessus de tout, ça m'a permis d'oublier l'idée que peut-être c'est un truc qu'on m'a fait.

Chercheur : ok. Dites-moi madame, savez-vous ce que c'est que l'estime de soi ?

ZARA : oui

Chercheur : aujourd'hui, les chimio ont diminué, l'ablation a eu lieu, vous avez subi la mastectomie, vous avez repris un peu de forme, comment vous vous percevez ? quelle valeur vous vous donnez ?

ZARA : vous savez euh généralement hein lorsqu'on est malade on est affaibli et le mental il est très important dans ce qu'on fait si je commence à dire que oh je ne suis rien oh machin truc je vais sombrer non ? ce qui fait que moi j'ai même souvent les problèmes avec le personnel soignant parce que je recule moi je ne me sens pas diminuée malgré la maladie j'essaie de positiver autour de moi, j'essaie d'être gaie de consoler même certains, d'autres malades aussi, moi on m'a consolée au début donc vraiment par rapport à ma personne si on avait une échelle de 1 à 4 je devais me mettre à 3 hein, je ne peux pas me mettre à 4 je me mets à 3 parce qu'il y a des moments où je franchis quand même le pas je pleure un peu avant de me ressaisir mais je finis toujours par me ressaisir c'est comme ça

Chercheur : dans ces moments de pleurs là qu'est-ce qui vous amène à pleurer

ZARA : ce qui m'amène à pleurer ? vous savez ce que c'est qu'un lion qui est couché ? (rires) moi j'étais une lionne hein ; quand le lion est couché et vous savez généralement on est entouré par des personnes on leur a appris qu'on doit tout faire donc au point où à côté de vous ils dorment eux. Maintenant vous êtes couchée et vous les voyez faire quand vous leur dites faites ceci ils ne le font pas comme vous voulez et tout ça c'est énervant, c'est choquant vous voyez un peu ? c'est ce genre de choses qui font souvent que je me dise pourquoi je me retrouve même ici pour demander tel service à tel pour qu'il m'emmerde vous comprenez ? on se sent

diminuée parce qu'il y avait des choses qu'on faisait avec aisance ; et on se rend compte tu vois si j'ai par exemple un dossier que je veux faire quelqu'un... ou bien je veux même laver mon sol tu dis à quelqu'un lave moi le sol là il te prend une demi-journée pour laver un sol que tu lavais en 30 minutes. Ça fait tiquer non ? tu rentres dans ta chambre ça t'énerve tu dis ça c'est quoi ? pourquoi est-ce que Dieu m'a enlevée ce pouvoir, cette autonomie-là hein ? et c'est autant de choses. Il y a des moments aussi où je regarde mes enfants tous jeunes surtout ma fille toute jeune je me dis est-ce qu'un jour elle aura la chance d'aller à l'école comme sa maman ? vous voyez un peu ? (hochement de tête) ça me fait pleurer est-ce que Dieu va me donner la chance de la pousser ne serait-ce qu'à l'université ? ça me fait pleurer. Après tout en lisant la bible, en écoutant les autres on comprend que ça ne sert à rien de se lamenter faut laisser que la volonté de Dieu soit faite voilà c'est un peu ça.

Chercheur : et comment entrevoyez-vous l'avenir ?

ZARA : c'est difficile, je prie que Dieu me rende à nouveau autonome comme je l'étais, peut-être pas au même niveau mais autonome

Chercheur : pensez-vous que le fait d'avoir accepté la maladie a joué sur la valeur que vous vous donnez aujourd'hui ?

ZARA : hmmm en fait il faut dire que ça n'a pas été facile hein d'accepter la maladie mais une fois que ça a été fait aujourd'hui je suis un peu comme une miraculée compte tenu de mon diagnostic et même du pronostic vital. Parce qu'il faut dire que quand j'ai appelé même les médecins à l'étranger ils ont dit que je mentais que ce n'était pas moi parce que dans leur tête ils savaient que après toutes les chirurgies que j'ai eues là-bas, parce que j'ai eu pratiquement quatre chirurgies là-bas, ils se disaient que je serais déjà morte donc quand je regarde tout ça et autour de moi je vois euh des gens qui sont déjà partis je me dis je suis quand même une privilégiée, je suis une privilégiée de Dieu ; donc il faudrait que... j'ai promis à Dieu guéris-moi et je vais te suivre, je vais prêcher ta parole parce que c'est ça qui aujourd'hui fait ma force, c'est ça qui fait ma force et je sais que Dieu est entrain d'exaucer mes prières parce que quand on accompagne les prières de la chimiothérapie on est, on est vraiment, le moral est au top et on a la foi qu'on va guérir, bon voilà ce qui est entrain de me motiver aujourd'hui à continuer dans ce traitement-là prendre mes compléments alimentaires sans sauter, ma chimio dès que mes paramètres biologiques le permettent c'est ça, c'est ça qui aujourd'hui fait ma force. Il faut dire autre chose c'est quoi c'est que moi j'ai eu la chance d'avoir un

mari, vous savez non au pays Bamiléké quand la femme tombe malade qui veut le tuer c'est son mari non ? malgré tout ça ce monsieur est resté fidèle, il a été accusé, à un certain moment on m'a même convaincue à dire que oui c'est lui mais après quand j'ai connu Dieu, j'ai dit quelle que soit l'origine que le Seigneur prenne le contrôle de tout cela et que je me relève. J'ai recommencé à être bien avec mon mari sans réticence, sans rancœur et tout ça. Ce monsieur pour moi je sais pas quel qualificatif donner parce que j'ai vu des femmes dès qu'elles ont un sein qui est enlevé le mari disparaît, nombreuses hein, les hommes disent qu'ils ne supportent pas, dès qu'on déclare que quelqu'un est malade on fuit ; celui-ci il est resté jusqu'aujourd'hui, voilà quatre ans qu'il me supporte et il supporte il a gardé mes enfants, nos enfants quand j'étais à l'étranger donc il faut dire que vraiment ce monsieur, je sais pas comment le remercier hein. Il s'est converti en garde-malade (en appuyant sur l'expression) parce que étant pratiquement la dernière d'une... la deuxième d'une famille de neuf enfants, je n'ai pas eu de frères ou de sœurs qui pouvaient hypothéquer, prendre le risque de laisser sa part de famille pour venir me supporter même pour deux semaines, il n'y en a pas eu donc c'est ce monsieur seul qui est à côté de moi jusqu'aujourd'hui. Vous voyez que c'est une grâce que j'ai eue alors que si j'avais écouté la bouche des gens que c'est lui qui veut me tuer peut-être j'aurais même fait le scandale ou fui la maison pour aller en famille et mourir même là-bas c'est cette chance là que j'ai eue par la grâce de Dieu et avec mes enfants que j'ai à la maison. Et chaque fois je dis le Seigneur est merveilleux. Bref c'est difficile que les gens sacrifient leur vie pour celle de leur frère ou sœur hein, il faut comprendre c'est ça la réalité de la société malheureusement quand les parents sont déjà au seuil du troisième quatrième âge c'est difficile qu'ils se déplacent donc je loue l'Eternel parce que Il m'a donné mon mari qui est à mes côtés, qui est avec moi tous les jours, il me garde il garde les enfants ; comme j'étais entrain de dire j'ai eu la chance que j'ai travaillé pendant pratiquement près de vingt ans, la famille ne m'avait pas donné d'enfant. Curieusement l'année dernière quand on m'a annoncé les chimio, je suis restée chez moi, on m'a emmené une jeune fille, la nièce de mon mari, j'ai aussi accepté j'ai dit Dieu sait comment Il fait ses choses. Pour dire vrai c'est cette fille qui est devenue la maman de la maison, tous les matins c'est elle qui me fait le café, c'est elle qui me fait ci, ça parce que les chimio ci, la cure-ci est très invalidante bon tout ça je rends grâce à Dieu pour toutes ses merveilles, c'est ça la vie on apprend à vivre avec ce qu'on a maintenant.



Chercheur : eh bien madame, nous sommes parvenues au terme de notre entretien, je vous remercie pour la disponibilité, pour les réponses et surtout pour votre participation à l'avancée de la science, cela aidera très certainement la population également. Avez-vous une dernière chose à dire ?

ZARA : ce que je vais dire par rapport à mon état actuel de santé c'est que euh vraiment la maladie ci m'a permis de me reposer, avant je courais beaucoup j'étais à la recherche effrénée d'argent, j'avais porté toute la famille sur ma tête. Ce qui fait aujourd'hui je me repose un peu, je me repose. Voilà le positif que j'ai de tout ça. Mais pour dire vrai, il n'y a pas que le positif. Le négatif aujourd'hui c'est que je suis devenue la charge pour la famille, je suis une charge aujourd'hui et, et c'est pas facile à supporter hein, pour quelqu'un qui a été vaillante, qui a été très autonome, qui se sent aujourd'hui dépendant, c'est assez difficile à vivre. Il faut le dire bon beh on a espoir qu'un jour ou l'autre ça va aller, on a aussi espoir qu'il y aura des subventions de l'état pour permettre des prises en charge assez aisées parce que vraiment ce n'est pas évident. J'ai déjà tout dit, garder la foi et rester en prière. Je vous remercie pour cet entretien, ça m'a fait du bien de parler avec vous ; et encore beaucoup de courage pour votre travail.

Chercheur : je vous remercie madame encore pour votre disponibilité.

TABLE DE MATIERE

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 GENERALE	1
PARTIE PREMIERE : CADRE THEORIQUE	6
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE	7
1.1. Contexte de l'étude	8
1.2. Problème	11
1.3. Question de recherche	12
1.4. Hypothèse de recherche	13
1.5. Objectifs de l'étude	13
1.6. Intérêt de l'étude	13
1.7. Contours de l'étude	14
1.8. Définitions et clarification des concepts	14
1.8.1. Traumatisme psychique	14
1.8.2. Résilience	14
1.8.3. Mastectomie	15
1.8.4. Bien-être	15
1.8.5. Qualité de vie	15
1.8.6. Estime de soi	15
CHAPITRE II REVUE DE LA LITTERATURE	17
2.1 Le cancer	18
2.2 Le cancer du sein	18
2.3. Traitements	19
2.4. La mastectomie	19
2.4.1. Le diagnostic	20
2.4.2. Répercussions de la mastectomie	21
2.4.3 L'anxiété	24
2.4.4. Le sein	26
2.4.4.1 Le sein en psychanalyse	27



2.4.4.2. <u>Le cancer du sein chez l'homme</u>	28
2.5. <u>La résilience</u>	29
2.6. <u>Le bien-être</u>	30
2.7. <u>La qualité de vie</u>	32
2.8. <u>L'estime de soi</u>	32
CHAPITRE 3 : <u>INSERTION THEORIQUE</u>	34
3.1. <u>INSERTIONS THEORIQUES DE LA RESILIENCE</u>	35
3.1.1 <u>La résilience du point de vue psychanalytique</u>	35
3.1.2. <u>La résilience du point de vue psychiatrique</u>	37
3.1.3 <u>Du point de vue cognitivo-comportemental</u>	38
3.1.4. <u>Du point de vue systémique</u>	39
3.1.5 <u>Les facteurs favorisant la résilience</u>	39
3.1.4.1 <u>Les mécanismes de défense</u>	39
3.1.4.2 <u>Le coping</u>	41
3.2 <u>INSERTION THEORIQUE DE L'ESTIME DE SOI</u>	42
3.2.1 <u>Du point de vue psychanalytique</u>	42
3.2.2 <u>Du point de vue cognitivo-comportemental</u>	43
3.3 <u>Insertion théorique du bien-être</u>	45
3.3.1 <u>Du point de vue psychanalytique</u>	45
3.3.2. <u>Du point de vue de la psychologie positive</u>	46
DEUXIEME PARTIE : <u>CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE</u>	47
CHAPITRE 4 <u>METHODOLOGIE DE L'ETUDE</u>	48
4.1 <u>BREF RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE</u>	49
4.1.1 <u>Rappel du problème</u>	49
4.1.2 <u>Rappel de la question de recherche</u>	49
4.1.3 <u>Rappel de l'hypothèse de recherche</u>	49
4.1.4 <u>Rappel de l'objectif de l'étude</u>	50
4.2 <u>Site de l'étude</u>	50
4.2.1 <u>Justificatifs du site de l'étude</u>	50
4.2.2 <u>Présentation de l'hôpital général de Yaoundé</u>	51
4.3 <u>Type de recherche</u>	52
4.4 <u>Méthode de recherche</u>	52
4.4.1 <u>Etude cas</u>	53
4.5 <u>La sélection des participantes</u>	53
4.5.1 <u>Critères d'inclusion</u>	54
4.5.2 <u>Critères d'exclusion</u>	54
4.5.3 <u>Procédure de recrutement des participantes</u>	54

4.5.4. Les instruments utilisés	55
4.5.4.1 L'entretien clinique de recherche	55
4.5.4.2. Le guide d'entretien	56
4.5.4.3. Le test de résilience de Katharina Maehrlein	57
4.5.4.4. Le test d'estime de soi de Morris Rosenberg	57
4.5.5 Caractéristiques des participantes	57
4.6. Déroulement des entretiens	58
4.7. Difficultés rencontrées	59
4.8. Technique d'analyse : l'analyse de contenus	59
4.9. Considérations éthiques	61
CHAPITRE 5 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	62
5.1 Caractéristiques générales des participantes	63
5.1.1 Présentation de la participante Mila	63
5.1.2 Présentation de la patiente Zara	63
5.2 Présentation des résultats au test de résilience	64
5.3. Présentation des résultats au test de l'estime de soi	64
5.3 Analyse des résultats	65
5.3.1 Avant la maladie	65
5.3.1.1 L'annonce	66
5.3.2 La maladie suivie de la mastectomie	68
5.3.3 La résilience	74
5.3.2 La culture	79
5.3.4 L'estime de soi	81
5.3.5 Les éprouvés	84
5.3.5.1 Les éprouvés avant et après le diagnostic	84
5.3.5.1.1 Le sentiment de mort imminente	85
5.3.5.2 Les retombées socioéconomiques	86
5.3.5.3 Les éprouvés de la maladie	88
5.3.5.3.1 Les éprouvés négatifs	89
5.3.5.3.2 Les retombées positives	90
5.3.5.4 Le lien à la culture	92
5.4 Analyse des résultats au test de la résilience	93
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	96
6.1 Synthèse des résultats	97
6.1.1 Le vécu avant la maladie	97
6.1.2 Le vécu pendant la maladie	98

6.1.3. Résilience	98
6.1.4 L'estime de soi	100
6.2 Discussion et résultats	102
6.3. Limites de l'étude	104
6.4 Implications et perspectives	105
6.4.1. Implications	105
6.4.2. Perspectives	106
CONCLUSION GENERALE	107
Références bibliographiques	111
ANNEXES	118
TABLE DE MATIERE	141

