

Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou (Pole Tamda)

Faculté des sciences Humaines et sciences Sociales

Département des Sciences Sociales.

Spécialité : Anthropologie de la santé.



THEME

Le vécu social des femmes atteintes du cancer du sein.

Etude de cas à Tizi-Ouzou au sein

de l'association El Fedjr.

En vue de l'obtention d'une licence en Anthropologie de la santé.

Réalisé par :

- CHEBBAH FAZIA.
- DJEBARA YUCEF.

Encadré par :

- *M^{me} Dahmani Nawel.*

Année : 2015 – 2016

Universitaire



REMERCIEMENTS

- *Nous tenons à travers ces quelques lignes à remercier toutes les personnes qui ont contribuées de près ou de loin à l'élaboration de ce travail, avec en premier lieu notre promotrice M^{me} Dahmani Nawel qui a rendu ce travail possible.*
- *Nos remerciements les plus sincères vont aux membres du Bureau de l'association « El Fedjr » notamment la présidente M^{me} Yousfene Aïcha pour son accueil chaleureux.*
- *Nous n'oublions pas la secrétaire générale M^{me} Rabehi Mimi pour ses orientations qui nous ont été très précieuses.*
- *Nous voudrions exprimer notre sincère gratitude à toutes les patientes qui ont acceptées de participées à cette recherche, nous les remercions pour le temps partagé avec nous, pour leur gentillesse, leur sincérité.*



Dédicace

- Je dédie ce mémoire en premier lieu à mes chers parents en particulier ma mère Ouiza qui ma permis de devenir la personne que je suis aujourd'hui.
- A mes deux frère Belkacem et Mohand qui n'ont cessés d'être pour moi un exemple de persévérance de courage et de générosité.
- A mes sœurs Saadia, Lydia, Sonia, Kahina, Malha, Zahra, Ouardia, Houria, Dabia, et Sabia avec qui j'ai partagé les plus beaux moments de ma vie.
- A mes neveux et nièces Yasmina, Yanis, Leatitia, Rayan, Wiwi, Saphir, Anais, Jasmine, Alicia, Sindel, Kiliane, Samir, Alice, Dania, Loulou, et enfin Cintia.
- A mon chéri Idir Meziani.
- A mes ami (e) (s) Nassima K, Sabriana M, Josef, Jul, Rachid, Zinou, Samir.
- A tous ceux qui nous ont souhaité la réussite de près ou de loin !

Fazia

Dédicace

- *Je dédie ce mémoire en premier lieu à mes chers parents Djamila, Akli qui m'ont beaucoup soutenue pour arriver au terme de ce travail.*
- *A mes sœurs Hakima, Zakia qui m'ont données le courage de continué et de réaliser ce travail.*
- *A mes frères Rabah, et Omar.*
- *A mes ami (e) (s) Fazia C, Jul, Rachid, Samir, Zinou.*
- *A tous ceux qui nous ont souhaité la réussite de près ou de loin !*

Youcef

SOMMAIRE

- Remerciements
- Dédicaces
- Introduction générale

Chapitre I : Cadre conceptuel et méthodologie de recherche

Introduction	3
I-1-Problématique	4
I-2-Cadre conceptuel	4
I-2-1-La santé	4
I-2-2-Le cancer du sein	5
I-2-3-Le vécu social	5
I-3-Le choix du sujet	5
I-3-1-Les raisons subjectives	6
I-3-2-Les raisons objectives	6
I-4-Le choix du terrain	6
I-5-La pré-enquête	7
I-6-L'enquête	7
I-6-1-L'observation (Directe).....	7
I-6-2-L'entretien semi-directif	8
I-7-Processus de l'entretien	9
Conclusion	10

Chapitre II : Présentation du cancer du sein. Aspect Médical de la maladie

Introduction	12
II-1-Présentation du cancer du sein.....	13
II-1-1-Qu'est-ce qu'un sein	13
II-1-2-Qu'est-ce qu'un cancer	13
II-1-3-Qu'est-ce qu'un cancer du sein	14
II-2-Les symptômes du cancer du sein	14
II-3-Les causes d'un cancer du sein	15
II-4-Les différents types de facteurs de risques.....	15
II-4-1-Facteurs de risque liés aux mastopathies bénignes	15
II-4-2-Facteurs Génétiques	16
II-4-3-Facteurs Hormonaux	17
II-4-4-Facteurs Nutritionnels	17
II-4-5-Autres facteurs	18
II-5-Le diagnostic du cancer du sein	18
II-5-1-La mammographie	18
II-5-2-L'échographie	18
II-5-3-Une ponction à l'aiguille fine	19
II-5-4-Prélèvement par cytobiopsie	19
II-5-5-Prélèvement par mammotome	19
II-5-6-Une ablation chirurgicale	19

II-6-Les différentes méthodes de traitements d'un cancer du sein	19
II-6-1-Les traitements Loco-Régionaux	19
II-6-1-1-La chirurgie	19
II-6-1-2-La radiothérapie	20
II-7-2-Les traitements Généraux	21
II-7-2-1-L'hormonothérapie	21
II-7-2-2-La chimiothérapie	21
Conclusion	22

Chapitre III : Le vécu des femmes atteintes du cancer du sein

Introduction	24
III-1-Le choc du diagnostique	25
III-2-Le deuil dans un cancer du sein	26
III-3-L'image du corps	27
III-4-Une vie pendant et après un cancer du sein	28
III-5-Les relations sociales des femmes atteintes d'un cancer du sein	30
III-5-1-Les relations mère enfants	31
III-5-2-Les relations mère adolescent	31
III-5-3-Les relations conjugales	32
III-6-Le regard social	34
Conclusion	36

- **Conclusion générale**
- **Bibliographie**
- **Annexe**

Introduction générale :

Le cancer du sein vient en tête des cas de cancer en Algérie. Chaque femme sait ce que signifie « être atteint d'un cancer du sein » ou ressent les menaces de cette maladie.

Le cancer du sein est une maladie dévastatrice émotionnellement. D'un point de vue général, le mot « cancer » est trop souvent associé à la mort, à la douleur, à la souffrance, et même au handicap. Tout le monde s'accorde à dire qu'il n'y a pas une bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle, l'annonce d'une telle maladie est toujours un drame dans la vie d'une personne malade car cette maladie lui modifie son équilibre physique, ainsi que psychologique. Avec le cancer du sein la femme est confrontée de la perte d'une partie de son corps, plus particulièrement investie. S'agissant du sein, c'est en effet le symbole même de la féminité qui est touché.

Le cancer du sein est une maladie qui soulève un grand intérêt d'un point de vue médical, mais elle est une maladie très rarement étudiée d'un point de vue anthropologique, notamment en Algérie.

Notre travail développe la problématique de l'aspect anthropologique de cette maladie, à travers le vécu des patientes en Algérie.

- Comment ces femmes vivent cette maladie au quotidien ?

Dans le but d'apporter quelques éléments de réflexion sur cette thématique, nous avons fait le choix de mener une enquête de terrain au sein de l'association El Fedjr qui donne de l'aide aux personnes atteintes de cancer. Nous avons mené six entretiens avec des femmes atteintes de cancer du sein en essayant d'observer comment elles vivent au quotidien.

Pour répondre à notre problématique nous avons établi un plan de recherche composé de trois chapitres.

En premier lieu, nous présentons la méthodologie de recherche menée et la problématique développée.

Ensuite, dans le deuxième chapitre, nous développons l'aspect médical de cette maladie dont la présentation du sujet, les symptômes et les causes du cancer du sein, par la suite, le diagnostic et enfin, les différentes méthodes de traitements d'un cancer du sein.

Enfin, dans le dernier chapitre, nous abordons le vécu des femmes atteintes du cancer du sein.

Chapitre I :

Cadre conceptuel et méthodologie de recherche

Introduction :

Dans beaucoup de pays en voie développement, la progression de l'épidémie des maladies non transmissibles s'accélère sous l'effet du vieillissement de la population et des changements survenus dans la distribution des facteurs à risque. L'une de ces maladies est le cancer du sein. Dans ce chapitre on évoquera en premier lieu notre problématique qui tourne autour du vécu des femmes atteintes du cancer du sein. Le deuxième élément est consacré au cadre conceptuel. Et le troisième élément de ce chapitre sera la pré-enquête. Enfin, le dernier élément sera l'enquête.

I.1. Problématique :

De nos jours, le cancer du sein demeure pour la femme le cancer le plus fréquent à travers le monde. Il est la cause la plus fréquente de décès chez les femmes atteintes du cancer du sein avec des taux de mortalité plus élevés.

Le centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Association Internationale « Le Centre de recherche sur le cancer » (<http://www.Cancer.ch>), estime qu'il y avait, pour l'année 2008, 12.4 millions de nouveaux cas de cancer, 7.6 millions de décès dus au cancer et 28 millions de personnes vivant avec le cancer dans le monde. Il est également estimé que plus de la moitié des nouveaux cas et les deux tiers des décès par cancer surviennent dans les pays à revenu faible et moyen.

Le cancer du sein est une maladie dévastatrice émotionnellement. D'un point de vue général les images associées au cancer (mort, souffrance, douleur, altération physique), par cela, nous cherchons à comprendre le vécu des femmes atteintes du cancer du sein. Ce qui la particularité de son vécu c'est que le cancer est une base fondamentale pour l'élaboration de stigmates. Plus encore, c'est que le sein est un organe qui représente la féminité et la maternité.

Notre problématique s'articule autour des questionnements suivants :

- Comment ces femmes vivent cette maladie au quotidien ?
- Comment se représente-elle cette maladie ?

I.2. Cadre Conceptuel :**I.2.1. La santé :**

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la santé se définit comme un état de bien être complet, comprenant l'état physique, mental, social, environnemental ... etc.

Donc la santé n'est pas seulement faite d'être malade ou d'être atteint d'une infirmité.

I.2.2. Le cancer du sein :

Un cancer du sein est une maladie qui se développe à partir des cellules qui constituent la grande mammaire. Une cellule initialement normale se transforme et se multiplie de façon anarchique et excessive, pour former une masse, appelée tumeur maligne (Les traitements des cancers du sein, 2013. Paris. P9).

Mais, selon le cas étudié, le cancer du sein est devenu le cancer le plus fréquent chez les femmes. Elles traversent des moments pénibles loin de chez elles, avec la peur omniprésente de ne plus jamais revoir leur famille. Du coup, elles convoquent toujours la question de la mort. La raison est sans doute dans le fait que dans le cancer du sein, comme dans la tragédie, sexualité et mort sont étroitement intriquées. Ainsi, ce ne sont pas seulement la vie et l'intégrité corporelle qui sont menacées, mais aussi l'identité.

Dans notre société, le cancer du sein est perçu comme : mort, souffrance, douleur, l'altération physique, psychologique et sociale.

I.2.3. Le vécu social :

Les images associées au cancer (mort, souffrance, douleur, l'altération physique, psychologique et sociale) constituent une base fondamentale pour l'élaboration du stigmatisme (Froucht-tirsch S. 2005 P4).

Comme le souligne le Dr Froucht-tirsch, dans un livre qui relate son expérience de la maladie cancéreuse : « Avoir l'air malade nous isole, nous singularise, nous stigmatise. On n'est pas comme les autres, on n'est pas comme les bien-portants, on est la mauvaise conscience des bien-portants, celui que l'on n'a pas envie de voir, celui qui fait peur. Car l'aspect physique de la maladie constitue un rappel incessant de notre statut de mortel ».

I.3. Le choix du sujet :

Le plus important dans la vie c'est d'avoir un objectif et de faire tout pour l'atteindre, ça sera un bagage et une formidable expérience, les raisons qui nous ont poussés à choisir ce thème sont d'ordres subjectifs et d'ordres objectifs.

I.3.1. Les raisons subjectives :

On premier, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme.

Dans la vie d'une personne, la maladie est un moment difficile. Elle engendre des émotions particulièrement intenses chez le malade, la maladie génère des proches, chaque étape de la maladie génère des sentiments différents. Les exprimer et les partager avec d'autres permet de mieux les vivre.

Pour cela, on a choisi de travailler sur ce sujet pour résoudre certaines difficultés.

I.3.2. Les raisons objectives :

Nous avons choisi de travailler sur la thématique du cancer du sein pour aussi des raisons objectives.

Tout d'abord, dans notre région on entend parler de femmes qui sont atteintes de cette maladie qui nous sont proches. Le cancer du sein est un sujet très médiatisé ces dernières années. Cela nous a motivés et nous a poussé à nous intéresser plus au vécu de ces femmes, car il nous semble que les études de cas sur cette maladie, d'un point de vue Anthropologique sont très rares en Algérie, pour cette raison nous avons jugé important de nous intéresser et de voir comment cela fonctionne vraiment.

I.4. Le choix du terrain :

Le premier contact avec notre terrain d'enquête était au moins de Janvier, pour la préparation de notre rapport de stage, au cours de ce stage nous avons noué des relations avec les membres de l'Association El-Fedjr et quelques femmes atteintes de cancer du sein.

Nous avons estimé qu'il serait intéressant de continuer cette expérience de terrain et de l'affiner en menant des observations et des entretiens au niveau de l'Association El-Fedjr car ses objectifs sont :

- Exprimer les besoins des personnes atteintes de cancer et défendre leurs intérêts matériels et moraux.

- Aider à apporter une meilleure qualité de vie aux personnes atteintes de cette affection.
- Aider à développer la lutte anticancéreuse.

Pour cela, nous avons choisis de continuer notre enquête au sein de cette association.

I.5. La pré-enquête :

Nos investigations se sont déroulées en premier lieu au service d'Oncologie médicale de l'hôpital de Belloua de Tizi-Ouzou. Cet hôpital accueille un service de consultation et d'hospitalisation des malades cancéreux. L'obtention d'une autorisation d'enquête a été facilitée grâce au chef de service d'Oncologie médicale, cette autorisation nous a facilitées la circulation à l'intérieur du service avec l'obligation de porter une blouse blanche.

Par la suite, on a eu quelques difficultés à plusieurs niveaux, mais qu'on a réussi à surmonter.

- 1^{ère} difficulté : il a été difficile d'expliquer et de faire comprendre l'objet de notre étude.
- 2^{ème} difficulté : par la suite, il a été difficile de faire les entretiens car les patientes sont dans un état fragile, ce qui rend l'entretien un peu long pour elles.
- 3^{ème} difficulté : il a été difficile de trouver les patientes qui parlaient car la plupart d'elles nous faisant par confiance du coup, elles se confiaient pas à nous facilement.

I.6. L'enquête :

L'enquête que nous avons réalisée est de type entretien semi-directif, observation :

I.6.1. L'observation :

L'observation s'est déroulée chaque dimanche matin de 8h jusqu'à 10h dans les couloirs du service d'oncologie médicale au niveau de l'hôpital de Belloua en se présentant en tant

qu'étudiants en Anthropologie de la santé. Pendant toute la période du début Janvier jusqu'à la fin mais.

Nous avons aussi observé les difficultés que rencontrent ces femmes au cours de leur prise de rendez-vous et le suivi de leurs traitements spécialement la chimiothérapie et la radiothérapie.

Puis, viens à partir de 10h jusqu'à 12h, on rejoint le siège de l'Association El Fedjr où on effectue des observations directes avec les malades qui viennent de partout pour bénéficier d'une certaine aide pour constituer leur dossier d'inscription à leur association.

I.6.2. L'entretien semi-directif :

Pour chacune des recherches effectuées, les bilans établis comportent toujours des entretiens individuels non directifs intervenant à différentes étapes de la maladie, avant l'opération, pendant l'hospitalisation, et après la fin des traitements. Ces entretiens sont proposés aux femmes, qui sont évidemment toujours libre de les refuser.

Le terme de non directif doit être précisé. Il signifie que les femmes parlent librement, et soulèvent les questions qui les préoccupent. Nous de notre côté, on est attentifs aux thèmes abordés, à l'ordre dans lequel ils apparaissent, à ma manière de les aborder, autrement dit à la dynamique intérieurs de discours des patientes.

A l'occasion de cette recherche, nous en tant qu'étudiants en anthropologie de la santé en gardons tout particulièrement à l'esprit les thèmes revenus de façon récurrente. A cet égard on peut poser des questions sur la façon dont sont appréhendés par les patientes le bouleversement de l'image du corps, la menace de mort, la perspective de la mutilation, etc.

Les entretiens ne sont entrepris que si les femmes le souhaitent. Le rythme des séances est déterminé en fonction des difficultés propres à chacune.

Cette prise en charge peut être de courte durée (quelque semaine), lorsqu'il s'agit d'élucider une situation ou de régler un problème ponctuel. Mais certaines situations nécessitent une aide plus prolongée dans le temps.

Quelle que soit la durée de ces entretiens, ils ont lieu à l'association El-Fedjr et peuvent être réalisés à des temps différents des traitements : soit pendant l'hospitalisation en chirurgie, soit à l'occasion des traitements complémentaires. Ils peuvent se poursuivre après la fin des traitements, si la situation l'exige.

I.7. Processus de l'entretien :

Nos investigations se sont déroulées en premier lieu au service d'Oncologie Médicale de l'hôpital de Belloua de Tizi-Ouzou. Cet hôpital accueille un service de consultation et d'hospitalisation des malades cancéreux. Nous avons noué par la suite des relations avec l'association El-Fedjr qui donne une aide aux personnes atteintes de cancer.

Premièrement, le maître de stage, nous a chargé de faire une visite générale de l'association El-Fedjr.

Par la suite, on a eu l'accès aux dossiers individuels des malades. Ces dossiers nous ont permis de cerner le profil de chaque cancéreuse du sein aussi que les autres maladies dont elles souffrent.

Puis, nous nous sommes entretenus avec six femmes atteintes d'un cancer du sein âgées de quarante à cinquante ans avec différentes caractéristiques. Comme nous avons pu assister aux consultations des médecins.

Enfin, les entretiens se sont déroulés pendant le début de mois de Janvier jusqu'à la fin mai. Les propos des enquêtes ont été recueillis par un enregistreur en langue Kabyle, traduits et saisis par la suite en langue Française.

Conclusion:

De nos jours, le cancer du sein demeure l'une des principales causes de mortalité et de morbidité chez les femmes.

On conclura dans ce chapitre que nous avons eu recours aux techniques de recueil d'information, habituellement utilisées dans le domaine des sciences humaines et sociales.

Chapitre II :

**Présentation du
cancer du sein.**

**Aspect médical de la
maladie**

CHAPITRE II **Présentation du cancer du sein. Aspect médical de la maladie**

Introduction :

Le cancer du sein est devenu le cancer le plus fréquent chez les femmes, il touche des femmes d'un certain âge et même des jeunes femmes.

Ces dernières connaissent une souffrance physique, des difficultés d'un traitement long et contraignant.

Dans ce chapitre en premier lieu, nous montrerons la présentation du sujet.

Par la suite, les symptômes de cette maladie. Puis, les facteurs de risques. Ensuite, le diagnostic. Enfin, les différentes méthodes de traitement d'un cancer du sein.

II.1. Présentation du cancer du sein :**II.1.1. Qu'est-ce- qu'un sein ?**

Ses seins jouent un rôle important dans la féminité et dans l'image que la femme a de son corps la fonction biologique du sein est de produire du lait afin de nourrir un nouveau-né.

La structure du sein est complexe. Chaque sein appelé aussi glande mammaire est composé de quinze à vingt compartiments séparés par du tissu graisseux qui donne au sein la forme qu'on lui connaît. Chacun de ces compartiments est constitué de lobules et de canaux. Le rôle des lobules est de produire le lait en période d'allaitement ; les canaux transportent ensuite le lait vers le mamelon.

Pour mieux visualiser cette structure, on peut imaginer un arbre avec plusieurs branches (les canaux) rattachées à un point central (le mamelon). Aux minuscules extrémités des branches se trouvent les lobules.

À la puberté, la jeune fille observe des changements dans la forme et le volume de ses seins sous l'influence des hormones sexuelles. Ces hormones, fabriquées par les ovaires, ont une influence sur les seins tout au long de la vie. Elles sont de deux types :

Les estrogènes permettent le développement des seins au moment de la puberté. Ces hormones sont fabriquées au cours de la première partie du cycle menstruel, après les règles.

La progestérone est principalement présente lors de la seconde partie du cycle menstruel, avant les règles. Elle a une action complémentaire à celle des estrogènes.

II.1.2. Qu'est-ce- qu'un cancer ?

Un cancer est une maladie de la cellule.

La cellule est l'unité de base de la vie. Il en existe dans le corps plus de deux cents types différents. Toutes ont un rôle précis. Cellules musculaires, nerveuses, osseuses, etc.

Une cellule cancéreuse est une cellule qui s'est modifiée habituellement, ces modifications sont réparées par l'organisme. Cependant, lorsque la cellule devient cancéreuse, elle perd ses capacités de réparation. Elle se met alors à se multiplier et finit par former une masse qu'on appelle tumeur maligne.

Les cellules des tumeurs malignes ont tendance à quitter leur tissu d'origine et à envahir les tissus voisins ; on parle de cancer infiltrant. Certaines tumeurs restent dans leur tissu d'origine

CHAPITRE II Présentation du cancer du sein. Aspect médical de la maladie

sans infiltrer les tissus voisins. On parle alors d'un cancer in situ (resté en place). Les cellules des cancers infiltrant peuvent se détacher de la tumeur d'origine et se propager par les vaisseaux sanguins ou l'ymphatiques. Elles s'accumulent alors dans les ganglions l'ymphatique voisin. On dit qu'il existe un envahissement ganglionnaire.

Les cellules cancéreuses ont tendance à migrer dans d'autres organes ou parties du corps, et à développer de nouvelles tumeurs qu'on appelle métastases. On dit dans ce cas que le cancer est métastatique.

Tous les cancers ne se comportant pas de la même façon. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'envisager un traitement adapté à chaque cancer. Tous les traitements ont pour but de supprimer les cellules cancéreuses. En l'absence de traitement adapté, le cancer risque d'évoluer plus vite.

II.1.3. Qu'est –ce –qu'un cancer du sein ?

Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein.

Une femme sur onze développe un cancer du sein au cours de sa vie. La vie- vie de familles, de couple et professionnelle –s'en trouve profondément modifiée.

Grâce aux résultats de la recherche, on connaît mieux aujourd'hui le cancer du sein. Ces études ont permis d'améliorer son diagnostic et son traitement.

Toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein n'ont pas le même cancer ; elles n'ont donc pas le même traitement. Le médecin propose à chaque patiente un traitement adapté à sa situation. C'est ce qui permet d'obtenir les meilleures chances de guérisons.

II.2. Les symptômes du cancer du sein :

La palpation du sein doit faire partie de l'examen gynécologique annuel que doit faire pratiqué toute femme dès le début de l'activité sexuelle.

En raison de sa situation anatomique, le sein est facile à palper, surtout s'il est de volume moyen ou petit. Dans la plupart des cas , le cancer se manifeste cliniquement pour un nodule que l'on peut découvrir à partir de 1 cm de diamètre environ , nodule plus ou moins profond , dur, habituellement non douloureux . Mais toute anomalie récente doit également attirer l'attention :

- Une fossette ou une ride creusant la surface du sein
- Un aspect de peau d'organe,

CHAPITRE II Présentation du cancer du sein. Aspect médical de la maladie

- Un aspect eczémateux du mamelon, qui devient rouge, croûteux ou érodé,
- Un écoulement du mamelon, surtout s'il est sanglant ou noirâtre.

La constatation d'un de ces signes impose une consultation médicale sans retard. Le médecin jugera des examens complémentaires. (La ligue National Contre le Cancer, Décembre 2008, les Cancers du sein, P 06.).

II.3. Les causes d'un cancer du sein :

Certaines femmes atteintes d'un cancer du sein cherchent à un moment donné de leurs maladies à connaître les causes de leur cancer.

« J'ai toujours voulu savoir pourquoi j'ai développé un cancer du sein. »

Les scientifiques cherchent également à connaître les raisons de son apparition. Malgré les progrès qui ont permis de mieux connaître les mécanismes de développement des cancers, les causes du cancer du sein ne sont actuellement pas connues. Néanmoins, les études sont mises en évidence certains facteurs de risque qui favorisent un cancer du sein.

II.4. Les différents types de facteurs de risques :

II.4.1. Facteurs de risques liés aux Mastopathies Bénignes :

Les mastopathies bénignes représentent un ensemble d'états pathologiques qui doit être démembré. (Haagensen CD, 1981, Breast Carcinoma : Risk and detection, éd Saunders, Philadelphia.) Décrit dix lésions différentes. Parmi elle, trois prédisposeraient au cancer du sein, mais une seule peut être réellement considérée comme un état précancéreux (néoplasie lobulaire) pour cet auteur, le risque lié à la maladie fibrokystique dépend de la présence de kystes de plus de trois millimètre de diamètre et de l'existence d'une métaplasie apocrine papillaire. Ces deux éléments histologiques ne sont cependant pas considérés comme des facteurs de risque par Hutchinson (Hutchinson WB, 1980, Risk of breast cancer in women with benign, breast disease, éd Nat Cancer, P 13-20.). Le papillome intracanalair multiple, pathologie bénigne volontiers bilatérale, tendant à récidiver, est souvent associé à un carcinome papillaire ; mais la filiation papillome cancer n'est pas formellement établie (Trojani M, 1983, Présentation anatomopathologique des mastopathies bénignes, éd Fondation Bergonié, Bordeaux, P 59-67).

CHAPITRE II Présentation du cancer du sein. Aspect médical de la maladie

Quant à la néoplasie lobulaire, également appelée carcinome lobulaire in situ, elle correspond à des lésions souvent diffuses, touchant les galactophores distaux et les lobules. Dans une série homogène de deux cent onze néoplasies lobulaires, Argenson note que dix sept pour cent des patientes développent, ultérieurement un carcinome infiltrant. Il peut survenir dix à trente ans après le diagnostic de la lésion bénigne, tant dans le sein atteint par celle-ci que dans le sein controlatéral. Ce risque est d'autant plus grand que sont associés une mastopathie macrofibrokystique et / ou un antécédent familial de cancer du sein (Haagenson CD, 1978, *Sobular neoplasia of the breast*, P 737- 769.)

Parmi les autres mastopathies, le fibro-adénome, les microkystes, l'adénose, le papillome solitaire ne semblent pas prédisposer au cancer. A l'inverse, deux lésions sont encore discutées : la cicatrice radiaire et la « Blunt duct adenosis » (Mascarel I, 1984, *Exérèses mammaires partielles à visée diagnostique, Incidence du Cancer et contexte histologique*, éd Bull Cancer, Paris, P 425-431.). Au total, si certaines mastopathies bénignes peuvent représenter le point de départ d'un cancer infiltrant, le rôle exact d'une lésion bénigne de la genèse du cancer n'est pas actuellement déterminé.

II.4.2. Facteurs génétiques :

Le risque lié à l'existence d'une lésion précancéreuse est accru s'il existe des antécédents familiaux de cancer du sein. Les femmes qui ont une mère ou une sœur atteintes d'un cancer du sein ont deux à trois fois plus de risque d'être, elles-mêmes, frappées d'un tel cancer (Henderson. BE, 1974, *An épidémiologique study of breast Cancer*, éd J Nat Cancer, P 13-20.). Lorsque la mère et une sœur sont touchées, le risque est multiplié par quinze (TRAMIER D, 1979, *Risque liés au terrain du Cancer du sein*, *Sénologia*, P 235- 240.). Il est également plus élevé si le cancer familial survient en période d'activité génitale ou de façon bilatérale. (Anderson DE, 1955, *Breast Cancer in families*, P 1855- 1860.) On peut expliquer ces constatations épidémiologiques par l'existence d'un allèle autosomique dominant avec pénétrance élevée (PETRAKIS NL, 1977, *Genetic Factors in the etiology of Breast Cancer*, P 2709- 2715). L'étude du cancer du sein chez des jumelles confirme le rôle monozygote a un cancer du sein a un risque multiplié par six ; alors que chez des jumelles dizygotes il n'est multiplié que par deux. (HOLM NV, 1980, *Etiologic Factors of breast Cancer elucidated by a study of unselected twins*, éd J Nat Cancer, P 285- 298.)

CHAPITRE II Présentation du cancer du sein. Aspect médical de la maladie

II.4.5. Autres Facteurs :

Une origine virale a été suspectée dans l'induction du cancer du sein. Si, chez l'animal, le virus peut être transmis par le lait maternel, il n'en est rien chez l'homme (HENDERSON BE, 1974, An epidemiologic study of breast cancer, éd J Nat Cancer, P 609- 614.).

D'autres éléments restent à élucider et ne sont encore qu'au stade des études épidémiologiques : le tabac (ROSENBERG L, 1984, Breast Cancer and Cigarette Smoking, éd N Engl J Med, P 92-94.). Les teintures de cheveux (KESLEY JL, 1983, Cancer of the breast. In: Breast and gynecologic Cancer epidemiology, éd Boca Raton Floride, P 5-50). La lithiase vésiculaire ... (ADAMI HO, 1984, cholecystectomy and the incidence of breast Cancer: a cohort study, éd Br J Cancer, P 235- 239).

Enfin l'existence d'un cancer du sein chez une patiente s'accompagne d'un risque accru de survenue d'une autre tumeur maligne (ovaire, utérus, colon...), l'inverse étant également vrai (KESLEY JL, 1983, Cancer of the breast. In: Breast and gynecologic Cancer epidemiology, éd Boca Raton Floride, P 5-50). Ces associations morbides ne sont en fait que le résultat d'influences néfastes communes : terrain, climat hormonal, nutrition ...

II.5. le diagnostic du cancer du sein :

II.5.1. La mammographie :

C'est l'examen radiologique de base qui permet d'analyser la structure mammaire. Elle est indiquée devant toute anomalie clinique cette radiographie, associée à une échographie, permet en particulier de reconnaître immédiatement les kystes liquides. Les techniques ont largement progressé et les doses d'irradiations délivrées Lors d'un examen sont minimales plusieurs clichés sont réalisés Avec un éventuel grossissement de la zone suspecte.

II.5.2. L'échographie :

L'échographie est complémentaire, mais ne peut jamais remplacer la mammographie .elle peut aider à localiser l'anomalie pour faciliter un prélèvement, ou à reconnaître un kyste liquidien.

CHAPITRE II Présentation du cancer du sein. Aspect médical de la maladie

II.5.3. Une ponction a l'aiguille fine :

Lorsqu'il s'agit d'un kyste, une ponction a l'aiguille fine peut permettre d'en vider le contenu et assurer ainsi sa régression, il s'agit d'un geste simple, non Douloureux, ne nécessitant pas d'anesthésie locale, si le nodule perçues solide, l'aiguille peut ramener des cellules qui seront examinées au microscope .il s'agit d'un cytodiagnostic.

II.5.4. Prélèvement par cytobiopsie :

Si l'ensemble de ces examens ne permet pas de s'assurer que l'anomalie est parfaitement bénigne, il est nécessaire d'envisager un prélèvement par cytobiopsie, le plus souvent par une grosse aiguille (trocart).ces prélèvement peuvent être réalisé sous anesthésie locale, sans hospitalisation.

II.5.5. Prélèvements par mammotome :

Les techniques de prélèvement a visée diagnostique d'une tumeur se sont perfectionnées avec les prélèvements par mammotome : biopsie dirigées et Réalisées par aspiration.

II.5.6. Une ablation chirurgicale :

Quelque fois, devant une petite tumeur solide, l'ablation chirurgicale s'impose, au cours de laquelle un examen histologique (microscopique) sera réalisé pour établir le diagnostic.

(Les cancers du sein, Recherche information prévention dépistage action pour les malades et leurs proches. 2008. P 07)

II.6. Les différentes méthodes de traitement d'un cancer du sein :

II.6.1. Les traitements loco- régionaux :

II.6.1.1. La chirurgie :

La chirurgie d'exérèse a longtemps représenté l'unique recours thérapeutique pour les femmes atteintes d'un cancer du sein. Elle garde de nos jours une place essentielles parmi les autres méthodes de traitement vis-à-vis des quelles elle semble plus complémentaire qu'opposée, une meilleure appréciation de ses limites, de ses objectifs a conduit progressivement a mieux codifier ses indications et a restreindre ses modalités radicales et systématiques.

II.6.1.2. La radiothérapie : La radiothérapie tient une place importante dans le traitement locorégional des cancers infiltrant du sein, soit associée à la chirurgie à titre pré ou post-opératoire, soit seule. Elle est indiquée pratiquement à tout les stades de la maladie et, avec une venue des traitements conservateurs, elle apparaît essentielle dans le traitements loco régional. Elle nécessite une étroite collaboration entre chirurgien, radiothérapeute et médecin oncologue. La technique radiothérapie est difficile et doit répondre à des règles rigoureuses, les complications peuvent être graves, il est donc nécessaire de bien en passer les indications. Elle est utilisée pour la première fois en janvier 1896 par un américain de Chicago E. Cruble, qui traite un cancer du sein par radiothérapie. Au début, elle était utilisée soit après une intervention chirurgicale majeure (irradiation post-opératoire adjuvante), soit seule des formes inopérables, soit enfin, à titre palliatif et antalgique pour des métastases, en particulier osseuses. Vers 1936, F. Baclesse entreprend des radiothérapies de première intention. Dans sa publication de 1939 (BACLESSE F, 1939, Essai de roentgentherapie du Cancer du sein suivie d'opération large, Résultats histologiques, éd Bull Assoc Fr Etude Cancer, P 729- 743.), il démontre que sur cent cancers infiltrant du sein ayant subi une irradiation pré- opératoire, trente pour cent sont histologiquement stérilisés. avec F. Baclesse, il faut citer G.Keynes (KEYNES G, 1937, Conservative treatment of Cancer of the breast, éd : Br Med J, P 643- 647.), S. Mustakallio (MUSTAKALLIO S, 1972, Conservative treatment of breast carcinoma. Review of 25- year follow- up. Ed Clin Radiol, P110-116).P.M.- rissanen (RISSANEN PM, 1969, A comparison of conservative and radical surgery combined with radiotherapy in the treatment of stage I carcinoma of the breast, éd Br J Radiol, P 423- 426.), et j. maisin (MAISIN J, 1947, Le traitement du cancer du sein par curiethérapie et roentgentherapie, éd ; Acta Radiol, P 593- 610.) qui utilisent la radiothérapie soit seule ,soit associée à un acte chirurgical limité depuis l'emploi du 200kv ,si les résultats obtenus sont bons sur le plan cancérologique, cette méthode entraîne cependant quelquefois des complications graves et d'importantes séquelles cutanées limitant considérablement la méthode ;de plus ,le rattrapage chirurgical en cas de récurrence, s'avère souvent difficile .il faut attendre l'apparition du cobalt 60 vers 1956 pour que les résultats esthétiques deviennent satisfaisants ,les complications rares ,la chirurgie de rattrapage plus facile à réaliser .la radiothérapie est alors utilisée par de nombreuses équipes ,soit après chirurgie

CHAPITRE II Présentation du cancer du sein. Aspect médical de la maladie

limitée, soit seule avec tumeur en place .Naturellement, la radiothérapie peut se faire en association avec des traitements médicaux cliniques et /ou hormonaux.

II.6.2. Les traitements généraux :

II.6.2.1. L'hormonothérapie :

Bien que l'hormonothérapie des cancers du sein ait été le premier traitement général utilisé, elle reste en plein développement grâce a l'acquisition de nouvelles molécules peu toxique et grâce aux technique de perte de la réponse qui permettent de sélectionner les patients le plus susceptibles d'en tirer bénéfice.

L'hormonothérapie des cancers du sein date de la fin du siècle dernier, lorsque Beaton propose l'ovariectomie pour traiter les femmes présentant un cancer du sein métastatique. (BEATSON GT, 1896, On the treatment of inoperable cases of carcinoma of the mamma: Suggestions for a new method of treatment with illustrative cases, éd: Lancet, P 104-107.) Devant des résultats encourageants, de nombreuses autres manipulations hormonales ont été imaginées puis essayées. Grâce a une meilleure connaissance des mécanismes de croissance tumorale et à la découverte des récepteurs hormonaux stéroïdiens dans les années 1960, les moyens et les indications de l'hormonothérapie se sont affinés, plusieurs types de traitements sont maintenant proposés :les uns suppriment de l'organisme les hormones (estrogènes) qui peuvent faciliter la croissance tumorale :ovariectomie, surrénalectomie , d'autres, en inhibant les sécrétions ovariennes ou surrenaliennes, donnent le même résultat :destruction et inhibition hypophysaires, inhibiteurs de l'aromatation, d'autres enfin s'opposent directement a l'action des estrogènes par compétition au niveau de la cellule tumorale : estrogènes et anti-estrogènes , progestatifs, androgènes.

II.6.2.2. La chimiothérapie :

Depuis qu'est née, autour des année 1950, la chimiothérapie anticancéreuses, le cancer du sein est très vite apparu comme une des localisations néoplasiques les plus sensible aux produits cytotoxiques, si ce type de traitement ne contribue pas de façon spectaculaire et de loin a la guérison des cancers du sein, son efficacité observée dans une importante proposition de cas a conféré aux traitements chimiques une place importante dans la stratégie opposée aux cancers du sein.

CHAPITRE II **Présentation du cancer du sein. Aspect médical de la maladie**

Conclusion :

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

« Le sein et le cancer sont antinomiques dans leur sens premier. L'un peut donner la vie, l'autre peut donner la mort ou tout du moins ses corollaires, la maladie, la peur, la souffrance ».

Chapitre III :

Le vécu social des femmes atteintes du cancer du sein

Chapitre III : Le vécu social des femmes atteintes du cancer du sein

Introduction :

Toute maladie a des répercussions sur le vécu social et psychologique des malades. Il en va ainsi du cancer, a fortiori du cancer du sein, qui confronte la femme à l'éventualité de la perte d'une partie de son corps, particulièrement investie. S'agissant du sein, c'est en effet le symbole même de la féminité qui est touché.

La prise en compte de ces répercussions nous a amené à nous intéresser tout particulièrement aux effets sociologiques et psychologiques des interventions chirurgicales. Mais aussi des traitements non chirurgicaux du cancer du sein. Ce sont les résultats de ce travail que nous tentons de résumer dans ce chapitre.

III.1. Le choc de diagnostic :

La maladie, le diagnostic, provoquent pour le moins un choc. C'est le terme utilisé par les femmes lors qu'elles évoquent ce moment de la découverte de la tumeur et de la confirmation du diagnostic de cancer. Même si, comme elles le disent, « elles s'y attendaient ». Ainsi, à l'annonce du diagnostic, certaines femmes s'effondrent, d'autres se trouvent dans l'incapacité d'assimiler quoi que ce soit de ce qui leur est expliqué, en particulier ce qui concerne leur maladie et les traitements. Elles se disent également incapables de se concentrer, de lire, etc.

Les effets de ce choc sont repérables immédiatement, pendant la consultation, ou à la sortie. Quelle que soit l'étendue de leur détresse, qu'elles soient ou non en état d'en dire quelque chose, la plupart des femmes tentent de faire bonne figure. L'expérience prouve ainsi que les effets de ce choc s'apparentent aux effets d'un traumatisme et vont bien au-delà de ce qui est visible immédiatement. Ainsi, pour certaines, sous l'effet du choc, il y a comme une nécessité intérieure, impérieuse, de problèmes et les conflits plus au moins bien maîtrisés avant la maladie réapparaissent à cette occasion et déstabilisent un équilibre de vie acquis dans bien des cas au prix de grands efforts.

En effet la manière dont la femme réagit à la découverte et à l'annonce de son cancer, se retrouvera tout au long du cursus de la maladie, et influencera grandement sa façon de supporter les traitements. On doit donc apporter une attention toute particulière à ces premières réactions, lors de l'entrée dans la maladie, si l'on veut obtenir une bonne coopération de la patiente et de son entourage pour les traitements à venir.

La prise de conscience de la maladie et de ses effets est progressive. Elle ne s'effectue pas forcément au moment du diagnostic. Ainsi, beaucoup de femmes ne réalisent qu'après la mastectomie qu'il s'agit vraiment d'un cancer. Le doute n'est alors plus possible, ce qui les confronte encore plus violemment aux problèmes de la perte.

Pour toutes ces femmes, une même question se pose, même si elles ne la formulent pas toujours : celle de la perte. Il ne s'agit pas seulement de la perte du sein car la mutilation renvoie à d'autres pertes, deuil ou séparation.

III.2. Le deuil dans un cancer du sein :

Pour parvenir à une vie personnelle satisfaisante après la mutilation, les femmes ont besoin d'élaborer cette perte, c'est-à-dire d'effectuer un travail de deuil. Pourquoi cette expression ?

Parce qu'il existe une similitude entre la perte d'une personne aimée et la perte d'une partie du corps fortement investie. De même que l'acceptation de la disparition d'un être chère ne se fait pas en un jour, l'acceptation d'une mutilation ne va pas de soi. La réalité de la mutilation, qu'elles subissent de plein fouet, les contraignent à ce travail. Et c'est ce dernier qui permettra les remaniements psychiques nécessaires à l'acquisition d'un nouvel équilibre. (Les cancers du sein, la ligue nationale contre le cancer du sein.2008.)

Le travail de deuil concerne principalement l'image de soi. Pouvoir investir une nouvelle image implique que l'on ait renoncé à la première. C'est dans cet intervalle où la femme n'a pas tout à fait renoncé à l'image qu'elle avait d'elle-même, ni tout à fait accepté la nouvelle image, que se situent les moments les plus difficiles.

Ces moments difficiles ne sont pas sans lien avec la façon dont la femme vivait avant sa maladie c'est dire que les problèmes personnels et les conflits familiaux, plus ou moins bien tolérés jusque-là, risquent de devenir insupportables. En effet, un certain équilibre est à trouver. Et c'est entre ces deux moments que s'effectuent souvent douloureusement, les remaniements.

Ils se traduisent par des changements dans la vie des femmes. Ainsi que « Dihia », qui tente en vain durant son hospitalisation d'expliquer à son entourage que les choses ne sont plus comme avant sa mastectomie. Pour elle, ce changement doit se traduire, entre autres, par un changement dans l'organisation de la maison. Comme elle dit : « J'en ai assez de servir tout le monde, en particulier mon mari. ». A son retour l'entourage continu comme si de rien n'était. Dihia décide alors de rester au lit, et d'attendre ... « que cela change », en souffrant moralement de ce qui lui apparaît alors comme un manque de compréhension. En agissant de la sorte, Dihia, fait défaut. Mais elle pose aussi un acte, acte dont elle est besoin, à ce moment-là, de mesurer toute la portée. En effet, à partir de ce qui apparaissait comme un simple problème ménager, d'autres questions plus essentielles concernant la vie du couple, les enfants, l'insertion professionnelle est sociale, sont apparues. Ces questions ont pu être abordées, travaillées, ce qui a entraîné pour la famille

des remaniements profonds. Si dans ce cas, Dihia et son mari sont parvenus à préserver leur vie de couple, il n'en va pas ainsi de tous.

Beaucoup de séparations surviennent non pas à cause, mais à l'occasion du cancer. En effet la maladie rend plus aiguës les difficultés, et fait apparaître au grand jour les problèmes qui existaient avant, inavoués ou occultés.

Ces remaniements concernent aussi la vie professionnelle des femmes. Certaines se sentent pour la première fois de leur vie à même d'assumer seules leur existence. D'autres décident de se mettre à travailler, alors que jusque-là elles s'y refusaient, de crainte de ne pas être suffisamment disponibles pour leur famille. Celles qui étaient déjà engagées dans une vie professionnelle ont tendance à s'y impliquer différemment.

Enfin l'attitude à l'égard des enfants évolue. Ayant le souci de leur assurer une protection plus solide, elles tentent de les autonomiser le plus possible. Afin, disent-elles : « qu'ils puissent se débrouiller tout seuls », au cas où elles disparaîtraient prématurément.

III.3. L'image du corps :

« Comment serai-je après l'intervention ? Qu'y aura-t-il à la place de mon sein, un trou ? », Demandent les femmes.

Souvent elles refusent, parfois pendant des mois, de se regarder dans une glace. Certaines vont jusqu'à voiler tout les miroirs de la maison. Beaucoup cessent de se montrer nues à leur conjoint, s'enferment à clef dans la salle de bain.

Les repères habituels leur font défaut ; elles ont le sentiment que leur silhouette a changé. Se sentant mutilées, elles craignent de toucher l'endroit où il y avait le sein, dans le cas de la mastectomie, ce qui reste du sein dans le cas du traitement conservateur. Certaines précisent qu'elles ne sentent plus cette partie de leur corps, qu'il y a perte de sensations tactiles non seulement à l'emplacement du sein, mais aussi sous l'aisselle, dans le cas du curage axillaire. Grâce au travail personnel plus poussé de certaines patientes, il est apparu que tant que cette sensation tactile n'était pas récupérée, il leur était impossible de faire face à leur nouvelle image. « On ne peut pas se regarder tant qu'on ne se sent pas », disent certaines femmes.

Ce genre de sentiments, d'expériences intimes ne se communique pas aisément. Ces femmes n'ont pu parler de leurs problèmes qu'après un long délai, quand elles se sont senties en confiance, et assurées que l'Anthropologue croirait ce qu'elles allaient lui dire. Un peut honteuses, et coupables d'accorder tant d'attention à leur personne après avoir frôlé la mort de si près, elles vont jusqu'à douter de la réalité de cette perte de sensibilité - ce qui les angoisse - car elles ont le sentiment que leur corps, auquel elles accordaient jusque-là une certaine confiance, les a trahies.

III.4. Une vie pendant et après un cancer du sein :

L'intervention, dans un premier temps au moins, est d'avantage ressentie comme une chirurgie esthétique et réparatrice, les femmes s'intéressent principalement à l'aspect esthétique (apparence, volume, symétrie, mamelon). Les réactions dépressives ou euphoriques, lorsqu'il y en a, s'attachent essentiellement à cet aspect. Ainsi, certaines femmes n'acceptent pas la nouvelle poitrine, et regrettent celle d'avant. D'autres, au contraire, se réjouissent d'avoir des seins moins volumineux qu'avant, moins ptosés et plus fermes.

Cet intérêt très ou trop marqué pour l'aspect esthétique laisse supposer qu'au-delà des apparences quelque chose de grave, voire de plus intime, est touché chez la femme.

Dans ces moments où le lien n'est pas encore établi entre l'opération et le cancer, les femmes peuvent pour un temps plus au moins long dans une sorte de déni de la maladie. C'est une sorte « d'incroyance » qui semble dominer. « Incroyance » en l'occurrence, ne signifie pas « ignorance ». Le mécanisme semble être le suivant. La femme sait qu'elle a un cancer, mais n'a pas intégré cette notion. « Je ne croyais pas et je n'arrive toujours pas à croire que j'ai un cancer ». Au départ, dès la découverte du module, dès le choc du diagnostic, il y a doute. Dans le cas de la mastectomie, le fait accompli de la mutilation lève le doute et oblige à la prise de conscience de la maladie. A l'opposé, dans le cas d'une reconstruction immédiate, ce qui a été enlevé ne manque pas. Dans la réalité visuelle, tout est à sa place, « rien ne manque à la place du sein enlevé ». En masquant l'ablation du sein, la reconstruction immédiate masque également la

maladie, et transforme le doute en incroyance. Elle permet dans une certaine mesure de dénier, pour un temps au moins, la maladie.

C'est ce déni qui explique les attitudes complexes, contradictoires et parfois surprenantes que l'on observe. La reconstruction immédiate permet certes à la femme de ne pas être affrontée trop brutalement à la mutilation et à la maladie, mais peut également, selon les situations, favoriser le déni de cette maladie. (Bernard hoerni, Yives Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers Gynécologiques et mammaires. France.)

Cet état d'incroyance et de déni a forcément une fin. Toutes les femmes, à un moment ou à un autre, (fût-ce des mois après la reconstruction), sortent de leur état de flottement et d'irréalité. Des événements extérieurs tels que l'annonce des traitements complémentaires, un regard, un choc accidentel, une question posée plus ou moins fortuitement, est l'occasion de réaliser que le cancer est bien là. Telle cette jeune femme troublée par une question qui lui est posée au sujet de sa cicatrice. Elle prend alors conscience que cette cicatrice est « la trace » du cancer, maladie moins banale qu'elle ne le pensait jusque-là. De même, l'évolution personnelle des femmes (centres d'intérêts qui changent, etc.), les modifications de leur relation à leur corps (lors de la ménopause par exemple), transforment la perception qu'elles ont de leur maladie. Etonnées devant leur propre attitude, elles se demandent comment elles ont pu aussi longtemps se masquer la réalité. (Bernard hoerni, Yives Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers Gynécologiques et mammaires. France.)

Les femmes, dans ce contexte, portent une attention toute particulière aux suites opératoires. Les difficultés de cicatrisation, lorsqu'elles existent, sont habituellement très mal tolérées. C'est l'heure des doutes et des regrets : « Comment sera cette cicatrice, comment tout cela va-t-il se terminer ? » ou « Si j'avais su, je n'aurais pas accepté cette reconstruction » ! Ces doutes s'accompagnent volontiers de réactions dépressives ou agressives. De même l'éventualité d'un retrait de prothèse est très mal supportée. A l'occasion de toutes ces difficultés, les femmes ont le sentiment que « tout cela est allé trop vite ». « Je n'ai pas eu le temps de réaliser ce qui arrivait, c'est trop compliquée pour moi, c'est comme si un temps avait sauté ».

Les difficultés de cicatrisation et les doutes confrontent les femmes à la réalité de leur cancer. Ces difficultés sont vécues comme un rappel lancine de la maladie, et comme un frein à l'oubli.

III.5. Les relations sociales des femmes atteintes d'un cancer du sein :

III.5.1. Les relations mère enfants :

La femme se demande comment assurer sa place dans le présent comme dans l'avenir, et ce, quels que soient son âge et celui de ses enfants. Sa situation a brutalement basculé. En fait, le cancer du sein réveille toutes les insatisfactions de la relation mère fille, et la culpabilité qui s'y rattache. A ce titre, la femme est brutalement interpellée, à la fois dans son rôle de mère et dans son statut de fille.

Les relations mère fille peuvent à cette occasion devenir problématiques, même s'il existe un réel souci de se protéger mutuellement. Par ailleurs, de par la maladie, tous les problèmes liés à la sexualité et à la maternité sont en quelque sorte posés au grand jour, dans certains cas pour la première fois, même s'il existe à notre époque, en ce domaine, une plus grande liberté d'expression. Quelle que soit la qualité de communication existant avant la maladie, c'est l'occasion pour les parents comme les enfants d'aborder, dans l'urgence peut-être, les problèmes liés à la sexualité. (Bernard Hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers Gynécologiques et mammaires. France.)

Les femmes ont à cœur de ne pas entraver l'évolution de leurs enfants, de ne pas leur créer de traumatismes et de blocages sexuels. C'est dans ce contexte qu'elles s'interrogent sur les origines de leur maladie, se demandant ce qu'elles ont transmis à leurs enfants, ou ce qu'elles risquent encore de leur transmettre. Cette interrogation est encore plus lancinante lorsqu'il existe des antécédents familiaux de cancer. Depuis quand ce cancer était-il tapi en moi ? Que s'est-il passé au moment de l'allaitement ? Quelle sorte de nourriture ai-je donc donné à mon enfant ? Quel mauvais sein ai-je transmis à ma fille, et que m'a-t-on transmis ? Se demandent les femmes. Pour les femmes jeunes se pose toujours la question des enfants à venir, et du danger que cela représente' autant pour les enfants que pour elles-mêmes : « Une nouvelle maternité

Chapitre III : Le vécu social des femmes atteintes du cancer du sein

n'amènerait-elle pas une récurrence ? » se demandent-elles. C'est-à-dire que pour le couple cette question est une réelle épreuve.

A l'égard des enfants, il n'est pas aisé pour une femme d'assurer son rôle de mère dans ces conditions particulièrement délicates.

Cependant, il s'avère que la présence des enfants est pour elle une source de réconfort, et l'encourage à lutter contre la maladie, à tenter de faire bonne figure, au prix souvent de grands efforts et d'abnégation. Ses femmes ont le souci de protéger les enfants et de ne pas leur infliger un spectacle trop douloureux.

Quant à l'enfant, quel que soit son âge, qu'il ait ou non été informé de la maladie de sa mère, il sait fort bien qu'elle est gravement malade. L'enfant est non seulement touché, mais aussi confronté à l'angoisse de ses parents. (Bernard Hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers Gynécologiques et mammaires. France.)

Ainsi, une jeune femme se trouvait en difficulté avec son petit garçon âgé de 4 ans, qui lui donnait des coups à l'endroit du sein enlevé. En attaquant cette partie du corps de sa mère, il exprimait son ressentiment, ressentiment qui n'était que le reflet de sa propre angoisse, en écho à celle de son entourage).

III.5.2. Les relations mère adolescents:

Les adolescents sont sans doute les plus touchés dans leur identité sexuelle. En pleine mutation, confrontés à des sentiments nouveaux, à la recherche de repères identificatoires fiables, voilà que leur mère leur fait défaut. Ces altérations physiques et morales, dont ils sont témoins, les angoissent et les culpabilisent. Incapables d'y faire face, incapables de trouver les mots qui leur permettraient d'expliquer ce qu'ils ressentent, sans risquer de blesser leur mère, ils ont tendance à fuir, ou à devenir violents. Ce qui explique tous les changements soudains de comportement chez eux. A travers ces comportements, à travers la violence qui s'instaure dans les relations parents enfants, quand l'angoisse est trop présente et que la parole ne circule pas suffisamment, c'est un appel qui est adressé aux parents, souvent au père. Encore faut-il être en état de l'entendre !

Dans notre expérience, ce type de situation, si pénible qu'il soit, peut s'arranger quand un dialogue peut à nouveau s'instaurer avec la mère, le père jouant quelque fois un rôle rassurant par sa simple présence. Il est alors important que la mère, voire le père, trouvent un interlocuteur pour exprimer ce qui se passe en eux, afin de retrouver une certaine maîtrise de leurs sentiments. Ils sont alors les mieux placés pour aider leurs enfants).

III.5.3. Les relations conjugales :

Se voyant comme elles se perçoivent, les femmes craignent d'être, comme nous le confirmons certaines, « objet de commisération ». Elles ont tendance à tout interpréter, à repousser tout geste de tendresse ou d'amitié, se défendant contre elles-mêmes, de peur de laisser percer quelque chose de leur propre vulnérabilité.

Si la femme ne se reconnaît plus elle-même, on peut en dire autant du mari, inévitablement angoissé par la maladie et la mutilation de sa femme. De plus, il a lui aussi du mal à reconnaître sa femme en pleine crise, en proie à toutes ces angoisses et terreurs intérieures. A son tour, il est troublé et désemparé, et tente de faire face à cette situation comme il le peut. Il est lui aussi confronté au problème de la mort. Ce qui ne crée pas un climat propice à la détente et à la vie sexuelle, comme nous le faisait remarquer une femme dans un moment de désespoir : « Avoir la mort à l'intérieur de soi, ce n'est évidemment pas une situation dans laquelle on a envie de faire l'amour ».

Ces difficultés sont d'un abord malaisé dans ce climat de crise. Ce qui complique encore la situation, et renvoie chacun à ses angoisses et à sa solitude. On assiste alors à des réactions totalement irrationnelles et imprévisibles, comme de l'intérieur. En effet, certains hommes fuient dans des aventures extraconjugales, auxquelles eux-mêmes ne comprennent rien ; d'autres sont totalement paralysés, non seulement devant leur propre femme mais aussi devant les autres. Certains se plaignent d'être devenus impuissants pour un temps plus ou moins long. Il faut se garder de juger le comportement de l'un ou de l'autre, mais entendre le désarroi qui s'y exprime.

L'absence de sein, par les sentiments qu'elle déclenche, renvoie la femme comme l'homme aux peurs et interdit irrationnels liés à la sexualité. Ainsi, certains appréhendent la reprise des

rapports sexuels, de crainte de réactiver la maladie ou de la transmettre à l'autre. L'absence de sein peut aussi renvoyer à l'avant puberté, à l'interdit de mettre en acte les désirs sexuels.

Dans le cas où le contexte d'avant la maladie n'était pas favorable à une vie sexuelle, le cancer peut précipiter le désintérêt et l'aversion pour la sexualité, et servir ainsi de prétexte à son abandon.

Dans le quotidien du couple, certains gestes qui allaient de soi avant la maladie et constituaient une forme d'intimité ne vont plus sans gêne. Il y a donc nécessité de dépasser les peurs réciproques et les mouvements de recul. Un changement s'impose donc pour que la qualité de la relation du couple soit peut à peu restaurée. Cela passe nécessairement par un apprivoisement et un réinvestissement de certains gestes.

Enfin la situation vécue avant la maladie a des incidences sur les réactions des deux conjoints. Si les relations étaient déjà perturbées, la maladie vient renforcer l'angoisse et réveiller la culpabilité. A l'opposé, une authentique complicité existant avant la maladie peut se trouver encore renforcée par cette épreuve.

Cette situation antérieure à la maladie n'est pas facile à apprécier. Ce n'est pas en posant des questions que l'on apprend à la connaître, car les réponses, vu la situation de crise dans laquelle se trouvent la femme et le mari, sont rarement conformes à la réalité. Soit elles embellissent le passé, soit au contraire elles radicalisent toutes les insatisfactions, toutes les difficultés antérieures, tous les conflits non résolus. On se heurte là à la façon dont, dans un moment difficile, chacun parle du passé en le reconstruisant à sa manière, comme il le peut. Il faudra du temps pour que chaque événement puisse être remis à sa juste place et évalué correctement.

Dans cette période de crise, le médecin peut aider son patient, en lui permettant d'exprimer tout cela, en l'écoutant sans porter de jugement, fût-ce pour lui-même. Il a à accueillir ce qui est dit comme des données, susceptible d'évoluer.

III.6. Le regard social :

« Je ne suis plus une femme à port entière », dit ces patientes, mettant ainsi en doute leur identité de femme.

Le regard de l'autre ne renvoie plus leur intégrité corporelle. Au contraire, il leur rappelle la mutilation.

« Après l'opération ..., on retrouve avec la moitié du corps intacte et l'autre complètement enfouie ... pour moi c'était terrible ... J'avais peur du regard des autres ... C'est une impression que je n'avais jamais eue auparavant ... ça a été ma grande hantise ... J'avais une prothèse externe, mais ..., une fois dans un supermarché ..., j'arrivais à la caisse, je prenais mes courses ... Je discutais gentiment avec la caissière et je me suis baissée pour chercher quelque chose dans mon caddie ... ça a été le silence total. J'ai levé un peu les yeux, surprise. Je me suis rendu compte que cette femme était complètement affolée parce qu'elle avait vu ma prothèse dans l'entrebâillement de mon décolleté. Je pensais que ça ne se voyait pas ... ça m'a marquée. ».

Avant la maladie, avant la mastectomie, le regard de l'autre était pour cette femme source de plaisir, puisqu'il la confortait dans sa féminité. Il n'était pas ressenti comme indiscret. Après la mutilation, il joue comme une effraction.

En effet, le sein est un organe lié d'un part à la sexualité, d'autre part aux premières expériences de la vie, c'est-à-dire à la maternité.

Dans la mesure où il s'agit d'une perte qui touche au désir et à l'amour, il en résulte des difficultés, tant au niveau du couple qu'au niveau de la relation de la femme à sa mère et à ses enfants.

Comment alors exister en tant que femme, lorsqu'on se sent aussi diminuée ? Cette interrogation traduit bien l'état de dépréciation personnelle dans lequel se trouvent plongées ces femmes, pour un temps plus ou moins long.

Dans cet état de crise, on assiste à des comportements réactionnels variant d'une femme à l'autre, en fonction de leur personnalité, de leur histoire individuelle, de la qualité relationnelle qui existait avant la maladie.

Ainsi, certaines ont tendance à se replier sur elles-mêmes, afin de pouvoir « se retrouver », comme elles le disent. Elles éprouvent des difficultés à rencontrer les autres, à se montrer, à montrer son corps. La seule personne devant laquelle elles osent le faire, c'est souvent leur médecin. Cette réaction bien compréhensible est sans doute inévitable, mais doit être limitée dans le temps, si l'on ne veut pas que la femme finisse par se couper de son entourage.

D'autres, au contraire, pour mieux faire face à cette dépréciation, éprouvent le besoin de paraître, de montrer toutes les imperfections de leur corps, sur le mode de la dérision, avec un certain humour. Cet humour, en l'occurrence, leur permet une mise à distance de l'angoisse. Ce sentiment de dépréciation est tel qu'elles éprouvent la plus grande difficulté à imaginer qu'on puisse les voir autrement qu'elles ne se voient, et à s'imaginer encore désirables.

Conclusion :

Le cancer du sein demeure pour la femme le cancer le plus fréquent, même les campagnes de dépistage et les techniques de prévention permettent de le détecter plus tôt, et donc le mieux le soigner.

C'est aussi le type de cancer le plus redouté, en dépit de l'évolution des traitements et de l'attention portée à la qualité de vie des femmes atteintes de ce type de cancer.

Enfin, les réactions qu'il déclenche ont un caractère dramatique et spectaculaire qui ne se retrouve pas au même degré dans d'autres cancers, mêmes plus graves. La raison de cette spécificité réside sans doute dans le fait que dans le cancer du sein, comme dans la tragédie, sexualité et mort sont étroitement intriquées. Ainsi, ce ne sont pas seulement la vie et l'intégrité corporelle qui sont menacées, mais aussi l'identité au sens large du terme.

Conclusion générale :

Le cancer du sein est quelque chose qui bouleverse tous ceux qui y sont confrontés. Les sentiments des malades eux-mêmes évoluent au fur et à mesure du traitement. Aux problèmes liés à leur état viennent s'ajouter les soucis de tous les jours. Dans notre étude, nous avons abordé le vécu de ces femmes malades, et la représentation de cette maladie ainsi, son fonctionnement.

Nous nous disons souvent : « Si je devais un jour avoir un cancer, je ne pourrai pas le supporter ». Pourtant, notre capacité d'accepter et de dépasser des circonstances extrêmement douloureuses est en fait bien supérieure à ce que nous pouvons imaginer. Lorsque nous sommes dans l'adversité, nous découvrons presque toujours l'énergie et les ressources que nous nous ne soupçonnions pas avoir en nous.

Nous avons constaté que le vécu émotif d'une personne atteinte du cancer du sein est en général très grand. Il englobe des émotions et des sentiments très divers, lesquels peuvent évoluer avec le temps et sont déterminés par divers facteurs : la manière d'être de la personne en question, mais aussi le déroulement de la maladie, le comportement du personnel soignant, des proches ou des amis, et bien d'autres facteurs encore. Colère, tristesse, désespoir, anxiété, sentiments refoulés ou espérance, toutes ces réactions sont possibles et, surtout, légitimes.

Il est donc important de souligner que chacun a le droit de réagir comme il le veut, et comme il le peut. Il n'existe donc pas une manière de réagir considérée comme meilleur qu'une autre, ou pas adéquate dans l'optique de la guérison. Il faut être très clair à ce propos : Il n'y a pas de réactions émotives « justes ». Il n'est pas nécessairement « plus juste » de réagir en se disant à l'instant même « maintenant, je vais lutter », plutôt que de s'abandonner au désespoir.

Quelle que soit le progrès de la maladie, il ne peut et ne doit y avoir une recette de comportement ou de réaction.

Compte tenu de ce qu'on avait dit précédemment, chacun peut réagir par des comportements susceptibles de se révéler nuisibles, voire dangereux. C'est par exemple le cas lorsque la dépression devient excessive, lorsque la personne malade refuse les médicaments, ou bien s'isole en excluant les rapports avec les autres ou lorsqu'apparaissent des envies de suicide. Dans ces cas-là (qui ne sont toutefois pas courants), il faut avoir le courage de reconnaître la nécessité d'une intervention spécifique du médecin traitant, ou bien d'un spécialiste (psychiatre ou psychologue).

Parmi les nombreuses réactions possibles, les malades peuvent aussi se laisser envahir par des sentiments de culpabilité qui sont aussi alimentés par la logique, très dangereuse, des modèles de comportement auxquels on a fait allusion plus haut. Tout comme on pense, à tort, qu'il existe des manières plus au moins correctes de réagir, on pense qu'il existe des comportements à même d'écarter la maladie. Cela est naturellement vrai pour certains facteurs de risques bien connus, mais cela n'est absolument pas vrai pour ce qui est de la manière d'être, ou de la structure psychologique de l'individu. (Cancer du sein, 2007, guide d'information et de dialogue à l'usage des personnes malades et de leurs proches, France, P 9-11).

C'est pour cela qu'on conclue que notre pays manque de centres de lutte contre le cancer du sein ceux qui causent le retard des prises en charge des patientes atteintes de cette maladie.

Une autre prise en charge « symbolique » doit être exprimées par l'entourage. Les milieux sociétaux doivent prendre conscience la sensibilité de la maladie et l'importance du soutien moral que l'entourage proche ou lointain peut apporter à ces malades.

Bibliographie :

- 1- Internet. « Le Centre de recherche sur le cancer » ([http://www. Cancer. Ch](http://www.Cancer.Ch)).
- 2- Les traitements des cancers du sein. 2013. Paris. P 09.
- 3- Frouncht-ttirsch S. 2005. P 04.
- 4- Les cancers du sein, la ligue nationale contre le cancer du sein.2008. P 06.
- 5- . Haagensen CD, 1981, Breast Carcinoma : Risk and detection, éd Saunders, Pheladelphia. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France.
- 6- Hutchinson WB, 1980, Risk of breast cancer in women with benign, breast disease, éd Nat Cancer. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 13-20.
- 7- Trojani M, 1983, Présentation anatomopathologique des mastopathies bénignes, éd Fondation Bergonié, Bordeaux. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 59-67.
- 8- Haagenson CD, 1978, Sobular neoplasia of the breast. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 737-769.
- 9- Mascarel I, 1984, Exérèses mammaires partielles à visée diagnostique, Incidence du Cancer et contexte histologique, éd Bull Cancer, Paris. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 425- 431.
- 10- Henderson. BE, 1974, An épidémiologique study of breast Cancer, éd J Nat Cancer. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 13-20.
- 11- TRAMIER D, 1979, Risque liés au terrain du Cancer du sein, Sénologia. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 235- 240.
- 12- Anderson DE, 1955, Breast Cancer in families. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 1855- 1860.
- 13- PETRAKIS NL, 1977, Genetic Factors in the etiology of Breast Cancer. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 2709- 2715.

14- HOLM NV, 1980, Etiologic Factors of breast Cancer elucidated by a study of unselected twins, éd J Nat Cancer. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 285-298.

15- PETRAKIS NL, 1977, Genetic Factors in the etiology of Breast Cancer. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 2709- 2715.

16- BOFFARD K, 1981, Serum Prolactin, androgens, Oestradiol and progesterone in adolescent girls with or without a family history of breast Cancer, éd Eur J cancer Clin Oncol. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 1071-1077.

17- WAARD F, 1975, Breast Cancer incidence and nutritional status with particular reference to body weight and height, éd Cancer Res. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 3351- 3356.

18- KELSEY JL, 1983, Breast and gynecologic Cancer edpidemiology, éd Boca Raton, Floride. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 5- 50.

19- SULKES A, 1984, Sex hormone binding globulin (SHBG) in breast Cancer; a correlation with obesity but not with estrogen receptor status, éd Eur J Cancer Clin Oncol. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 19-23.

20- WILLET WC, 1984, Diet and Cancer, An overview (Second of two parts), éd N Engl J Med. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 697- 703.

21- HENDERSON BE, 1974, An epidemiologic study of breast cancer, éd J Nat Cancer. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 609- 614.

22- ROSENBERG L, 1984, Breast Cancer and Cigarette Smsking, éd N Engl J Med. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 92-94.

23- KESLEY JL, 1983, Cancer of the breast. In: Breast and gynecologic Cancer epidemiology, éd Boca Raton Floride. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 5-50.

24- ADAMI HO, 1984, cholecystectomy and the incidence of breast Cancer: a cohort study, éd Br J Cancer. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 235- 239.

25- KESLEY JL, 1983, Cancer of the breast. In: Breast and gynecologic Cancer epidemiology, éd Boca Raton Floride. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 5-50.

26- Les cancers du sein, Recherche information prévention dépistage action pour les malades et leurs proches. 2008. P 07.

27- BACLESSE F, 1939, Essai de roentgentherapie du Cancer du sein suivie d'opération large, Résultats histologiques, éd Bull Assoc Fr Etude Cancer. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 729- 743.

28- KEYNES G, 1937, Conservative treatment of Cancer of the breast, éd : Br Med J. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 643- 647.

29- MUSTAKALLIO S, 1972, Conservative treatment of breast carcinoma. Review of 25-year follow- up. Ed Clin Radiol. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P110-116.

30- RISSANEN PM, 1969, A comparison of conservative and radical surgery combined with radiotherapy in the treatment of stage I carcinoma of the breast, éd Br J Radiol. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 423- 426.

31- MAISIN J, 1947, Le traitement du cancer du sein par curietherapie et roentgentherapie, éd ; Acta Radiol. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P593- 610.

32- BEATSON GT, 1896, On the treatment of inoperable cases of carcinoma of the mamma: Suggestions for a new method of treatment with illustrative cases, éd: Lancet. In Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers gynécologiques et mammaires, France. P 104-107.

33- Bernard hoerni, Yves Rochet, Claude Lagarde, Alain Brémond, 1986, Encyclopédie des cancers Gynécologiques et mammaires. France.

34- Cancer du sein, 2007, guide d'information et de dialogue à l'usage des personnes malades et de leurs proches, France, P 9-11.

Annexe:

I) INTRODUCTION:

Ce stage a été effectué au sein de l'Association El-Fedjr, d'aide aux personnes atteintes de cancer, dont le siège est situé à Tizi-Ouzou.

Durant ce stage, on a étudié le fonctionnement de cette association et son intervention pour venir en aide et soutenir les malades atteints de) cancer.

II) PRESENTATION DE L'ASSOCIATION:

A- DENOMINATION:

L'association El Fedjr d'aide aux personnes atteintes de cancer est une association sociale et humanitaire à but non lucratif, dont l'organisation et le fonctionnement sont régis par la loi 90-31 du 04 décembre 1990 relative aux associations ainsi que les statuts et le règlement intérieur de l'association.

Elle est composée de bénévoles. Elle apporte aux malades atteints du cancer assistance morale et matérielle dans les différentes phases de lutte contre le cancer.

B- HISTORIQUE:

L'Association El-Fedjr d'aide aux personnes atteintes de cancer a été fondée à Alger par un groupe de malades, à leur tête Mme YOUSFENE Aïcha. Elle a été agréée le 02 septembre 1989 par le Ministère de l'intérieur et de l'environnement sous le N°M47 DRC.

Le bureau de la wilaya de Tizi-Ouzou a été installé le 11 Février 1993 à l'initiative du bureau national et à la demande d'adhérents, eux aussi malades, de la région de Tizi-Ouzou.

Aujourd'hui le bureau de Tizi-Ouzou est composé de 11 membres bénévoles dont 1 présidente, 2 vice-présidents, 1 Secrétaire général et son adjoint, 1 trésorier et son adjoint, et 4 assesseurs.

L'association enregistre 2238 adhérents et compte environ 390 malades.

C- LA POSITION GEOGRAPHIQUE:

Le siège de l'association El Fedjr est situé dans la ville de Tizi-Ouzou à la Cité 40 logements des enseignants BT A n°01. A sa proximité sud se trouvent le siège de la wilaya de Tizi-Ouzou, à l'Est l'association des atomisés d'Algérie et l'école

Fondamentale Mimoun Ah, au nord la maison de jeunes BOULILA Amar et le CIAJ (centre d'information et d'animation des jeunes) et à l'Ouest la cité «Le cadî».

D- LES OBJECTIFS DE L'ASSOCIATION:

L'association agit sur tous les fronts de la maladie et ses objectifs sont

- 1- Exprimer les besoins des personnes atteintes de cancer et défendre leurs intérêts matériels et moraux
- 2-Sensibiliser les pouvoirs publics et l'opinion publique sur les difficultés que rencontrent les malades.
- 3- Aider à apporter une meilleure qualité de vie aux personnes atteintes de cette affection.
- 4-Venir en aide aux malades pendant le traitement médical.
- 5-Organiser des cellules d'accueil en vue de venir en aide aux familles nécessiteuses.
- 6-Rassembler des équipes bénévoles pour créer des chaînes de solidarité.
- 7- œuvrer pour une réglementation adaptée aux nécessités de prise en charge affective du malade.
- 8- Aider, après traitement, à la réinsertion sociale et professionnelle du malade.
- 9- Aider à développer une politique de dépistage.
- 10-Développe une aide à la recherche scientifique dans le domaine du cancer.
- 11- Aider à développer la lutte anticancéreuse.

L'association s'est engagée à entreprendre toutes les actions indispensables à la réalisation de ces buts.

E- LES MISSIONS DE L'ASSOCIATION:

L'association « El-Fedjr » a choisi deux grands axes d'action : l'aide sociale et médico-social, et la prévention.

1) La mission sociale privilégie l'aide aux personnes atteintes de réparties sur tout le territoire de la wilaya de Tizi-Ouzou. De multiples actions sont initiées en faveur de ces malades, souvent de condition sociale fort modeste. Ces actions bénévoles vont de l'assistance médicale et psychologique aux aides matérielles sous formes diverses

Soutien financier aux personnes en difficulté : ainsi en 2015, 1 696 800.00 DA ont été octroyés à des cancéreux démunis, en plus de la prise en charge des frais de médicaments, examens médicaux (analyses et radiographies...) et du transport.

2) La prévention: Parce que l'association El-fedjr est convaincu qu'un grand nombre de décès par cancer pourrait être évité par des moyens simples : information, prévention et dépistage.

Les habitudes de vie (alcool, tabac, alimentation riche en matières grasses...), l'environnement (exposition a l'amiante, aux radiations abusives du soleil....), l'âge et la prédisposition génétique, sont autant de facteurs de risque communs pour favoriser l'apparition de certains cancers, d'où l'importance de pratiquer le dépistage qui a pour objectif de déceler, avant tout symptôme, une anomalie biologique ou autre, qui signale la présence possible d'une tumeur.

C'est pourquoi l'association se donne les moyens d'obtenir au sein du grand public une diminution importante des conduites à risque et éviter les cancers évitables. Elle s'engage dans

- Des campagnes de dépistage gratuit de différents cancers (sein, col

L'utérus, colon ...) pour la population de la wilaya de Tizi-Ouzou.

- La poursuite de la lutte contre le tabagisme.

- L'organisation des journées d'information et de prévention avec

Conférences-débats sur le cancer à l'attention du grand public et dans les lycées, université, centres culturels à travers la wilaya.

- La publication des affiches et prospectus traitant les dangers de la consommation du tabac, abus du soleil,

Soutien moral et psychologique : «El Fedjr » multiplie les moyens pour aider les malades à surmonter la détresse qui accompagne souvent le diagnostic d'un cancer et les réconforter dans leur combat contre la maladie.

La méthode choisie a cet effet, est l'organisation de

- Visite aux malades à l'hôpital et aussi à domicile.

- Séances d'animations culturelles (chant, dessin, lecture

D'histoire...) assurées par des adhérents au profit des enfants hospitalisés.

- Séances de thérapie de groupe: celles-ci sont encadrées par l'assistante sociale de l'association, un médecin et un psychologue. Lors de ces séances, les malades partagent les interrogations, leurs angoisses au sujet de la maladie. Leur témoignage et leur échange sont souvent chargés d'émotion.

- Sorties aérées et excursion au profit des malades.

- Colonies de vacances au profit des malades et leur famille.

Aides occasionnelles : ces actions se traduisent par des distributions des colis alimentaires et vestimentaires lors des fêtes religieuses (Aïd El Fitr, Aïd El Adha, Ramadhan, Achoura) et autres, tels que les trousseaux scolaires lors de la rentrée scolaire et des cadeaux aux enfants le 1er juin...

III) PRESENTATION DU DOMAINE D'ETUDE:

L'association dispose d'un local : il s'agit d'un appartement de 88M2 aménagé en bureaux. Ce local est la propriété de l'association. Il ne sert pas à des fins de transit ou d'hébergement, ni ne peut faire l'objet de location.

A. ORGANISATION DU TRAVAIL:

Une équipe permanente composée d'une assistante sociale, une assistante administrative, une psychologue, quatre agents polyvalents et un chauffeur se partagent les activités journalières de l'association et qui se résument à

- Travaux de secrétariat, envoi, réception et enregistrement du courrier. - Réception et écoute des malades et prise en charge de leurs besoins.
- Enregistrement des dons (sur délivrance de reçus) en médicament et autres.
- Enregistrement des adhésions.
- Réception et enregistrement des nouveaux dossiers des malades. - Classement des décharges.
- Etablissement du programme du lendemain.
- Remise des rendez-vous aux malades, etc.

L'esprit d'équipe et d'organisation règne au sein de l'association. Les tâches sont réparties par les membres du bureau selon le domaine de chacun des membres de l'équipe permanente.

L'assistante sociale se charge des dossiers médicaux et sociaux des malades et s'assure leur prise en charge médicale et de leur suivi. L'assistante administrative se charge de la gestion financière et administrative de l'association

Ces 2 éléments, véritables pivots de l'organisation de l'association, sont secondés dans l'accomplissement de leur travail par 4 agents polyvalents, affectés par les services de l'APC de Tizi-Ouzou dans le cadre du dispositif de l'A.I.J (Aide à l'Insertion des Jeunes).

B. RELATIONS INTERNE ET EXTERNE:

Les relations externes de l'association EL FEDJR se résument à :

Les Autorités locales:

Wali, président de l'APW, Président de l'APC, ... et les différents services administratifs.

Hôpital de Tizi-Ouzou:

Pour des prises de rendez-vous médicaux aux malades dans les différents services (radiologie centrale, laboratoire de Biochimie, laboratoire d'anatomie pathologie...)

Mais aussi pour les visites aux malades d'hématologie et de pédiatrie ...

Hôpital Belloua:

Pour l'accompagnement des malades aux services d'oncologie Médicale pour des cures de chimiothérapie ou autre.

Centre Pierre et Marie Curie (CPMC) Alger:

Pour l'acheminement des malades pour des séances de Radiothérapie, hospitalisations, consultation, contrôles....

Médecins du secteur Privé:

Pour différents motifs médicaux (analyses, examens radiologiques, ...)

Etablissements industriels:

Pour sensibiliser et demander de l'aide au profit des malades.

IV- DIAGNOSTIQUE:

A. CRITIQUE:

Durant tout le stage, j'étais en contact permanent avec des personnes intéressées et soucieuses de la bonne marche de l'association. Ainsi, j'ai pu relever quelques marques:

- Manque d'effectifs, le personnel actuel se trouve souvent dépassé par beaucoup de travail.
- Manque d'espace sur le plan superficie.

B. SUGGESTIONS:

Je formule les propositions suivantes

- Le recrutement des personnels (psychologues, médecins,...).
- L'Acquisition d'un autre siège plus vaste.

Introduction générale

Conclusion générale

Annexe