UNIVERSITE d'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

ANNEE 2020 **N° 2307**

FACTEURS PREDICTIFS DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET QUALITE DE VIE CHEZ DES PATIENTES TRAITEES POUR UN CANCER DU SEIN AU CNHU-HKM DE COTONOU

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

BOUENDO NZOUSSI Alpha Carine

Née le 18 Septembre 1986 à Pointe-Noire (Rep. du Congo)

DIRECTEUR DE THESE

Dr GANSOU Grégoire Magloire

Professeur Titulaire de psychiatrie

CO-DIRECTEURS DE THESE

MA KLIKPO Elvyre

MA GNANGNON Freddy

PRESIDENTE DU JURY

Dr FIOSSI KPADONOU Emilie

Professeur Titulaire de Pédopsychiatrie

MEMBRES DU JURY

MCA YEKPE Patricia

MCA GBESSI Dansou Gaspard

REPUBLIQUE DU BENIN

*****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE/ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2018-2019 (Version octobre 2019)

Scanned with CamScanner

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUNGBE Fabien	Médecine Interne
2.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane	Psychiatrie Adulte
3.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
4.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5.	Dr. KINDE GAZARD Dorothée Akoko	Parasitologie Mycologie
6.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
7.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
8.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
10.	Dr. LALEYE Anatole O. A	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
11.	Dr. AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
12.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
13.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
14.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
15.	Dr KPADONOU Toussaint G	Médecine Physique – Réadaptation
16.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
17.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
18.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
19.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
20.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
21.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
22.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Scanned with CamScanner

23. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	DermatologieVénérologie
24. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
25. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
26. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
27. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
28. Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
29. Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith Solange....	Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Dr MADOUGOU Soumaïla	Orthopédie et Traumatologie
31. Dr TONATO Josiane Angéline Adjoua.....	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr ADJIEN Kodjo Constant.....	Neurologie
33. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.....	Parasitologie
34. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
35. Dr SEHONOU Jean.....	Hépato-Gastro-Entérologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

SPECIMEN

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1.	Dr RAHIMY Mohamed Chérif Deen.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
3.	Dr AVAKOUDJO François	ORL-ChirurgieCervicoFaciale

Scanned with CamScanner

4.	Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
5.	Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
7.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
8.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
9.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
10.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
11.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
12.	Dr HOUNKPATIN Benjamin Ignace Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
13.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
14.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
16.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
17.	Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
18.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
19.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
20.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
21.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
22.	Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
23.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie –Mycologie
24.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
25.	Dr YEMOA Loconon Y Achille.	Chimie Analytique et Bromatologie

MAÎTRE DE CONFERENCES

1.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

MBK

Scanned with CamScanner

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2.	Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
3.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry.....	Neurochirurgie
4.	Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
6.	Dr GANFON Habib M.Yoel.	Pharmacognosie (Matière médicale)
7.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
8.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
9.	Dr ALIHONOU Thierry.....	Neurochirurgie
10.	Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-ChirurgieCervicoFaciale
11.	Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
12.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adouké.....	Ophtalmologie
13.	Dr AKPADJAN Gbémawonmédé Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
14.	Dr CHIGBLO Segla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
15.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle.....	Dermatologie-Vénérologie
16.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité)	Odontologie Pédiatrique
17.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin.....	Urologie-Andrologie
18.	Dr LAWANI Ismail.....	Chirurgie Viscérale
19.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
20.	Dr ZOHOUN GUIDIBI Lutécia Myria Ayaba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
21.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr ADJADOHOUN Sonia Bignon Mahussi Gwladys	Radiologie
23.	Dr ADJAGBA D. Philippe M.....	Cardiologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAK

Scanned with CamScanner

24.	Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
25.	Dr ATTOLOU Sètondji.....	Chirurgie Générale
26.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon.....	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
27.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue.....	Cancérologie Chirurgicale
28.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
29.	Dr IMOROU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi.....	Gastroentérologie et Hépathologie
31.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
32.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
33.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
34.	Dr SEIDOU Falilatou.....	Anatomie Pathologique
35.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
36.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
37.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Denis.....	Chimie Organique
38.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
39.	Dr YEVI Dodji Magloire Ines.....	Urologie Andrologie
40.	Dr BADOU Agnès Sylvie.....	Ethnologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

SPECIMEN

ASSISTANTS

1.	Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2.	Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3.	Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
6.	Dr SOSSA Jean	Urologie

Scanned with CamScanner

7.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
8.	Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
9.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette Ayaba	Chirurgie Buccale
10.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
11.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
12.	Dr BOGNON Gilles M.	Pédiatrie
13.	Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
14.	Dr MIKPONHOUE Rose C.	Médecine du Travail
15.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
16.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce	Pédopsychiatrie
17.	Dr KLIKPO Elvyre	Psychiatrie Adulte
18.	Dr ADJOBIMEY Ménonli	Santé au Travail
19.	Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie Réanimation
20.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE	Pédiatrie
21.	Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie - Obstétrique
22.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
23.	Dr MIZEHOUN GbèdéconCarmelle	Nutrition et Diététique
24.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
25.	Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
26.	Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
27.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
28.	Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
29.	Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
30.	Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
31.	Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hémétologie biologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MJK

Scanned with CamScanner

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

COLLABORATEURS

A. COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur en Pharmacognosie à la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université d'Abidjan (RCI)
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2

OCTOBRE 2013

Scanned with CamScanner

5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8- Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique (Burkina-Faso)

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1 - Dr MAKOUTODE Michel	Professeur Titulaire en Santé Publique à l'Institut Régional de Santé Publique (Retraité)
2 - Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC (Retraité)
3–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC (Retraité)
4–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
5- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition
6- Dr AGUEH Victoire.....	Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique (IRSP) (Retraité)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulairede Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Maître de Conférences de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Maître de Conférences en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12 – Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques

OCTOBRE 2015

Scanned with CamScanner

13 - Dr KPOVIESSI Salomé	Maître de Conférences en Chimie et Applications à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEIGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

C- ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Scanned with CamScanner

14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologiealimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
35– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
37-MmeNapporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MLK

Scanned with CamScanner

38 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
39 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
40- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
41 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
42 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
43 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
44- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
45 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
46- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
47 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
48 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
49- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
50 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
51- Mr COMAHOUE Franck.....	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
52- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
53- Mme de SOUZA Pélagie.....	Socio-Anthropologie Générale
54 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
55 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
56 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
57- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
58 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
59 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MDK

Scanned with CamScanner

60- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
61- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
62 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
63 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
64- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

Professeur Delphin K. MEHINTO

Scanned with CamScanner

DEDICACE

ACTION DE GRACES

Eternel, mon Seigneur ! Que ton Nom est magnifique sur toute la terre! Ta majesté s'élève au-dessus des cieux.

Pour ta présence dans ma vie, ta grâce renouvelée dans mon être et ton Amour éternel, ma bouche chantera tes louanges, mon cœur célèbrera ta gloire à perpétuité.

Daigne Seigneur accomplir l'œuvre que Tu as entreprise dans ma vie, pour la seule gloire de Ton Saint Nom.

Gloire à Toi au plus haut des cieux, maintenant et pour les siècles des siècles

Amen

A mes très chers parents (M. et Mme BOUHENDO)

Pour les multiples sacrifices consentis à mon égard au cours de ces années afin de m'assurer une bonne éducation. Pour votre rigueur et vos multiples conseils, j'ai beaucoup appris. Que n'aviez-vous pas fait pour moi et mes frères ? Vous êtes des parents au cœur d'or. Que ce travail soit pour vous, le signe de ma reconnaissance filiale et de mon inconditionnel amour.

Santé et longévité à vous !

Amour infini

A mon mari

En témoignage de mon amour, reçoit ce travail qui est aussi le tien. Ton soutien et ta patience t'honorent. Les mots ne sauraient traduire mes pensées. Puisse l'ETERNEL nous bénir et guider nos pas tout au long de ce parcours.

Amour infini

A mon fils Emmanuel

Merci d'avoir compris mon absence physique. Puisse Dieu te bénir pour ce long parcours que tu vas entreprendre à ton tour.

Amour infini

A ma fille Serena

Ta naissance coïncidait avec la construction du projet de cette recherche. Tu étais si proche de moi malgré mon silence. Tu m'as toujours redonné le sourire.

Que DIEU te bénisse

Amour infini

A mes frères et sœur

Votre affection et votre soutien ne m'ont pas fait défaut. Le chemin de succès est long mais nous y parviendrons tous. Puissions-nous conserver et cultiver davantage cette joie de vivre et cette tendresse gage de notre union depuis toujours. Que l'entente demeure éternelle et que Dieu nous assiste dans nos réalisations.

Fraternellement

A mon oncle BATANTOU Jean-Claude

Vous n'avez ménagé aucun effort pour m'apporter votre soutien. Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A mes cousins et cousines

Soyez honorés par ce travail.

Affectueusement

A mes amis et sœurs (FAMILY)

Trouvez ici la satisfaction que procure la réalisation d'un travail auquel vous teniez. Des amis comme vous on n'en rencontre pas beaucoup.

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

Ce travail, n'aurait pas pu se réaliser sans le soutien intellectuel et moral de certaines personnes qui y ont contribué. Ainsi, je tiens à exprimer à toutes ces personnes ma reconnaissance. Je tiens particulièrement à vous remercier :

Tous les enquêteurs

Vous avez laissé vos multiples activités pour vous rendre au CNHU. Vous avez donné le meilleur de vous-mêmes pour la réalisation et la réussite de ce travail. Recevez ce travail comme le fruit de vos efforts. Profonde gratitude.

Toutes les enquêtées

Vous avez librement accepté de participer à cette étude. Sans vous ce travail n'aurait pas existé. Merci pour votre collaboration.

Le personnel du service du CNHU-P et de Chirurgie Viscérale du CNHU-HKM

Pour avoir mis à notre disposition leur cadre lors de notre formation

Tout le personnel du CNHU-HKM

Vous avez participé de diverses manières à notre formation. Recevez nos sentiments de gratitude.

Tous les enseignants qui m'ont formé

Merci pour les connaissances que vous nous avez transmises.

Puisse l'ETERNEL vous bénir.

Aux camarades de promotion : KOTTO aimée, DZEMTA Corine, NANGUEG Florentine, NKOULOU Patrick.

Nous avons passé ensemble des moments inoubliables. Brillante carrière à nous.

A la 42ème promotion des médecins

Très bonne carrière médicale

HOMMAGES

A NOS MAITRES

Les professeurs de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, nous sommes fières d'avoir été formée par vous. Nous vous prions d'accepter en ce jour nos sentiments de profonde gratitude pour la clarté, la richesse et la précision de vos enseignements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Grégoire Magloire GANSOU

Nous sommes très reconnaissante, de l'insigne honneur que vous nous faites en dirigeant ce modeste travail. Malgré toutes vos occupations et vos multiples sollicitations, vous avez tout mis en œuvre pour que ce travail soit accompli.

Les moments que nous avons eu l'honneur de passer à vos côtés, nous ont permis de découvrir la grandeur de votre science et votre sens aigu de la perfection. Aussi avons-nous beaucoup appris de vous, tant sur le plan académique que social.

Puisse cette thèse être pour vous, le témoignage de notre profonde gratitude et de notre hommage respectueux.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

DOCTEUR GNANGNON Freddy

Vous avez accepté de m'accompagner dans ce travail. J'ai été très sensible à votre disponibilité et à votre écoute attentive. Vos conseils m'ont beaucoup marquée

lors de la réalisation de ce travail. Malgré les multiples occupations académiques, vous trouvez toujours du temps pour vos étudiants. Que Dieu vous bénisse.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE

Docteur Elvire KLIKPO

Vous avez sacrifié votre temps malgré vos occupations, pour la réalisation de ce travail. Merci pour votre disponibilité et pour vos précieux conseils qui m'ont bien été utiles pour la réalisation de ce travail. Puisse le Seigneur vous le rendre au centuple.

A NOTRE JUGE

A notre présidente du jury : c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury. Nous restons persuadée que vos conseils et recommandations nous permettons d'améliorer ce travail. Hommage respectueux.

AUX HONNORABLES MEMBRES DU JURY

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de soutenance.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir parfait ce travail. Votre contribution nous y aidera. Sincère reconnaissance.

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES ET DE DE LA SANTE A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA

COOP : Chart Damouth Primary

CARES : Cancer Reabilitation Evaluation System

CARES-SF : Cancer Reabilitation Evaluation System Short form

DSM-V : Diagnostic and statiscal manual of mental disorders 5th edition

DSMIII : Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders 3rd edition

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EORTC : European Organisation Research for treatment of Cancer

FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer

FACT-G : Functionnal Assessment of cancer Terapy

FLIC : Functionnal Living Index Cancer)

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale

MRC : Medical Research

NCI : Nationnal Cancer Institu

NHP : Nottiinghan Health Profile

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PQVS : Le Profil de Qualité Subjective

PTSD : Post Traumatique Stress Disorder

QLQ-C30 : Quality of Life Questionnaire, general module of, breast cancer

QLQ-BR23 : Quality of Life Questionnaire,Specific Modul of breast

QOLQ-CS : Quality of Life Cancer Suevivors Tool

QOL-BC : Quality of Life-Cancer Survivors Tool-Breast Cancer

SF36 : Short Form 36

SIP : Sicknes Impact Profile

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Synthèse des différents facteurs prédictifs de la détresse émotionnelle net de la qualité de vie chez des patientes qui sont traitées pour un cancer du sein… ..... p 30

Tableau II: Répartition des patientes selon la situation matrimoniale…p 42

Tableau III: Répartition des patientes selon leur ethnie.....p 44

Tableau IV : Troubles psychiques durant le traitement ..... p 48

Tableau V: Répartition des patientes selon la difficulté financière .....p 57

Souffrance psychique en fonction du parcours de soins

Tableau VI: Evaluation des symptômes physique ..... p 61

Evaluation quantitative de l'humeur actuelle et de l'anxiété

Tableau VII : Evaluation des perspectives d'avenir.....p 62

Répartition des patientes selon l'évaluation qualitative de l'humeur actuelle

Tableau VIII: Evaluation de l'échelle de comorbidité Charlson.....p 62

Tableau IX: Humeur durant le traitement en fonction de la durée du Traitement et du parcours psychiatrique ..... p 63

Tableau X : Humeur durant le traitement en fonction des données Socio-démographiques..... p 64

Tableau XI : Humeur durant le traitement en fonction de la conduite Thérapeutique.....p 65

Tableau XII : Qualité de vie (module spécifique du cancer du sein) en fonction de l'humeur actuelle.....p 66

Tableau XIII : Qualité de vie (module général) en fonction de l'humeur actuelle.....p 67

Tableau XIV: Qualité de vie en fonct
traitement (module spécifique) ..... p 68
Tableau XV: Qualité de vie en fonction de l'état émotionnel durant le tableau
traitement (module général) ..... p 70
Tableaux XVI: Qualité de vie en fonction des données
socio-démographiques..... p 71
Tableau XVII : Qualité de vie en fonction du traitement
carcinologique ..... p 72
Tableau XVIII: Qualité de vie en fonction du parcours de
soins psychiatriques ..... p 73

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Répartition de la population en fonction des tranches d'âge……p 41
Figure 2: Répartition des patientes selon la profession.....p 42
Figure 3 : Répartition des patientes selon le niveau d'étude….....p 45
Figure 4: Répartition des patientes selon la durée du traitement.....p 46
Figure 5 : Traitement principal et adjuvant reçu par les patientes ..... p 47
Figure 6 : Souffrance psychique en fonction du parcours de soins.....p 49
Figure 7: Répartition des patientes selon l'évaluation de l'humeur actuelle par le score HADS.....p 50
Figure 8: Difficultés physiques au module général chez les patientes.....p 51.
Figure 9: Evaluation de l'état cognitif.....p 52
Intensité des symptômes
Figure10 : Evaluation de l'état émotionnel ..... p 53
Figure 11: Evaluation des relations sociales .....p 54
Figure 12: Evaluation de la limitation des activités ..... p 55
Figure 13: Evaluation des échelles des symptômes physiques .....p 56
Figure 14 : Intensité des symptomes ..... p 57
Figure 15 : Auto-évaluation de la qualité de vie globale au cours de la semaine Précédente .....p 58
Figure 16 : Auto-évaluation physique au cours de la semaine précédente ..p 59

Figure 17 : Evaluation de la satisfaction sexuelle des patientes.....p 60
Figure 18 : Evaluation de la dégradation de l'image corporelle ..... p 61

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. GENERALITE 5

2. CADRE ET METHODE 32

3. RESULTATS 40

4. DISCUSSION… 74

CONCLUSION 102

SUGGESTIONS 108

REFERENCES 109

ANNEXES 123

SERMENT 144

INTRODUCTION

Le cancer du sein constitue un problème majeur de santé publique. Deuxième cancer pour tout sexe confondu et premier cancer féminin, le cancer du sein constitue la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les femmes. En 2018, l'incidence mondiale était estimée à 2,1 millions de nouveau diagnostic, représentant 11,6% du fardeau total du cancer [1].

En Afrique, le cancer du sein constitue le premier cancer diagnostiqué chez la femme avec une proportion à 19,0% et une mortalité à 13,3% selon les données de Globocan en 2018 [3]. Il constitue un véritable problème de santé publique.

En raison des progrès technologiques et médicaux, le nombre de survivants du cancer s'est sensiblement accru durant ces 30 dernières années. Cet accroissement des taux de survie a soulevé la question de la qualité de vie des femmes traitées pour un cancer du sein. De nombreux travaux internationaux se sont intéressés à cette question ; ils ont montré que la santé des survivants du cancer présente des risques spécifiques en matière de morbidité et de mortalité.

De plus, outre ces répercussions physiques, cette maladie crée un bouleversement psychique aussi bien par l'annonce du diagnostic grave que par l'aspect symbolique de l'organe qu'elle touche. Aussi, faut-il noter que la maladie cancéreuse est largement associée à la notion de mort et donc de souffrance psychique. Les besoins en termes de soutien psychologique et psychothérapeutique sont vastes dans cette population de patientes soumises à de nombreux évènements stressants. L'existence d'un vaste continuum de la manifestation de la détresse en cancérologie en rend l'évaluation clinique difficile. Sous-estimée et mal évaluée la détresse n'est pas toujours prise en compte de façon appropriée.

Or ces troubles ont un retentissement direct non seulement sur la qualité de vie des patientes mais aussi sur leur capacité à partager les décisions, à adhérer aux traitements et en conséquence, à bénéficier des meilleurs soins disponibles pour leur maladie somatique. Les publications concernant l'impact psychologique d'un cancer du sein sont peu nombreuses et l'intérêt d'une prise en charge psycho oncologique

à la phase de traitement a été peu étudié au Benin. Nous avons souhaité étudier la prévalence des troubles psychiques et la qualité de vie afin d'identifier les séquelles psychologiques d'un cancer du sein et d'évaluer la pertinence d'un suivi psycho oncologique chez les patientes qui sont traitées pour un cancer du sein.

OBJECTIFS

- **Objectif général**

L'objectif général de ce travail était d'étudier les facteurs de la souffrance psychique chez des patientes prises en charge pour un cancer du sein en chirurgie viscérale.

- **Objectifs spécifiques**

Nous avons plus spécifiquement à :

1) Déterminer la prévalence de la souffrance psychique des patientes en phase de traitement d'un cancer du sein.
2) Recenser les facteurs prédictifs de souffrance psychique en phase de traitement d'un cancer du sein.
3) Identifier les facteurs prédictifs de la qualité de vie des femmes traitées pour un cancer du sein.

1. GENERALITES

1.1 Définition des concepts

- **Le cancer du sein**

C'est la présence de cellules anormales qui se multiplient de façon incontrôlée et forment une masse appelée tumeur. Il en existe différents types qui n'évoluent pas de la même manière. Certains sont agressifs et évoluent très rapidement, d'autres plus lentement. Ces cellules peuvent rester juste au niveau du sein ou se répandre dans d'autres organes par voie sanguine, lymphatique ce qui est une situation plus menaçante. On parle alors de métastase [8].

- **La détresse émotionnelle**

C'est une réaction à des éléments extérieurs à la personne, souvent liés à la relation familiale, sociale, vécus comme blessant ou traumatisant [9]. A plus long terme, un sentiment de solitude ou de désarroi peut alors surgir. Le sujet se sent déstabilisé face à certaines situations inhabituelles ou plus difficiles, telles que :

- les circonstances de la vie : deuil, rupture, départ d'un être cher, perte d'emploi, handicap d'un enfant.
- les conditions de vie : pauvreté, maladie ou handicap, isolement, maltraitance répétée subie.
- le profil individuel : faible estime de soi, isolement, forces et limites personnelles, humiliation.

- **Anxiété**

L'anxiété est un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux.

En l'absence ou en présence de stress psychologique, l'anxiété peut créer des sentiments envahissants de peur, d'inquiétude et de crainte. Elle est considérée comme une situation normale dans une situation stressante. Lorsque l'anxiété devient excessive, elle peut être classifiée sous la dénomination de trouble de l'anxiété [10].

- **La psycho-oncologie**

Pour Hollande, la psycho-oncologie s'adresse à l'ensemble des dimensions psychosociales, comportementales, spirituelles, et existentielles qui touchent le patient, sa famille, tout au long du parcours des soins. Son objectif est que tous les patients atteints du cancer ainsi que leurs proches puissent bénéficier des meilleurs soins dans le registre psychosocial, quel que soit le stade de la maladie.

La société française de psycho oncologie a récemment proposé une définition qui devrait mettre d'accord les spécialistes au tant que les « naïfs » à l'interface de l'oncologie d'une part, de la psychiatrie et de la psychologie d'autre part ; la psycho oncologie est une spécialité récente ; le premier manuel de psycho-oncologie a été publié en 1989 par le professeur Guex [12].

- **La qualité de vie**

Selon l'OMS la qualité de vie est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement [13].

- **L'humeur**

Encore appelé thymie, elle est généralement définie comme la résultante de l'ensemble des contenus affectifs d'un individu à un moment donné. Il s'agit d'une

« disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme, une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles du plaisir et de la douleur. Les troubles de l'humeur sont donc une modification pathologique de l'humeur retrouvée dans différents états comme : les troubles dépressifs [127].

- **La dépression**

Elle représente « un état pathologique de souffrance psychique et de culpabilité consciente, accompagné d'un abaissement marqué du sentiment de valeur personnelle et d'une diminution non déficitaire de l'activité mentale, psychomotrice et même organique » selon Nacht et Racamier.

En d'autres termes, la dépression est un trouble mental qui se caractérise par une grande tristesse, un sentiment de désespoir, une perte de motivation et de faculté de décision, une diminution du sentiment du plaisir [11].

- **L'adaptation**

Elle désigne l'ensemble des ajustements réalisés par un organisme, pour survivre et perpétuer son espèce dans un environnement [54,55]. C'est l'état d'harmonie entre les besoins internes et les demandes externes et les processus employés pour atteindre cet effet. C'est une aptitude d'accommodation, des stratégies de gestion de stress, une capacité à faire face [55].

- **Le coping**

Traduit en français par stratégie d'ajustement apparue en 1960, constitue l'ensemble des efforts cognitifs, et comportementaux destinés à maitriser, réduire ou tolérer les enjeux internes et externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu . En d'autres termes l'individu confronté, à une nouvelle réalité stressante, développe des réactions cognitives, émotionnelles et comportementales, lui permettant d'évaluer les difficultés et d'y réagir [26].

- **Les troubles adaptatifs**

Ils sont définis par l'apparition de symptômes cliniquement significatifs dans les registres émotionnels et comportementaux, se traduisant par une altération du fonctionnement ou par une souffrance marquée, plus importante qu'attendue, apparaissant au cours des trois mois suivant la survenue d'un facteur de stress [65].

1-2 Psychopathologie et cancer du sein

1.2.1 Adaptation psychologique et cancer du sein

L'adaptation selon Piaget

Les processus d'adaptation sont mis en œuvre chaque fois qu'une situation comporte un ou plusieurs éléments nouveaux, inconnus ou non familiers.

Jean Piaget les appelleles assimilateurs quand ils intègrent des données nouvelles à des patterns comportementaux antérieurs constitués des processus d'aptation accommodateurs lorsque les données nouvelles transforment un pattern ou un schéma préexistant, pour le rendre compatible avec des exigences de la situation [56].

1.2.1.1 Les facteurs dispositionnels situationnels et interactionnels

❖ **Les facteurs dispositionnels**

Il s'agit de divers types et traits de personnalité qui peuvent protégé l'individu contre les divers agents pathogènes de l'environnement (caractéristiques salutogènes). Ce sont des déterminants cognitifs et conatifs (traits de personnalité, styles cognitifs) [56].

- **Les aspects protecteurs de la personnalité**
  - **L'optimiste** : c'est un style cognitif impliquant une perception positive de soi et du monde et la croyance en l'issue favorable des évènements. Dans ce sens il constitue un trait de personnalité.

- **Lieu de contrôle :** le sentiment de contrôle personnel perçu consiste à croire que, grâce à nos capacités et à nos actions nous pouvons atteindre nos objectifs et éviter les évènements désagréables.

Il joue un rôle protecteur en, réduisant l'impact des évènements stressants et facilitant l'adoption de style de vie sain. Ces croyances généralisées sont cohérentes et discriminent les individus de façon relativement stable et consistante [56].

- **L'auto-efficacité**

C'est une croyance des individus en leur capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maitriser certaines situations et y réussir. Les individus évaluent leur capacité sur la base de leurs expériences antérieures de succès ou d'échecs dans une activité donnée mais aussi de leur observation des expériences d'autrui. C'est un impact favorable sur la santé et le bien-être [56].

- **Le style attributionnel**

Un autre concept mérite d'être précisé, celui de l'attribution causale. Il s'agit d'un processus cognitif souvent confondu avec le lieu de contrôle. Cependant il détermine un autre mode de perception de l'environnement. En effet c'est la tendance à rechercher des causes pouvant expliquer la survenue des évènements (Heider, 1958, Jones et Davis, 1965, Kelly, 1967) [56]. C'est un processus perceptivo-cognitif, élaboré à posteriori, spécifiquement axé sur l'évènement lui-même pour en déterminer les causes perçues et les facteurs responsables (ce qui est arrivée a été causé par….) [57].

- **L'endurance** (hardiness)

Type de personnalité comprenant 3 caractéristiques :

- le contrôle, croire que l'on peut influencer ce qui nous arrive.

- l'implication, s'engager dans de nombreuses activités notamment sociales.
- le défi (challenge), consiste à considérer les changements comme des opportunités pour progresser et non comme des menaces [56].

- **Les facteurs de vulnérabilité**

- **L'impuissance apprise**

C'est un comportement acquis suite à des expériences d'échecs répétées, comportement se traduisant par l'abondant de tout effort pour modifier la situation.

L'impuissance constitue un processus dysfonctionnel ; elle s'apparente à une stratégie de coping souvent adoptée face à une maladie grave et ou durable et est appelée selon le cas impuissance-désespoir, fatalisme ou une résignation.

- **L'anxiété-trait**

C'est une tendance générale à percevoir les situations adversives comme menaçantes. C'est une composante stable. Ce type de personnalité perçoit les évènements stressants comme menaçants et à une moins grande prévision de contrôle que les sujets avec une anxiété-trait.

Pour cela, cette notion diffère de l'anxiété-état qui est un sentiment d'appréhension, tension et activation autonome momentané, liées à un évènement spécifique [56].

❖ **Facteurs situationnels**

Ces facteurs constituent les caractéristiques de la situation stressante : la nature du danger, son imminence, son incontrôlabilité, son imprévisibilité, son ambigüité, sa durée, sa gravité.

❖ Facteurs interactionnels

Les facteurs interactionnels correspondent :

- Aux ressources adaptatives c'est-à-dire les stratégies d'ajustements du coping.
- Au soutien relationnel ou soutien social qui constitue l'une des différentes ressources dont un individu dispose pour faire face à un évènement éprouvant.

o Le soutien social

C'est un concept devenu extrêmement populaire depuis les premiers articles de Captan (1974), de Cassel (1976) et de Cobb(1976). Plusieurs centaines d'articles y sont consacrées et rapportent les effets, généralement favorables du soutien social sur la santé [56].

o Le réseau social

Il s'agit du nombre de relation sociale qu'un individu a établi avec autrui, la fréquence du contact social effectif avec ces personnes et l'intensité de ces lieux.

Cette notion décrit le degré relatif d'intégration sociale ou l'isolement d'un individu. Elle correspond à l'aspect structural du soutien [56].

o Le soutien social reçu

Il s'agit de l'aide effective apportée à un individu par son entourage. On le considère comme l'aspect fonctionnel du soutien, car il correspond au type de transaction adopté pour aider autrui. Il comprend : le soutien émotionnel, le soutien d'estime, le soutien informatif et le soutien matériel.

- **Le soutien social perçu**

Il peut être défini comme « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits » [24].

1.2.1.2 Transactions entre individu et environnement

❖ **Le model transactionnel**

Il comprend une phase d'évaluation préalable et une phase d'ajustement

- la phase d'évaluation correspond à une conception cognitive du stress (processus cognitif) à travers lequel un individu évalue en fonction de ses valeurs, de ses attentes et de son histoire (stress perçu) de quelle façon une situation particulière pourrait mettre en danger son bien-être et quelles sont ses ressources de coping (ressources personnelles et sociales) lui permettant d'y faire face (contrôle percu et soutien social percu) [56].
- la phase d'ajustement ou coping est un ensemble de processus transactionnel qu'un individu interpose entre lui et la situation afin d'en déduire son impact.

- **Les processus transactionnels au cours de la phase d'évaluation**

- **Le stress perçu**

C'est un processus transactionnel entre l'individu et l'environnement dans lequel l'individu évalue la situation comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être [56].

- **Le soutien social**

C'est un processus transactionnel comprenant trois notions à savoir : le réseau social ou intégration social, le soutien social perçu, et le soutien social reçu.

- **Les stratégies d'ajustement ou « coping »**

Selon Steptoe (1991) les réponses déployées par l'individu pour faire face à des situations stressantes qui peuvent être de nature totalement cognitivo-affective (par exemple dire à propos d'une tumeur cancéreuse que c'est un kyste bénin, ou bien

encore transformer dans l'imaginaire une situation dangereuse en une occasion de profit personnelle) [57].

✓ **Le coping centré sur le problème**

Ce type de stratégie oblige le sujet à agir pour altérer la source du stress, elle vise à réduire les exigences de la situation et/ou augmenter ses propres ressources pour mieux faire face [18 ; 56].

✓ **Coping centré sur l'émotion « emotion focused »**

Il a pour fonction de réguler les émotions ou la détresse en détournant l'attention de la source de stress.

Greer et al. (1979) sont les premiers à avoir identifié les stratégies de coping de 57 patientes atteintes d'un premier cancer trois mois après la mastectomie. Les auteurs regroupent ces réponses en quatre catégories :

- le déni : les patientes rejettent activement le diagnostic et la raison de l'opération avec des phrases telles que : « on m'a juste opéré à titre préventif »,
- l'esprit combatif : attitude optimiste envers la maladie, la recherche active d'information ; elles mettent tout en œuvre pour vaincre le cancer.
- l'acceptation stoïque : les patientes connaissent le diagnostic mais ne demandent pas d'informations supplémentaires (même si de symptômes nouveaux apparaissent).
- Les sentiments de désespoir et d'impuissance : elles sont submergées par la détresse et se considèrent comme gravement malades, presque mourantes. Elles n'ont plus aucun espoir « je ne peux plus rien faire, je suis perdue » [18].

1.2.1.3 Coping et troubles psychique

❖ Le coping chez les sujets anxieux

Les individus présentant des troubles anxieux ont une adaptation insuffisante, déficitaire face à un évènement menaçant. Leurs stratégies d'ajustement sont inadaptées.

❖ Le coping chez les sujets déprimés ou présentant des troubles d'adaptation

Selon Seligman (1979) l'impuissance apprise serait l'un des précurseurs de la dépression. Cette hypothèse a été reformulée par la suite en référence à la théorie de l'attribution (Weiner, 1986). Plus l'évènement est important pour le sujet, plus ses sentiments d'incompétences et d'auto-appréciation mèneront au désespoir et à des états dépressifs sévères (Abramson et al. 1989) [56].

❖ L'adaptation dans la maladie cancéreuse

Les progrès des traitements chirurgicaux, radiothérapiques et chimiothérapiques ont changé l'horizon de bien des malades : le cancer est devenu aujourd'hui une affection chronique associée à un avenir incertain alors qu'hier, il était bien souvent fatal. Cette évolution étend le champ d'intervention des professionnels de la santé, focalisé hier sur l'accompagnement des mourants ; il est élargi aujourd'hui à celui de la réadaptation des patients cancéreux [61].

❖ Durant la phase du diagnostic

L'annonce du diagnostic d'un cancer fait l'effet d'un coup que l'on porte au patient. C'est un véritable état de sidération qui correspond à un sentiment d'effondrement. Une fois passée le choc l'une des premières réactions exprimée est celle de la peur, la peur de mourir, car le cancer demeure dans la plupart des esprits une maladie qui tue, ce qui est vrai d'ailleurs dans un cas sur trois chez les hommes et dans un cas sur quatre chez les femmes [Kayat 2003].

❖ **Durant la phase de traitement**

Comme nous l'avions développé précédemment, la médecine a fait des progrès importants, dans la prise en charge des pathologies cancéreuses, avec des dépistages plus précoces, des traitements permettant un taux de survie beaucoup plus long. Bon nombre de procédure, thérapeutique, en oncologie avec des effets secondaires. Elaboré depuis l'annonce du diagnostic, le statut du malade prend réellement son sens à ce moment-là. L'état physique du patient y est mis à rude épreuve : alopécie, fatigue, amaigrissement, nausée, mastectomie partielle ou totale ; l'image de soi est atteinte de plein fouet, le corps est meurtri. C'est pourquoi la maladie peut se révéler pour certains une véritable épreuve ou l'humiliation et la résignation sont autant de bourreaux d'un narcissisme déjà fragilisé et poussé dans ses derniers retranchements [61].

1.3 Les comorbidités psychiatriques et le cancer du sein

1.3.1 Identification de la détresse psychologique, des troubles de l'adaptation et des troubles psychiatriques

1.3.1.1 Identification de la détresse psychologique

Selon Halland trois catégories de détresse psychologique sur un continuum de sévérité sont distinguées:

- Quand les symptômes excèdent la détresse « normale » ils sont « qualifiés de subsyndromaux »
- Le stade suivant de sévérité porte l'appellation de symptômes « réactionnels ou situationnels » ; il est apparenté par l'auteur du diagnostic de trouble de l'adaptation selon le Diagnostic and statiscal manual of mental disorders 5th edition (DSM- IV) [10].
- Enfin, le dernier stade comprend les troubles psychopathologiques formant les entités du DSM- IV [10,23] (trouble dépressif majeur, troubles anxieux spécifiques).

1.3.1.2 identifications des troubles de l'adaptation

Les troubles de l'adaptation rejoignent de très près la notion de détresse psychologique ; ils correspondraient à une détresse « anormale » [65].Actuellement l'identification des troubles de l'adaptation est la classification internationale du DSM-IV [10,24]. Les différents critères diagnostiques sont regroupés dans l'annexe Ia.

1.3.1.3 Identification des troubles dépressif et anxieux

Les cliniques psychiatriques et différents systèmes de classification s'intéressant à l'anxiété d'un point de vue catégoriel, distinguent l'anxiété normale de l'anxiété pathologique, retiennent aussi plusieurs entités sémiologiques constituées chacune d'une configuration particulière de symptômes [55].

Actuellement l'identification des troubles dépressifs réside dans l'usage des classifications internationales comme le Diagnostic and statiscal manual of mental disorders 5th edition (DSM-V) [10]. Les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur sont reportés dans l'annexe Ib.

1.4 Qualité de vie et cancer du sein

La qualité de vie dans le domaine de la santé se focalise sur le bien-être ou la détresse psychologique, le degré de fonctionnement physique, psychologique et social. La grande majorité d'auteurs s'accordent pour donner le nom d'échelle de qualité de vie qu'à celles qui évaluent au moins trois fonctionnements : physique, psychique et social [77].

1.4.1 Evaluation de la qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie dans le domaine de la santé et en particulier dans les études cliniques, constitue actuellement une aide substantielle à la décision, dans les choix des traitements curatifs ou palliatifs ou des interventions nécessaires à la réinsertion sociale du malade [77].

La plupart des outils qui évaluent la qualité de vie dans le domaine de la santé, sont disponibles actuellement, et se présentent sous la forme d'un questionnaire composé de question à réponses fermées ; réponses dictomiques (oui /non) réponses qualitatives ordonnées (score 1 à 5), réponses visuelles analogiques qui peuvent être pondérées de façon subjective et statistique. Les résultats sont exprimés soit sous forme d'un score globale unique, soit sous la forme de score correspondant à chaque dimension.

Selon le domaine d'application, on distingue :

- les échelles numériques qui s'appliquent à toute personne bien portante ou malade et quel que soit la pathologie présentée.
- les échelles spécifiques qui sont spécifique d'une pathologie.

En Europe, le « groupe de qualité de vie » l'European Organisation Research for treatment of cancer (EORTC) a initié en 1993 un projet de développement d'une échelle utilisable pour toute localisation cancéreuse, l'actuelle QLQ-C30. A la même époque Zihoun et Schraub ont été les premiers à introduire en France l'évaluation de la qualité de vie avec la société française du cancer.

Aux Etats-Unis, en 1990, le National Cancer Institue (NCI) a constitué un atelier pour définir la place à accorder à l'évaluation de la qualité de vie dans les études cliniques en cancérologie.

En Angleterre, le Medicat Research of Cancer (MRC) a conclu en 1993, un accord avec le ministre de la santé ou il est précisé que l'évaluation de la qualité de vie et des couts de la santé doit être intégrée dans les essais cliniques.

Actuellement il a été sélectionné huit échelles de qualité de vie consacrées aux patients cancéreux parmi les 123 existants, selon plusieurs critères, leur validité et leurs qualités métrologiques, leur caractère dimensionnel, la fréquence de leur utilisation dans la littérature, leur éventuelle version en français [78]. Parmi les 8 échelles de la qualité de vie retenues, 5 sont générales, 2 sont spécifiques du cancer

du sein et une est développée pour les survivants des cancers, adaptée au cancer du sein.

- ❖ Les échelles génériques sont [77]
  - Nottinghan Health Profile (NHP) développée par Hunt et al en 1981
    - SF36 (Short Form 36) élaborée par Spitzer et al en 1981
  - Sicknes Impact Profile (SIP) construite par Bergrer et al en 1992
  - Chart Damouth Primary (COOP) laborée par Landgraf et al en 1992
  - le profil de la qualité de vie subjective (PQVS) développée par Dazord et al en 1993. C'est une « échelle française dont la particularité est d'évaluer pour chaque élément de la qualité de vie, le degré de performance, le degré de satisfaction du sujet, l'importance qu'il lui accorde dans sa propre vie et ses attentes pour l'avenir [77].
- ❖ Les échelles spécifiques du cancer mais non spécifiques du site [77]
  - Cancer Reabilitation Evaluation System (CARES) et Cancer Reabilitation Evaluation System Short form (CARES-SF) élaborée par Coscarelli, Schag, Ganz et Heinrich en 1990 et 1991
  - The European Organisation for Research and treatment of cancer : A Quality of Life Instrutment (EORTC QLQ-C30) construite par Aaronson en 1993 [81]
  - Functionnal Assessment of cancer Terapy (FACT-G) développée par Cella et al en 1993.
  - Functionnal Living Index Cancer (FLIC) élaborée par schipper et al en 1984.
  - Quality of Life Cancer Suevivors Tool (QOLQ-CS) contruite par Ferrell et al en 1997.
- ❖ Echelles spécifiques du cancer du sein
  - Functionnal Assessment of Cancer Therapy-breast Quality Instrutment (FACT-B) élaborée par Cella et al en 1997.

- European Organisation for Reseasrch and treatment Cancer Breast Quality of life Questionnaire Module (QLQ-BR23) construite par Spragers et al en 1996.
- Quality of Life-Cancer Survivors Tool-Breast Cancer (QOL-BC) élaborée par Ferrel et al en 1996

Concernant plus particulièrement le site du sein, l'échelle la plus utilisée en France est celle de l'EORTC : the European Organisation for Reseach and Treatment of Cancer Breast Cancer –Specific Quality of life Questionnaire modle : EORTC QLQ-BR23.

Un deuxième questionnaire est fréquemment utilisé : le FACT-B

EORTC QLQ-BR23

C'est un auto-questionnaire avec une sous échelle spécifique au cancer du sein nommée QLQ-BR23.

L'échelle générale **QLQ-C30** a été élaborée par l'EORTC (European Organisation for Reseach and Treatment of Cancer) pour évaluer la qualité de vie des patients atteint de cancer du poumon (Aaronson et al en 1993) [81] puis elle a été adaptée pour d'autres patients cancéreux. Elle comprend 30 items et mesure 9 dimensions de QDV spécifique : 5 échelles fonctionnelles (état physique, domaine fonctionnel avec limitation des activités, état cognitif, état émotionnel, relation sociale) 3 échelles symptomatiques (nausée, fatigue et douleur) et deux échelles visuelles analogiques consacrées à l'auto-évaluation de l'état physique et de la qualité de vie globale au cours de la semaine précédente.

Le module spécifique **QLQ-B23** comprend 23 items qui explorent les symptômes et les effets secondaires relatifs aux diverses modalités thérapeutiques, l'image corporelle, la sexualité et les perspectives d'avenir. C'est un module additionnel à l'échelle générale EORTC QLQ-C30. Il ne peut être utilisé seul pour évaluer la qualité de vie des patients avec le cancer du sein, mais en association avec l'échelle générale. Il comporte deux sous échelles fonctionnelles (image corporelle

et sexualité) et trois sous échelles symptomatiques (symptômes du bras, symptômes du sein et effets secondaires du traitement général) [57].

FACT-B

C'est un auto-questionnaire spécifique d'évaluation de la qualité de vie des patients atteint d'un cancer du sein composé de 44 items. Il s'agit d'un questionnaire additionnel au FACT-G. L'association de deux, le FACT-G et la sous échelle spécifique représente le FACT-B.

Cette sous échelle spécifique est faite de 9 items qui explorent à la fois les aspects physiques comme les symptômes du bras, la perte des cheveux et les symptômes plus généraux comme la modification du poids, l'état de stress, la façon de s'habiller, la féminité et le caractère désirable ou la peur du cancer pour les autres membres de la famille.

Le FACT- générale est une échelle de qualité de vie multidimensionnelle de 33 items. Elle explore le bien-être physique, le bien-être social et familial, les relations avec le médecin, le bien-être émotionnel et le bien-être fonctionnel des 7 derniers jours. L'échelle QLQ-B23 et QLQ-C30 sont reportés dans l'annexe 3.

1.5 Sexualité et cancer du sein

Les cancers gynécologiques et précisément le cancer du sein engendrent des angoisse spécifiques. Ils confrontent les patientes à l'éventualité de la perte d'une partie de leur corps, symbole de la féminité et de la sexualité [84]. La peur de perdre une partie aussi investie du corps vient donner un sens plus dramatique à la menace vitale [63].

Pour le cancer du sein, la mastectomie ou le traitement conservateur, tout comme la radiothérapie et la chimiothérapie ont un impact sur l'image du corps, avec un retentissement sur la féminité, le pouvoir de séduction et la sexualité [92]

De plus, le plan cancer grâce aux soins de support peut être d'une grande aide dans ce domaine, souvent pour examiner, évalué, peut-être par pudeur, peut-être par manque de compétence. Pourtant la sexualité est importante dans la restauration de la qualité de vie [90].

Notons que l'ablation du sein met à mal le sentiment d'unité corporelle et amène obligatoirement à un sentiment de défiguration.

Stephani Honoré cite « le sein et le cancer sont antinomiques dans un sens premier ; l'un donne la vie et l'autre peut donner la mort ou tout au moins ses corollaires, la maladie, la peur, la souffrance » [36]. Cela reflète bel et bien la représentation que le sein et le cancer peuvent susciter.

La chirurgie mammaire étape incompressible de la prise en charge du cancer du sein est à l'origine de mutation modifiant le schéma corporel mais surtout l'image corporelle. Dans ce contexte nous allons développer les répercussions que peuvent produire ces modifications corporelles et les répercussions sur la sexualité.

1.5.1 L'image corporelle, satisfaction corporelle

1.5.1.1 La satisfaction corporelle

C'est une dimension évaluative prédominante d'un corps perçu comme globalement non, à des normes idéales, et dont on tire plus ou moins de plaisir ou de souffrance. Elle est liée au rapport entre l'image du corps « perçu » par l'individu et la forme réelle du corps.

1.5.1.2 L'image corporelle dans le cancer du sein

Les femmes entretiennent une relation conflictuelle avec leur image corporelle depuis longtemps. L'atteinte d'un cancer du sein et toutes ses angoisses, s'en trouvent décuplée. Les seins font partir de l'identité féminine ; ils représentent la féminité, la sexualité la beauté et la maternité.

1.5.2 Troubles de l'image corporelle

La maladie ainsi que les modifications corporelles brutales liées au traitement peuvent être à l'origine de trouble de l'image corporelle, d'un sentiment d'étrangeté, de dépersonnalisation voire de déréalisation.

L'atteinte du corps en oncologie implique trois étapes clés tant sur le plan somatique que psychologique.

- Sur le plan somatique, on distingue l'annonce de la maladie et de la potentielle mutilation, la destruction et l'ablation de l'organe ou de la partie du corps atteinte, la réintégration et la reconstruction d'un organe modifié ou d'une prothèse de substitution de l'organe.
- Sur le plan psychique, l'annonce de la maladie fait réaliser au patient, sa mortalité ; la perte de l'organe aboutit ou non à l'acceptation irréversible du passé avec le processus du travail de deuil ; la reconstruction renvoie au travail d'incorporation de l'organe modifié ou de la prothèse instaurée.

1.5.2.1 Répercussions des troubles de l'image corporelle

Les troubles de l'image du corps dues aux traitements du cancer du sein touchent de nombreux domaines.

Tout d'abord, ils induisent une diminution de la satisfaction corporelle qui est aussi associée à une baisse de l'estime de soi, ensuite elle entraine des répercussions sur la vie sociale et familiale. Enfin ces patientes blessées dans leur identité de femme, le cancer va remettre en jeu la sexualité et par la même l'équilibre du couple [91] [63].

1.5.2.2 Les retentissements physiques du traitement carcinologique

La chirurgie mammaire va interférer beaucoup de femme avec le plaisir des caresses mammaires. Certaines femmes se plaignent de douleur au niveau de la poitrine, de la cicatrice et de l'épaule, après l'intervention et ne souhaitent pas que ces zones soient touchées ou caressé par leur partenaire [63].

On note une modification corporelle : bouleversement du schéma corporel après mastectomie. L'absence du sein rappel sans cesse l'emplacement de la maladie, la mutilation [37].

La chimiothérapie peut être responsable d'une réduction du fonctionnement des ovaires de façon temporaire, voire une suppression ovarienne définitive induisant ainsi des symptômes de ménopause, souvent plus interne que ceux de la ménopause physiologique. La chimiothérapie renvoie à la perte de cheveux, qui représente la marque visible de la maladie cancéreuse mais aussi à l'atteinte de tout le système pileux [89]. Certaines chimiothérapies irritent toutes les muqueuses du corps et peuvent donc provoquer des mucites, voire des mycoses à l'origine des dyspareunies.

L'hormonothérapie, comme le Tamoxifène par exemple peut induire des pertes vaginales et tout comme la chimiothérapie, un déficit en œstrogènes responsable de la sécheresse de la muqueuse vaginale. Il est aussi à l'origine du bouleversement des cycles féminins et précipite la ménopause avec prise pondérale, flush facial, bouffées vasomotrices et la baisse de la libido [89].

La radiothérapie, peut affecter le corps par la présence de troubles cutanées avec modification de la texture de la peau (épidermite, atrophie cutanée) et de brulure au niveau de la zone irradiée. D'autre réactions peuvent être la perte d'appétit, des sensations nauséeuses, une fatigue, des troubles cognitifs si atteinte cérébrale, une atrophie des muqueuse, une sécheresse des organes sexuels [89].

1.5.2.3 Les répercussions psychiques du traitement carcinologique

L'angoisse de la mort, la peur, l'inquiétude, les remises en questions, le mécanisme de défense, l'isolement social, des répercussions liées au cancer, et celle liée à la mammectomie, modification de l'image corporelle et la dévalorisation du féminin, de la maternité, le dégout de soi-même, l'agressivité, colère ou refus de communiquer, la culpabilité, l'angoisse face au futur (la peur d'être abandonnée, des récidives, des traitements, de la mort).

Il va de même en découler: une diminution de l'estime de soi définit par Virginia Henderson étant « une perception négative que l'individu éprouve face à son apparence physique, lors de la perte d'un organe, d'une fonction ou lors de l'atteinte de l'intégrité du moi » [37].

1.6 Les facteurs prédictifs de la souffrance psychique dans le cancer du sein

1.6.1 Les facteurs liés au traitement

1.6.1.1 La chirurgie mammaire

Le traitement chirurgical entraine de nombreuses conséquences et exige de la part de la femme, une réadaptation autant psychologique que physique. Il était jusqu' à tout récemment radical : ablation du sein ou mastectomie modifiée

La mastectomie est grandement considérée comme une expérience destructive de la vie de la femme .Toute fois les traitements moins mutilants sont d'avantage pratiqués actuellement.

D'un point de vue psychologique, la chirurgie conservatrice est la préférence des femmes de tout âge [17], car la femme ayant subi une mastectomie éprouve une véritable crise d'identité féminine.

1.6.1.2 Chimiothérapie adjuvante

Les études s'accordent sur l'identification de la chimiothérapie comme un facteur prédictif important de la détresse émotionnelle, chez les patientes atteintes de cancer du sein [94].

1.6.1.3 Hormonothérapie adjuvante

Le Tamoxifène favoriserait l'apparition d'un syndrome dépressif dans le cancer du sein (environ un an à la fin des traitements) [96].

1.6.2 Les facteurs liés à l'adaptation psychologique

1.6.2.1 Les styles de coping

Il existe actuellement de nombreux travaux qui se sont intéressés à l'efficacité des différents types de stratégies dans l'adaptation psychologique à la maladie , et tout particulièrement à la maladie cancéreuse, afin d'identifier celles qui protègent ou au contraire sont à risque de détresse émotionnelle.

1.6.2.2 Le support social

Une revue de la littérature de Blanchard et al citée par [67] portant sur 29 articles parus entre 1987 et 1993 sur le rôle de l'isolement social dans l'adaptation au cancer (tout site confondu) conclu que les patients qui confient leurs peurs et leurs préoccupations à leur conjoint ou des amis proches vont mieux émotionnellement.

1.6.2.3 Les troubles psychiques

- **L'image corporelle**

Une moins image corporelle apparait donc comme un facteur prédictif d'une moins bonne adaptation psychosociale.

- **Antécédents psychiatriques**

Il serait intéressant de voir si l'existence d'une dépression avant le traitement pouvait avoir une corrélation avec une dépression après le traitement du cancer du sein, c'est-à-dire si la dépression pré-thérapeutique constitue un facteur prédictif de la dépression de la dépression post thérapeutique.

- **Détresse au moment du diagnostic et trouble dépressif ou anxieux précoce après le diagnostic**

Il a été identifié que de façon générale quel que soit le type de cancer, le niveau de détresse au moment du diagnostic prédit probablement le mieux la vulnérabilité du patient au cours de la maladie [107].

1.6.3 Les facteurs socio-démographiques

1.6.3.1 L'âge

L'âge jeune a été identifié comme un facteur prédictif de détresse émotionnelle [111]. En effet les patientes atteintes d'un cancer du sein de moins de 50ans présentent d'avantage de détresse psychologique que les patientes de plus de 50 ans.

1.6.3.2 Statut socio- économique

De façon globale quel que soit le type de cancer, l'étude de Golberg et al en 1985 et l'étude de Weissman et al, [107] soulignent que le statut socio-économique précaire est un facteur prédisposant à l'émergence de symptômes dépressifs.

1.6.3.3 Le niveau d'éducation

Un niveau d'éducation bas est facteur prédictif d'une plus grande détresse émotionnelle à moyen terme [108].

1.6.3.4 Le statut marital et relations conjugales

Les difficultés conjugales et l'insatisfaction sexuelle ont été identifiées comme facteur prédisposant à l'émergence de symptômes dépressifs dans le cancer du sein (Golberg et al, 1985 ; Weissma et al 1976) [107].

1.7FACTEURS PREDICTIFS DE LA QUALITE DE VIE DANS LE CANCER DU SEIN

1.7.1 Facteurs liés au traitement

1.7.1.1Traitements locorégionaux

- **Chirurgie mammaire**

L'impact de la chirurgie doit être considéré à deux niveaux : selon le type de chirurgie et dans son évolution temporelle.

Les résultats des études divergent. On observerait peu de différence de qualité entre des patientes ayant vécu une tumorectomie et une mastectomie. En particulier, une absence de différence est observée à six mois et durant la première année suivant la chirurgie. Les résultats seraient identiques concernant la sexualité.

- **Curage axillaire**

  Le curage axillaire est le standard thérapeutique pour l'évaluation du statut ganglionnaire axillaire et il présente un triple objectif : préciser la classification pTNM pour orienter le traitement médical adjuvant, assurer le contrôle tumoral de l'aisselle et améliorer la survie [117].

Il peut de même survenir un lymphœdème du membre supérieur dans les suites d'un curage axillaire, qui a un impact objectif et subjectif plus important sur la qualité de vie.

1.7.1 .2 L'hormonothérapie adjuvante

Lorsque que le cancer du sein est hormono- dépendant et en fonction des facteurs de risques de récidives, un traitement hormonal adjuvant destiné à réduire le risque de rechute est très souvent prescrit. Pendant de nombreuses années le Tamoxifène a constitué le traitement hormonal adjuvant. Sa place est aujourd'hui discutée depuis que plusieurs grands essaie randomisés récents ont établi l'efficacité dans cette indication d'autres composés, les inhibiteurs de l'aromatase (IA) (Winer et al 2004) [114]. L'hormonothérapie entraine comme certaine chimiothérapie une ménopause précoce ou une majoration de symptômes qui lui sont associés.

1.7.1.3 La chimiothérapie adjuvante

Une étude a été réalisée en 1997, chez 44 patientes atteintes du cancer du sein traitées par NCF (mitoxantrone+cyclophosphamide +5fluoro-uracile) à l'institut Paoli-Calmettes (Marseille).

1.7.1.4 Radiothérapie adjuvante

La radiothérapie locorégionale (mammaire plus ou moins ganglionnaire) du cancer du sein participe à l'augmentation de la survie globale des patientes. En phase métastatique, elle pourrait également contribuer à allonger la survie des patientes [118].

1.7.2 Facteurs liés à l'adaptation psychologique

1.7.2.1 Le coping

Ce sujet a largement été développé dans le chapitre sur les facteurs prédictifs de la détresse psychologique. Cependant, en ce qui concerne plus particulièrement les facteurs prédictifs de la qualité de vie, certains ont été identifiés plus spécifiquement. La croyance en un contrôle personnel (lieu de contrôle interne) est associée significativement avec une meilleure qualité de vie.

1.7.2.2 Le support social

L'existence d'un support social a été reconnue comme l'un des facteurs prédictifs forts d'une meilleure qualité de vie [121]. Il a été défini comme le nombre de contacts sociaux et la qualité de l'implication avec les amis et la famille.

Tableau I: **Synthèse des différents facteurs prédictifs de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie chez des patientes traitées pour un cancer du sein**

	Détresse psychologique	**Altération de la qualité de vie**
facteurs Liés au traitement:		
Type de chirurgie	Pas un facteur	Pas un facteur
Curage axillaire	Facteur prédictif	Facteur prédictif

Chimiothérapie adjuvante Radiothérapie adjuvante Hormonothérapie adjuvante	Facteur prédictif fort Pas un facteur prédictif Facteur prédictif faible	Facteur prédictif fort Facteur prédictif fort Pas un facteur prédictif
Facteurs liés à l'adaptation : Styles de coping Support social	<u>Facteurs de vulnérabilité</u> : centré sur émotion (impuissance désespoir, agressivité, colère), palliatif, attribution causal interne <u>Facteurs protecteurs</u> : centré sur le problème, contrôle perçu élevé, esprit combatif, optimiste Absent : facteur prédictif fort	Faible contrôle perçue : facteur prédictif Absent : facteur prédictif fort
Troubles psychiques : L'image corporelle ATCD de dépression Dépression au stade précoce	 Altérée : facteur prédictif Facteur prédictif Facteur prédictif	 Altérée : facteur prédictif Pas un facteur prédictif Facteur prédictif fort

Dépression actuelle		
Comorbidités médicales **Facteurs sociodémographiques**		
L'âge	<50 ans : facteur prédictif	<50ans : facteur prédictif
Relation de couple	Difficultés : facteur prédictif	Difficultés : facteur prédictif
Statut professionnel	Pas un facteur prédictif	Sans activités : facteurs prédictifs

2. CADRE ET METHODE

2.1 Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans l'unité de chimiothérapie de la Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale du Centre National Hospitalier Hubert Koutoukou Maga de Cotonou (CNHU-HKM) située dans le département du littoral du Benin

2.1.1 Le Centre National Hospitalier Hubert Koutoukou Maga

Le Centre National Hospitalier Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou situé dans le capital économique, fut créé en 1962. Il a acquis le statut de Centre National Hospitalier et Universitaire en 1973 avec la création de la faculté de médecine. C'est l'hôpital de référence du BENIN ou sont disponibles non seulement les soins mais également formation pratique des agents de santé de toute catégorie et la recherche scientifique.

Le CNHU-HKM est situé au sud de la ville de Cotonou. Il est limite :

- Au nord et à l'est par la garnison du camp Guezo
- Au sud par le palais de la présidence de la république dont il est séparé par la route Inter-état (RNIE)
- A l'ouest par l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS)

2.1.2 Clinique universitaire de chirurgie viscérale

Elle est créée le 1er juillet 1989 et a porté ce nom jusqu'en 2001. Par la suite elle a été dédoublée en Janvier 2001 pour donner naissance à deux services : la chirurgie viscérale A et la chirurgie viscérale B. Depuis 2019, les deux cliniques universitaires sont dirigées par le Professeur MEHINTO Delphin Kuassi. Le service dispose de quatre entités à savoir :

- Un pavillon d'hospitalisation d'une capacité totale de 39 lits
- Une salle d'opération au bloc central

- L'unité de chimiothérapie qui comprend quatre lits
- Les consultations externes assurées par les médecins ayant chacun son jour de consultation

Les activités du service sont réalisées par :

- Un professeur titulaire
- Un maitre de conférences agrégé
- Trois maitres assistants
- Deux praticiens hospitaliers
- Huit infirmiers
- Sept aides-soignants
- Une secrétaire
- Un surveillant
- Le service reçoit différentes catégories de stagiaires :

Les médecins en spécialisation, les étudiants en médecine générale, ainsi que les élèves infirmiers.

L'unité de chimiothérapie fonctionne de 8h à 14h du lundi au vendredi avec une séance par jour selon le jour de rendez-vous.

2.2 Méthode d'étude

2.2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une collecte prospective, descriptive et analytique évaluant la qualité de vie et la souffrance psychique des patientes traitées pour un cancer du sein.

2.2.2 Période d'étude

Notre étude a couvert une période de trois (03) mois allant du 15 juillet 2020 au 20 octobre 2020.

2.2.3 Population d'étude

Elle a été constituée de toutes les patientes admises dans le service de chirurgie viscérale du CNHU-HKM, pour la prise en charge médicale-chirurgie d'un cancer du sein confirmé histologiquement.

2.2.3.1 Critères d'inclusion

- Etre une patiente présentant un cancer de sein confirmé histologiquement
- Etre une patiente prise en charge chirurgicalement ou médicalement
- Etres en cours de traitement pendant la période d'étude

2.2.3.2 Critère d'exclusion

- Tous les sujets de sexe masculin
- Toutes les patientes n'ayant pas données leur consentement

2.2.3.3 Echantillonnage

Il s'agissait d'un recrutement exhaustif prenant en compte toutes les patientes dont le diagnostic a été posé dans le service de chirurgie viscéral pendant la durée de l'étude.

2.2.3.4 Outils de collecte

Pour l'évaluation psycho oncologique nous avons utilisé les échelles suivantes :

- Le MINI (international Neuropsychiatrique Interview)
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Squal)
- QLQ-C30 (Quality of Life Instrument)
- QLQ-B23 (Quality of Life Questionnaire Module)
- Echelle de CHARLSON pour l'évaluation des comorbidités

2.2.3.5 Technique de collecte

Après un consentement éclairé et écrit, chaque patiente avait bénéficié d'un entretien au moyen d'une fiche d'enquête numérisée avec l'application Kobo Collecte.

2.2.3.6 Equipe d'enquête

Le remplissage des fiches était fait par nous-même et chaque fiche était contrôlée après la collecte.

2.3 Variables étudiées

2.3.1 Les variables socio-démographiques

- Age
- Ethnie
- Niveau d'étude
- Situation matrimoniale

2.3.2 Variables cliniques

- Nature du traitement: traitement principal ou traitement adjuvant

2.3.3 Les variables physiologiques

- Statut ménopausique
- Durée du traitement
- Récepteurs hormonaux

2.3.4 Les scores

- Evaluation de la détresse émotionnelle au moyen d'un auto-questionnaire tiré du MINI (International Neuropsychiatrique Interview [103]
- Evaluation actuelle du parcours de soins psychiatrique
- Evaluation des comorbidités par l'échelle de CHARLSON
- Evaluation actuelle de troubles anxieux et dépressif sur l'axe du DSM-IVpar l'échelle HADS (Hospital Anxiety and depression Squal) [66]

- Evaluation actuelle de la qualité de vie sur le questionnaire QLQ- C30 et BR23

  - **QLQ-C30**

Échelle fonctionnel (état physique, domaine émotionnel avec limitation des activités, état cognitif, émotionnel, relation social

Echelle symptomatique (nausée, fatigue, douleur)

Echelle visuelle analytique (état physique, qualité de vie globale)

  - **QLQ-BR23 :**

Symptômes et effets secondaires relatifs aux diverses modalités thérapeutiques, image corporelle, sexualité, perspectives d'avenir.

Auto-questionnaire tiré du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview French Version 5.0.0):

Le MINI est un entretien structuré s'appuyant sur un questionnaire permettant au clinicien d'élaborer les diagnostics des principaux troubles psychiatriques selon l'axe du DSM-IV. Ce questionnaire est composé de plusieurs modules, correspondant à une catégorie diagnostique.

Les principaux diagnostiques psychiatriques sont évalués, en particulier le module A pour l'Episode Dépressif Majeur. Ces informations permettent une évaluation catégorielle standardisée. Nous nous sommes basées sur cette échelle pour établir un auto-questionnaire permettant une évaluation de la souffrance psychique durant le traitement.

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

C'est un auto-questionnaire structuré de 14 items. sIl s'agit d'un outil de dépistage des manifestations les plus communes des troubles névrotiques : anxiété et dépression, mis au point à la disposition des médecins pratiquant dans les services hospitaliers non psychiatriques.

Son but est d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité. Ce questionnaire se compose de deux sous-échelles ayant chacune 7 items, l'une pour l'anxiété, l'autre pour la dépression.

Les items de la sous-échelle dépression comprennent un item évaluant la dysphorie, un autre le ralentissement et les cinq autres, la dimension anhédonique qui pour les auteurs est très spécifique de la dépression.

QLQ-C 30 -BR 23

Cette échelle a déjà été rappelée dans le chapitre sur la qualité de vie. Rappelons qu'il s'agit d'un auto-questionnaire avec une sous échelle, spécifique au cancer du sein.

QLQ-C30

Il comprend 30 items et mesure 9 dimensions de QDV spécifique :

- 5 échelles fonctionnelles (état physique, domaine fonctionnel avec limitations des activités, état cognitif, état émotionnel, relations sociales).
- trois échelles symptomatiques (nausées, fatigue, douleurs).
- deux échelles visuelles analogiques consacrées à l'auto-évaluation de l'état physique et de la qualité de vie globale au cours de la semaine précédente.

La cotation de toutes ces échelles est reportée dans l'annexe 2.

2.4 Traitement et analyse des données

L'analyse des données a été effectuée par le logiciel Excel 2013 et SPSS Statistics 19

La comparaison des moyennes a été faite avec le test ANOVA, celle des fréquences avec le test de Chi2 Pearson. Le seuil de significativité des tests statistiques a été fixé à 5%.

2.5 Considérations éthiques

Le consentement éthique des patientes a été obtenu par écrit.

L'étude a été réalisée dans la confidentialité de l'identité des patientes. Des mesures de sécurité strictes ont été appliquées pour assurer cette confidentialité.

L'accès à la base de données numérique était strictement limité et réservé aux seules personnes autorisées. Elle est conservée dans un ordinateur et protégée par un nom d'utilisateur et un mot de passe. Les fiches étaient anonymes et codées avant tout transfert par support électronique.

3. RESULTATS

Pendant la période d'étude, nous avons recruté 55 patientes répondant à nos critères d'inclusions.

3.1 Caractéristiques socio-démographiques

3.1.1 Age

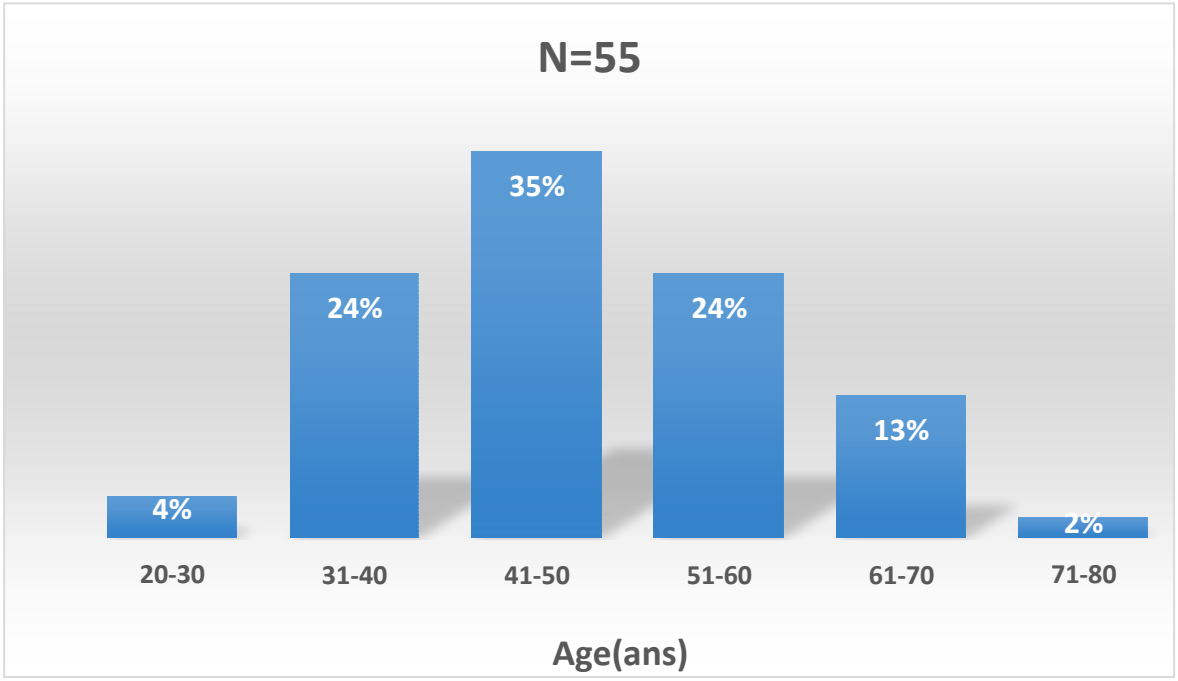


Figure 1: Répartition de la population en fonction des tranches d'âge. (Cotonou 2020)

L'âge moyen des sujets était de 48.47 ans (IC95% [44,45-51.44]) ±11,19 ans et des extrêmes de 33 ans et 80 ans. La fréquence maximale était observée entre 41 et 50 ans (n=19). La figure 1 montre la distribution des patientes selon les classes d'âges.

3.1.2 Situation matrimoniale

Tableau II: Répartition des patientes selon la situation matrimoniale (Cotonou 2020)

	Effectif	Pourcentage(%)
Mariée	39	36.1
Célibataire	7	6.48
Veuve	5	4.63
Divorcée	4	3.70
Total	55	100.00

Plus d'une patiente sur trois (36.11%) était mariée. Le tableau II montre la répartition des patientes selon la situation matrimoniale.

3.1.3 Statut ménopausal

Plus d'une patiente sur trois (38,2%) était ménopausée et l'âge moyen des patientes ménopausées était de 58,9 ans ±7,57 ans avec des extrêmes de 48 à 80 ans.

3.1.4 Profession

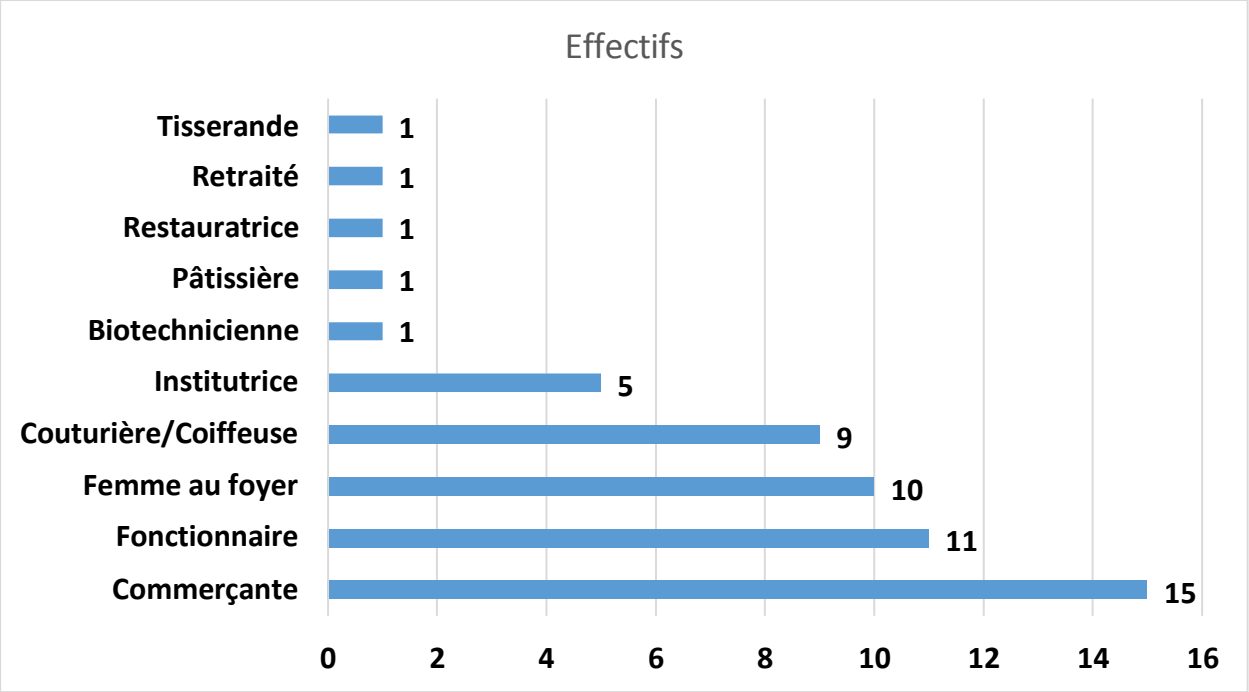


Figure 2: Répartition des patientes selon leur profession

Les commerçantes étaient les plus représentées avec une proportion de 27.3%, suivaient les femmes au foyer avec 18.2%. La figure 2 nous montre la répartition de la population selon la profession.

3.1.4 Ethnie

Tableau III: Répartition des patientes selon leur ethnie (Cotonou 2020)

	Effectifs	Pourcentage (%)
Fon	25	45.5
Goun	14	25.5
Tori	5	9.1
Mahi	4	7.3
Yorouba	2	3.6
Mina	2	3.6
Nago	1	1.8
Adja	1	1.8
Bariba	1	1.8
Total	55	100,0

Les fons étaient l'ethnie la plus représentée avec une proportion de 45.5%, suivaient les gouns avec 25.5%. Le tableau IV montre la répartition des patientes selon leur ethnie.

3.1.5 Niveau d'étude

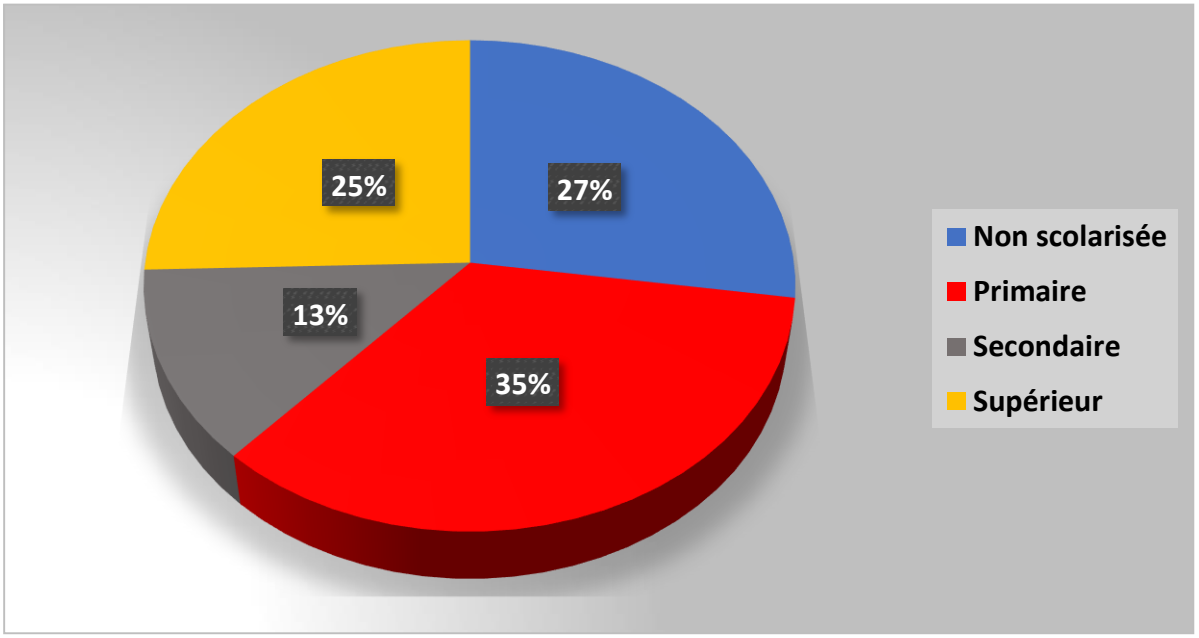


Figure 3: Répartition des patientes selon le niveau d'étude (Cotonou 2020)

Plus d'une patiente sur trois (3,5%) avait un niveau d'étude primaire, suivaient les sujets de niveau supérieur avec une proportion de 25,5%. Les sujets non scolarisés avaient une proportion de 27,3%. La figure 3 nous montre la répartition des patientes selon le niveau d'étude.

3.2Traitement

3.2.1 Durée du traitement

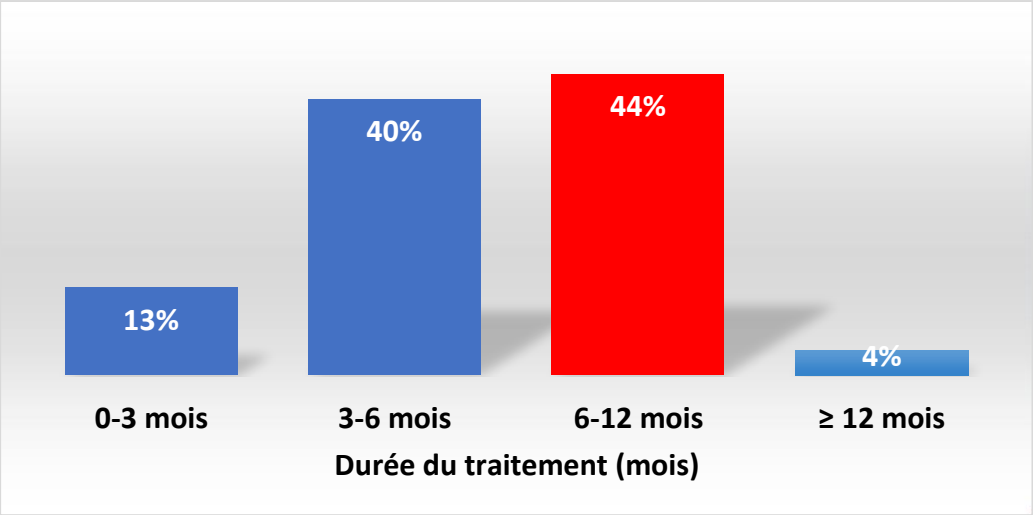


Figure 4: Répartition des patientes selon la durée du traitement (Cotonou 2020)

Les patientes étaient sous traitement depuis en moyenne 6,51 mois± 3,25 mois (IC95% :5,45-7,27) avec des extrêmes allant de 1 à 19 mois. La figure 4 montre la répartition des patientes selon la durée du traitement.

3.2.2 Nature du traitement

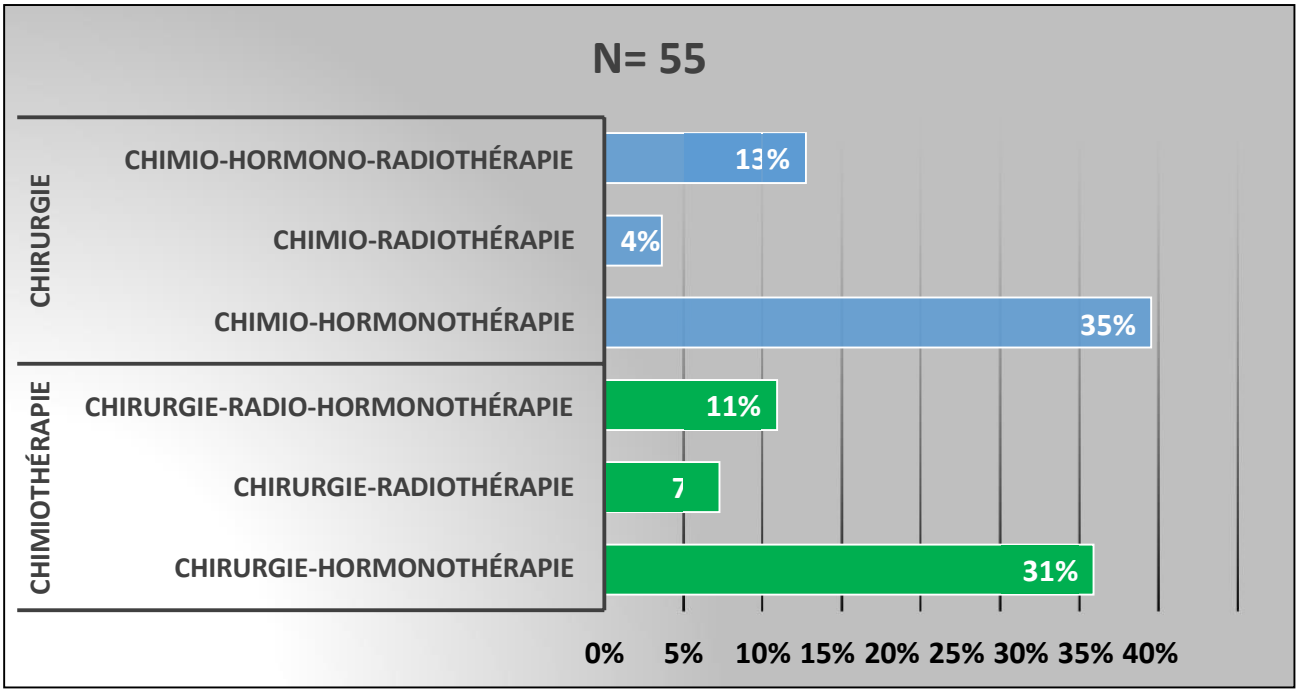


Figure 5: Traitement principal et adjuvant reçu par les patientes (Cotonou 2020)

La chirurgie a été réalisée chez 28 patientes soit 50,91% en association avec une chimiothérapie et /ou une hormonothérapie. Le reste des patientes (n=27) soit 49,09% avait bénéficiée d'une chimiothérapie en association avec d'autres traitements adjuvants. La figure 5 montre la distribution des patientes en fonction de la nature du traitement reçu.

3.3 Analyse des troubles psychiques

3.3.1 Troubles psychiques durant le traitement générés par l'auto questionnaire tiré du MINI (International Neuropsychiatrique Interview)

Tableau VI: Troubles psychiques durant le traitement (Cotonou 2020)

	Effectifs	Pourcentage %
Dépression majeure	42	76.36
Détresse émotionnelle	7	12.73
Absence de trouble	6	10.91
Total	55	100

L'étude a révélé que 76,36% présentaient un épisode dépressif majeur (n=42). De plus nous avons noté 7 cas de détresse émotionnelle avec une proportion de 12,73%. Le tableau IV nous montre la répartition des patientes atteintes de troubles psychiques durant le traitement.

3.3.2 Souffrance psychique en fonction du parcours desoins

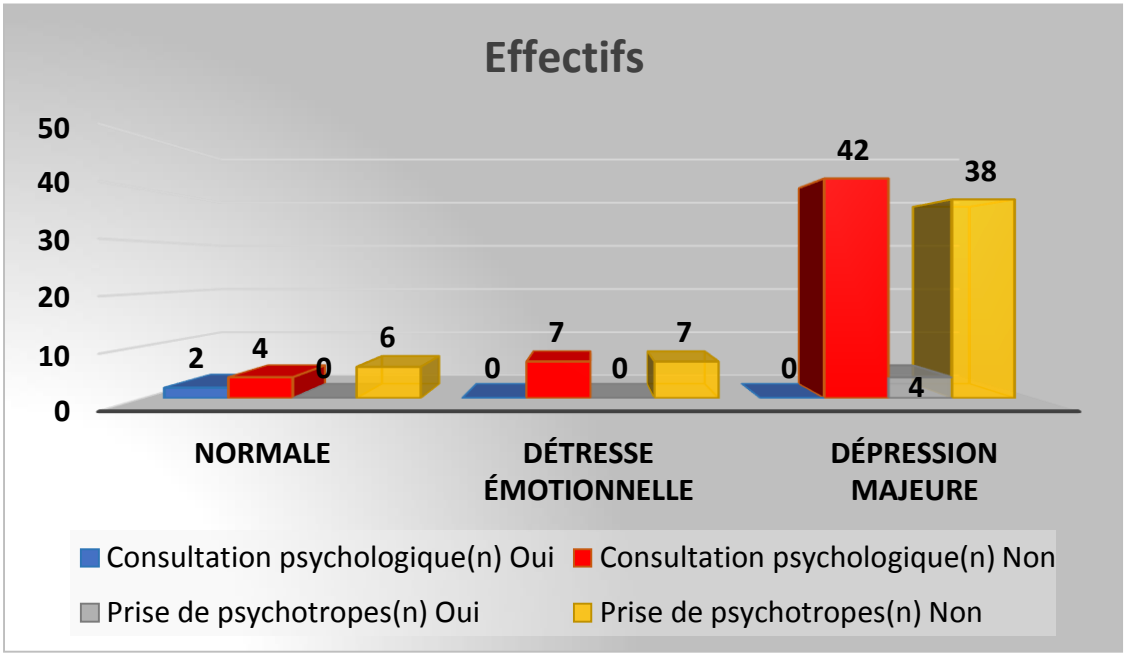


Figure 6: Souffrance psychique en fonction du parcours de soins (Cotonou 2020)

La consultation psychiatrique n'a été réalisée que par 2 patientes Nous avons enregistré 4 patientes qui avaient eu à prendre des psychotropes. La figure 6 nous montre la répartition des patientes avec une souffrance psychique en fonction du parcours des soins psychiatriques.

3.3.3 Evaluation de l'humeur actuelle (échelle HAD)

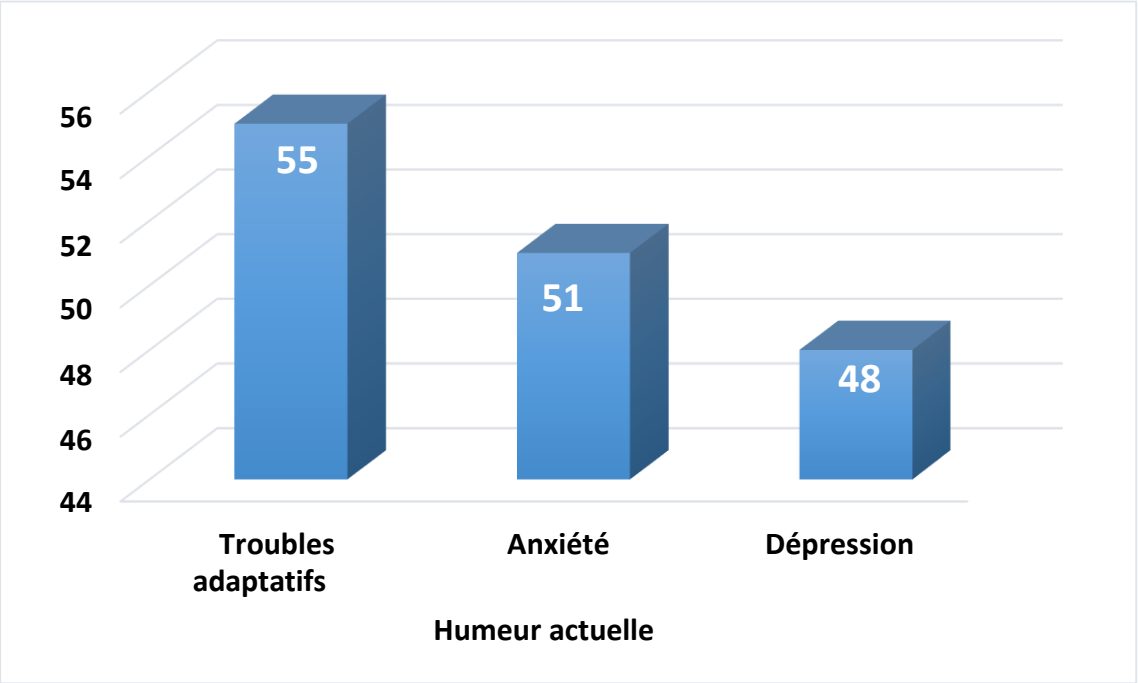


Figure 7: Répartition des patientes selon l'évaluation qualitative de l'humeur actuelle par le score HADS (Cotonou 2020)

L'auto-questionnaire tirée de l'échelle HAD a été renseignée chez toutes les patientes et a notifié, un score moyen de la sous échelle anxiété à 11,88% avec un écart type de 2,95% ; A la sous échelle dépression un score moyen de 10,83% a été obtenu avec un écart type de 2,18%.

Toutes les patientes avaient présentés un trouble adaptatif. La quasi-totalité des patientes (96,15%) avaient présentés une anxiété, suivaient celles qui avaient une dépression dans une proportion de 8,54%. La figure montre la répartition des patientes selon l'évaluation qualitative de l'humeur.

3.4 Analyse de la qualité de vie

3.4.1 Qualité de vie module générale (questionnaire QLQC30)

3.4.1.1 Echelles fonctionnelles

- **Etat physique**

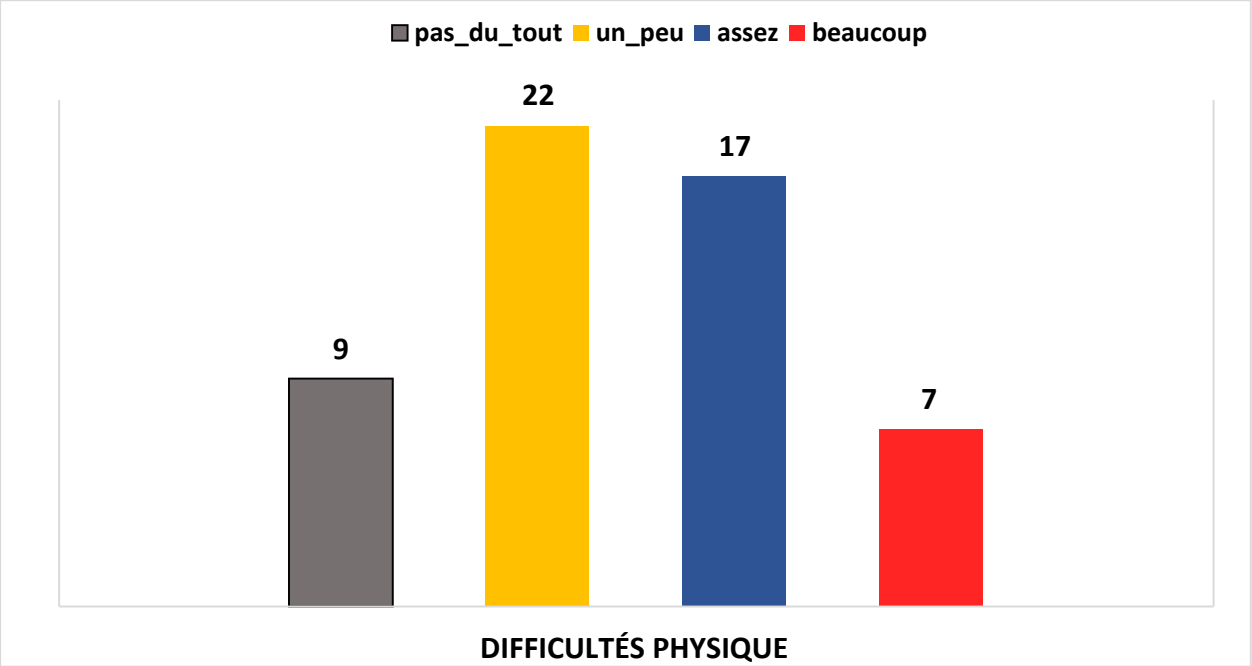


Figure 8: Difficultés physiques au module général chez les patientes (Cotonou 2020)

La majorité des patientes (83,64%) ont rapporté une difficulté physique. Toutes les fois il s'agissait d'une difficulté modérée. La figure 4 montre la distribution des patientes selon les difficultés physiques.

❖ **Etat cognitif**

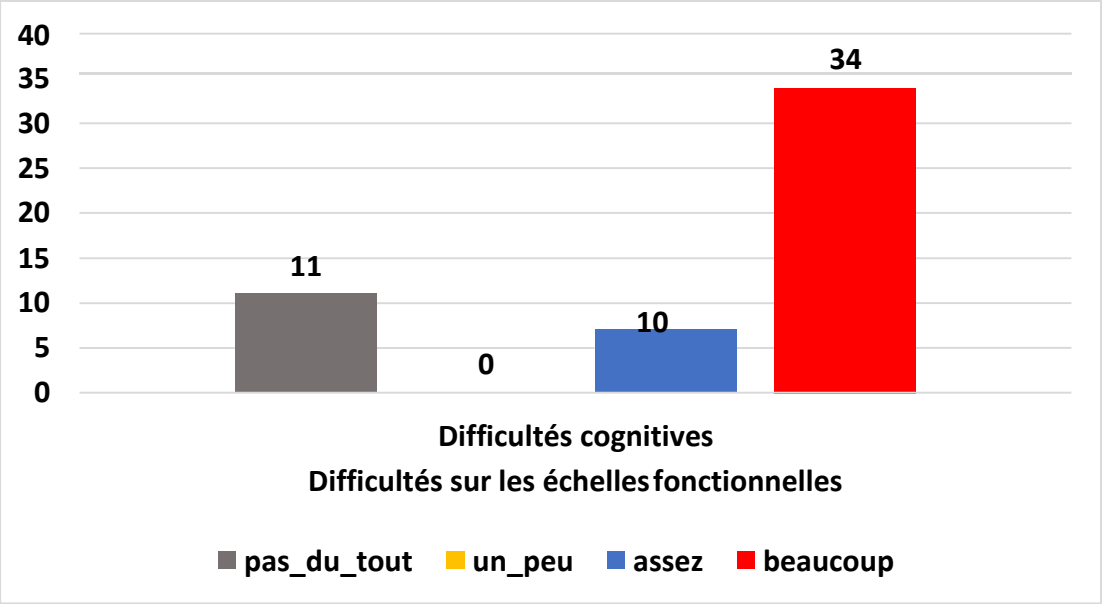


Figure 9 : Evaluation de l'état cognitif (Cotonou 2020)

Ont rapporté un état cognitif important 44 patientes, soit 80%. La figure 9 montre la distribution des patientes selon l'état cognitif.

❖ **Etat émotionnel**

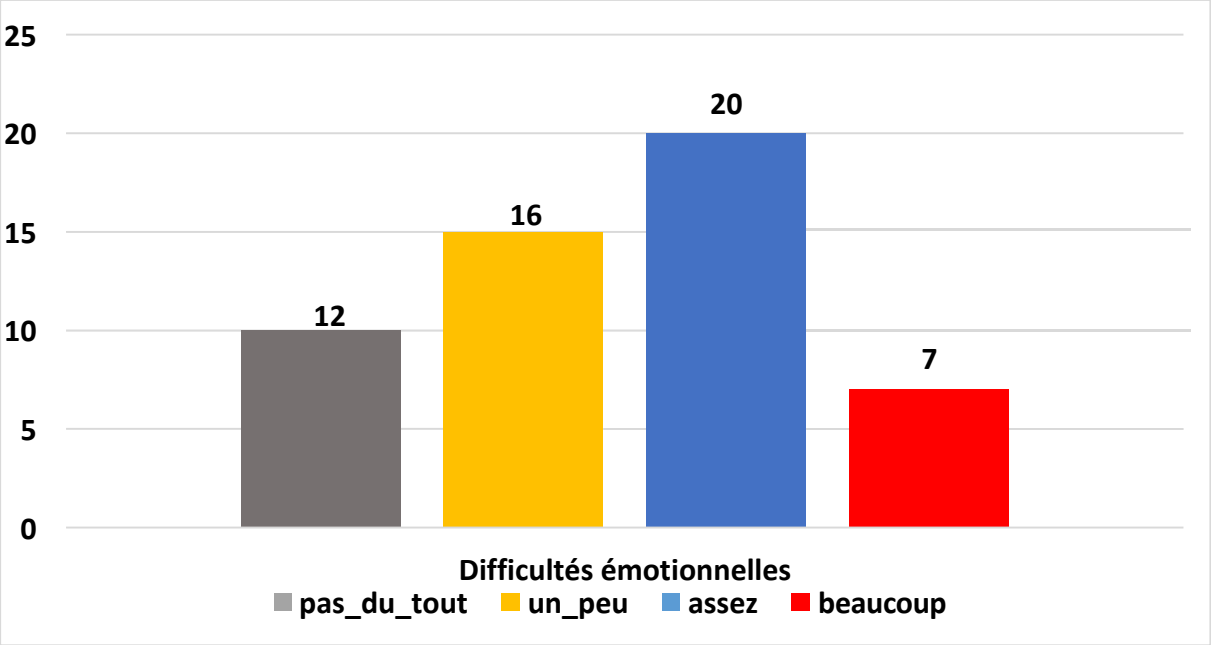


Figure 10 : Evaluation de l'état émotionnel (Cotonou)

Seulement un quart (n=12) soit 21,82% patientes présentaient un bon état émotionnel. La figure 10 nous montre les distributions des patientes selon l'état émotionnel.

❖ **Relations sociales**

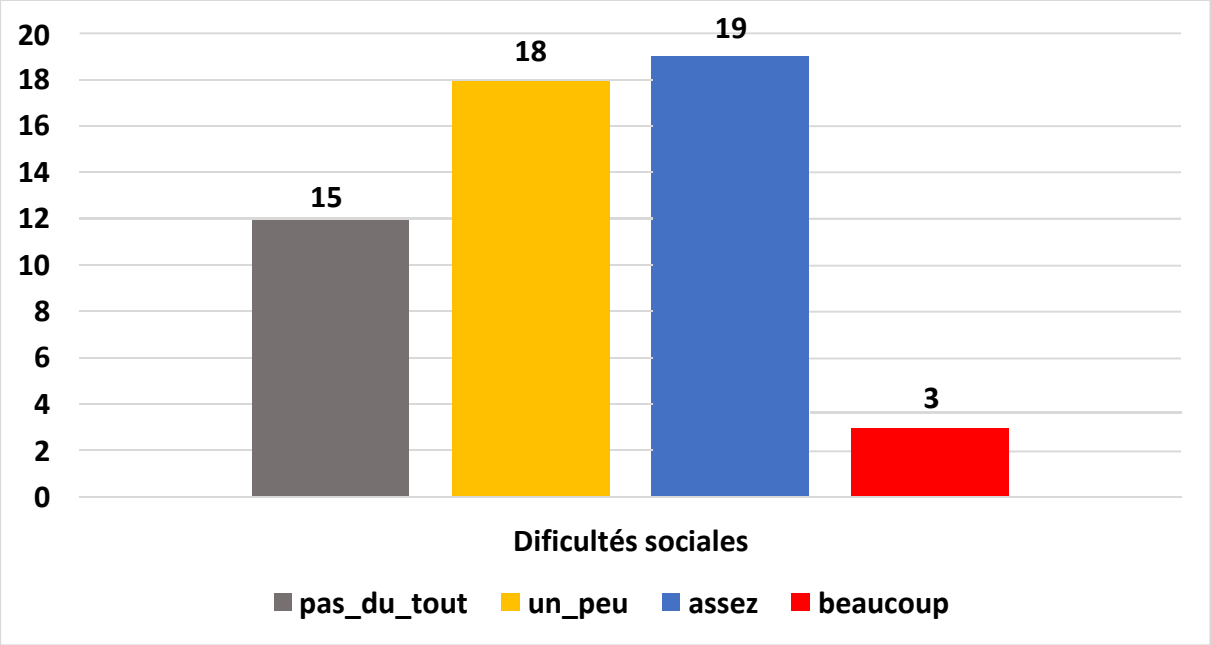


Figure 11 : Evaluation des relations sociales (Cotonou 2020)

Nous avons eu 15 patientes soit 27,27% qui n'ont pas rapporté pas de difficultés dans les relations sociales. La figure 11 nous montre la distribution des patientes selon les relations sociales

❖ **Domaine fonctionnel avec limitation des activités**

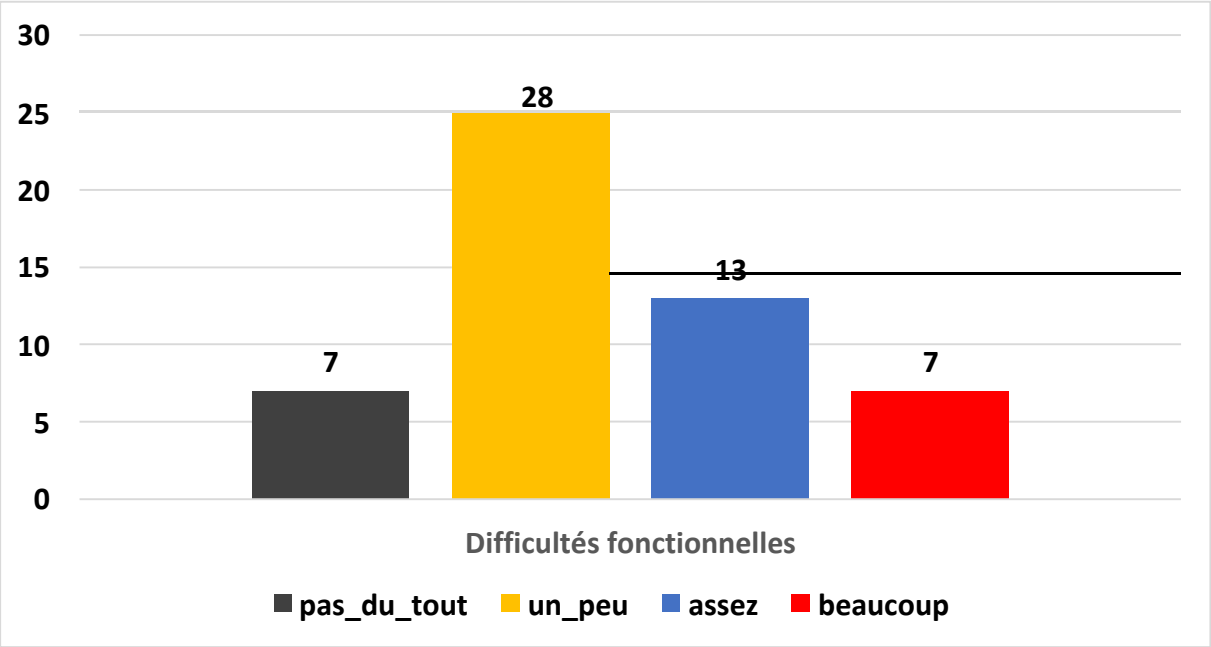


Figure 12 : Evaluation de la limitation des activités (Cotonou 2020)

Il y'avait 48 patientes soit 87,27% ayant rapporté une limitation des activités. La figure 12 nous montre la distribution des patientes selon la limitation des activités.

3.4.1.2 Echelles des symptômes physiques

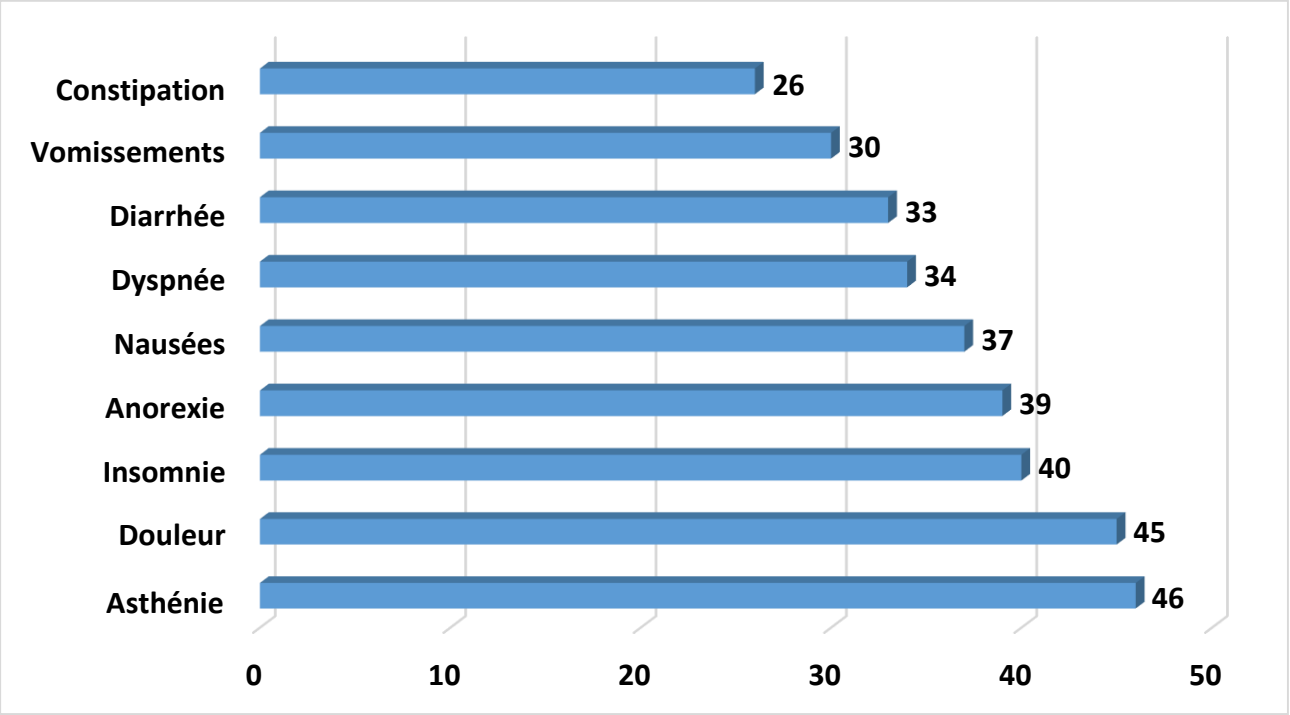


Figure 13 : Evaluation des échelles des symptômes physiques (Cotonou 2020)

L'asthénie était le symptôme physique le plus représenté (83,64%), suivi de la douleur 81,81%. La figure 13 montre l'évaluation des échelles des symptômes physiques.

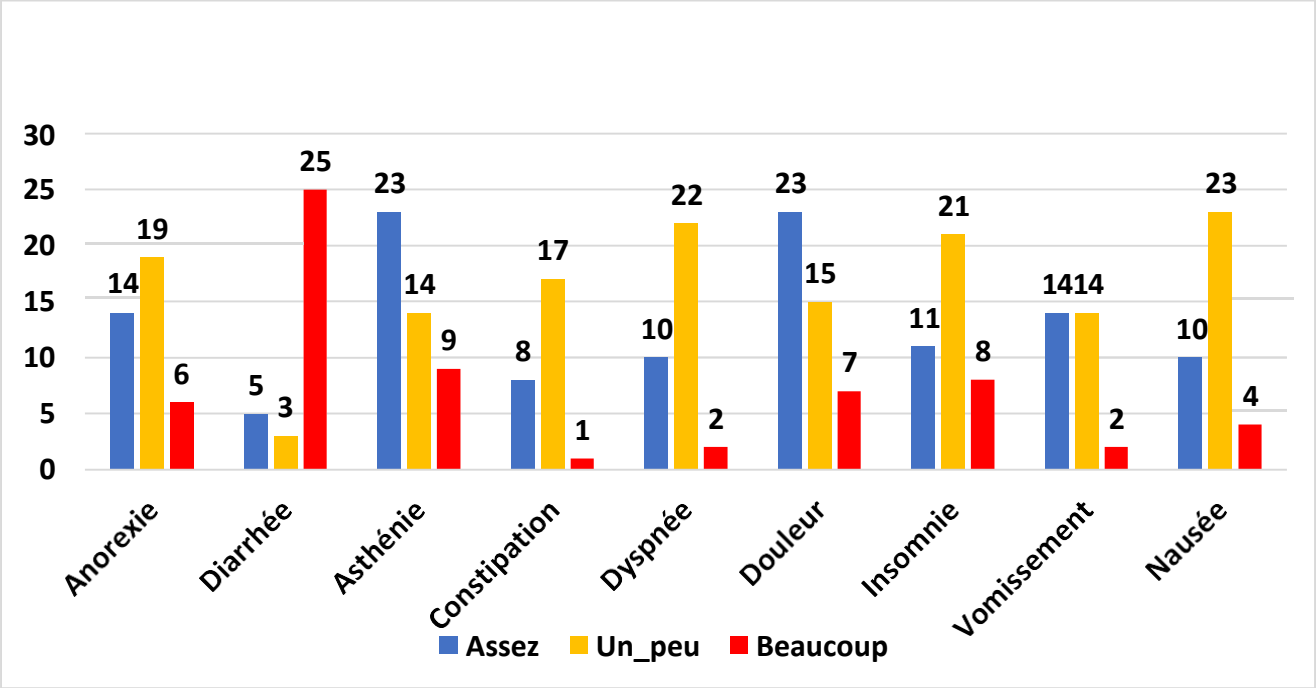


Figure 14: Intensité des symptômes (Cotonou 2020)

La diarrhée était le symptôme le plus intense (n=25). L'asthénie et la douleur avaient une même intensité avec chacune un effectif de 23. La figure 9 évalue l'intensité des symptômes physiques.

- **Difficulté financière**

Tableau V: Niveau de difficulté financière des patientes (Cotonou 2020)

	Effectifs	Pourcentage %
Beaucoup	22	40.00
Assez	15	27.27
Un peu	12	21.82
Pas du tout	6	10.91
Total	**55**	**100**

La majorité des patientes (89,09%) présen
niveau variable. Le tableau V montre la répartition des patientes selon la difficulté financière

3.4.1.3 Echelle visuelle analogique (EVA) :

- **La qualité de vie globale**

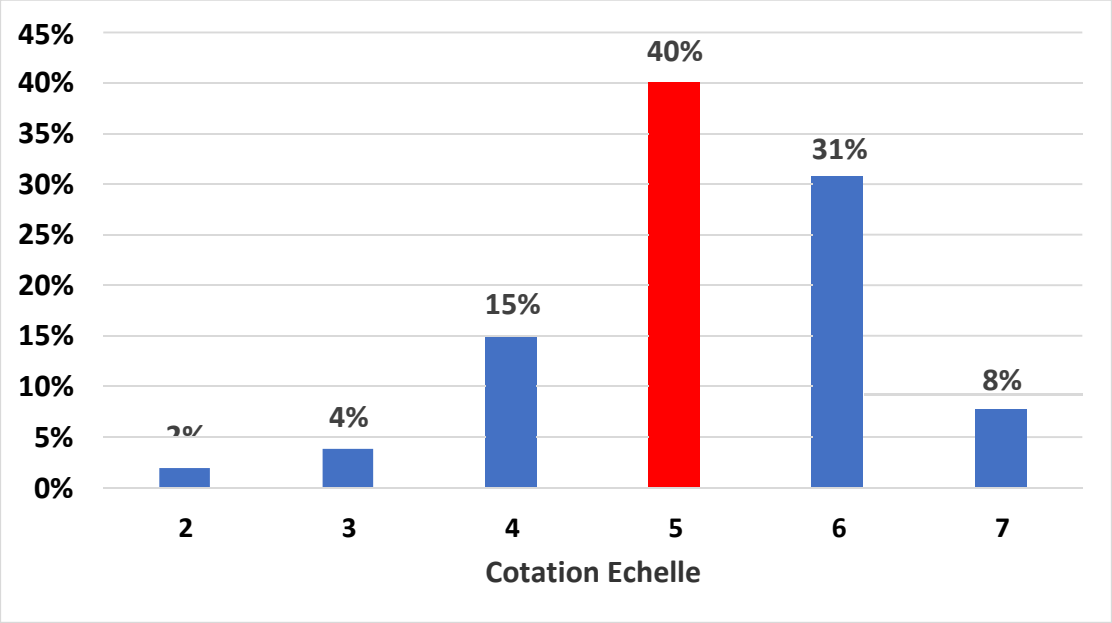


Figure 15: Auto-évaluation de la qualité de vie globale au cours de la semaine précédente (Cotonou 2020)

La majorité des patientes (41.82% ; n=23) cotait leur qualité de vie à 5/7 durant la semaine précédente l'enquête. La figure 10 montre l'évaluation de la qualité de vie globale des patientes de la semaine précédente.

❖ **Etat de santé global**

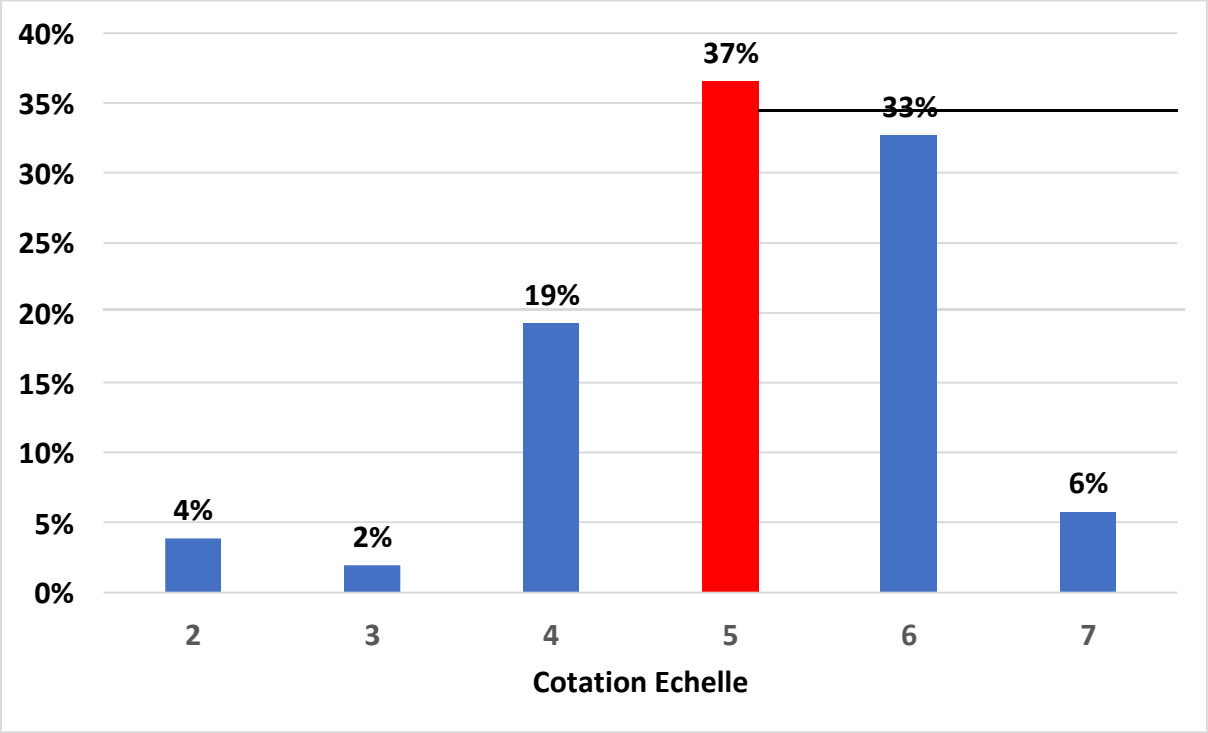


Figure 16: Auto-évaluation physique au cours de la semaine précédente (Cotonou 2020)

Plus d'une patiente sur trois (36,36%) cotait l'état de santé à 5/7 au cours de la semaine précédente. La figure 16 montre l'évaluation de l'état de santé global des patientes au cours de la semaine précédente.

3.4.2 Qualité de vie spécifique du cancer de sein (questionnaire BR23)

3.4.2.1 Echelle fonctionnelle

❖ **Activité sexuelle**

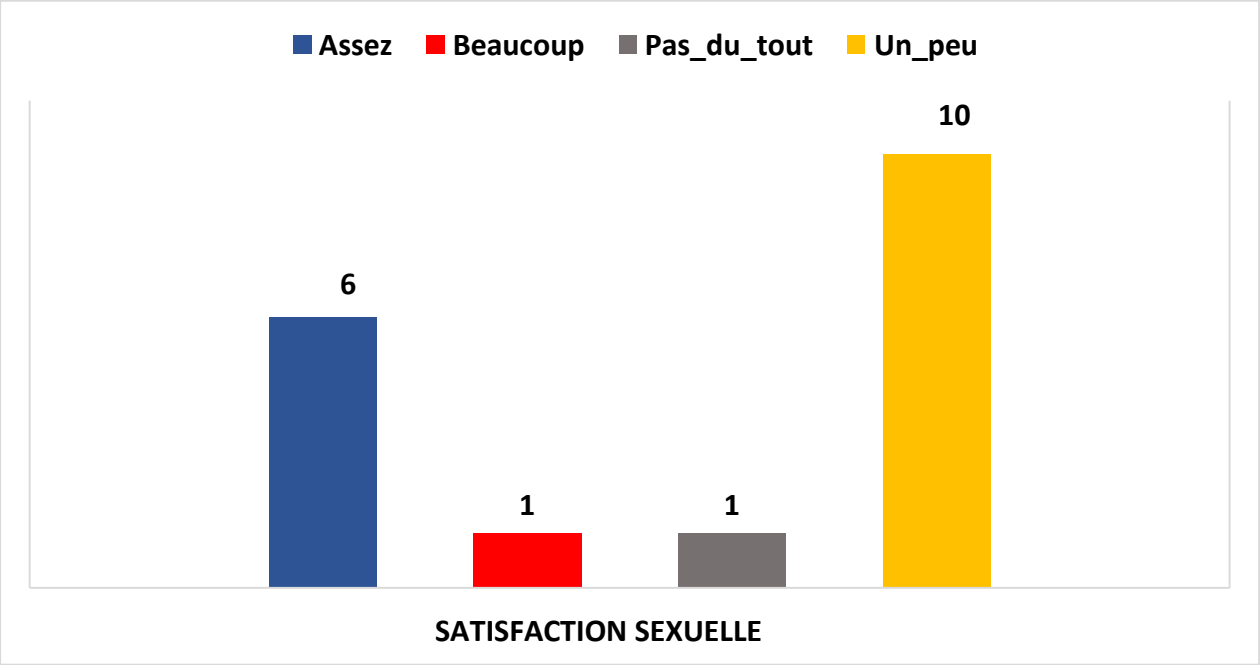


Figure17 : Evaluation de la satisfaction sexuelle des patientes (Cotonou 2020)

Plus de la moitié des patientes (67,27%) n'avaient plus d'activité sexuelle, et pour celles qui en avaient, seulement une (1) était pleinement satisfaite. La figure 17 montre l'évaluation de la satisfaction corporelle des patientes atteintes du cancer du sein.

❖ **Image corporelle**

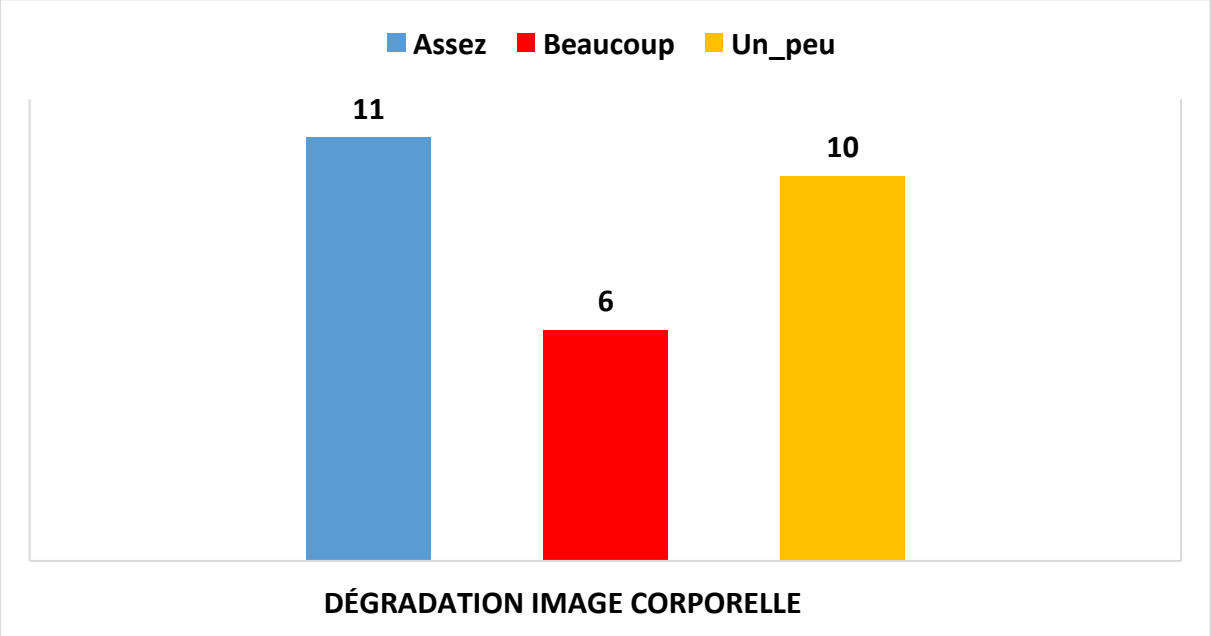


Figure 18: Evaluation de la dégradation de l'image corporelle (Cotonou 2020)

Il a été retrouvé 49,09% qui avaient une dégradation de leur image corporelle. La figure 18 montre l'évaluation de la dégradation de l'image corporelle, des patientes atteintes du cancer du sein.

3.4.2.2 Echelle des symptômes physiques

Tableau VI : Evaluation des symptômes physiques (Cotonou 2020)

	Effectifs (N=55)	Pourcentages %
Alopécie	46	83.64
Symptômes du bras	43	78.18
Effets systémiques	42	76.3
Symptômes du sein	36	65.45

L'alopécie était le symptôme le plus présent (83.64%), suivait celui des symptômes du bras avec une proportion de 78.18%. Le tableau VI montre l'évaluation des symptômes physiques spécifique du sein chez les patientes atteintes du cancer du sein.

❖ **Perspectives d'avenir**

Tableau VII : Evaluation des perspectives d'avenir (Cotonou 2020)

	Effectifs	Pourcentage %
Assez	17	32.69
Un peu	15	27.27
Beaucoup	12	21.43
Pas du tout	11	20.00
Total général	**52**	**100,0**

Nous avons eu 21,43% des patientes qui avaient beaucoup d'inquiétude sur leur santé dans l'avenir. Le tableau VII montre l'évaluation des perspectives d'avenir concernant la santé des patientes.

3.5 Index de comorbidité Charlson

Tableau VIII: Evaluation de l'échelle de comorbidité Charlson (Cotonou 2020)

Score	Mortalité à 1 an %	Effectifs	Pourcentages %
Sup 5	85	26	47.27
1-2	52	21	38.18
3-4	26	8	14.55

Plus de la moitié des patientes (47,27%) avait un score de comorbidité supérieur à 5 avec un risque de mortalité de 85% à 1an. Le tableau XIII montre l'évaluation de l'échelle de comorbidité des patientes.

3.6 Facteurs prédictifs de la souffrance psychique

3.6.1 Humeur durant le traitement en fonction de la durée du traitement et du parcours psychiatrique

Tableau IX: Humeur durant le traitement en fonction de la durée du traitement et du parcours psychiatrique (Cotonou 2020)

		Humeur durant le traitement (N=55)		Total	OR	IC95%
		Bonne	Mauvaise			
Durée du traitement	Court	1	9	10	0.889	0.09-8.57
	Long	5	40	45		
Consultation d'un psychologue	Oui	2	0	2	0.08	0,03-0.19
	Non	4	49	53		
Prise de tranquillisant	Oui	0	4	4	0.882	0.80-0.98
	Non	6	45	51		

Khi-deux de Pearson

Parmi les facteurs prédictifs de la souffrance psychique nous avons trouvé la durée du traitement (p=0,09), la consultation d'un psy (p= 0,03) qui ont une corrélation statistiquement significative avec l'humeur durant le traitement. Le tableau IX montre le résultat de l'analyse.

3.6.2 Humeur durant le traitement en fonction des données socio-démographiques

Tableau X: Humeur durant le traitement en fonction des données socio-démographiques (Cotonou 2020)

		Humeur durant le traitement auto questionnaire MINI (N=55)		Total	P*
		Bonne	Mauvaise		
Age	20-30	0	2	2	0.235
	31-40	0	13	13	
	41-50	1	18	19	
	51-60	3	10	13	
	61-70	2	5	7	
	71-80	0	1	1	
Ménopause	Oui	3	18	21	
	Non	3	31	34	
Situation matrimoniale	Célibataire	0	7	7	0.43
	Divorce	0	4	4	
	Mariée	6	33	39	
	Veuve	0	5	5	
Niveau d'étude	Non scolarisé	3	12	15	0.12
	Primaire	1	18	19	
	Secondaire	2	5	7	
	Supérieur	0	14	14	

*Khi-deux de Pears

Dans notre étude les résultats ne montrent pas de corrélation statiquement significative entre l'humeur durant le traitement et les facteurs socio-démographiques. Le tableau X montre le résultat de l'analyse.

3.6.3 Humeur durant le traitement en fonction de la conduite thérapeutique

Tableau XI: Humeur durant le traitement en fonction de la conduite thérapeutique

	Humeur durant le traitement (N=55)		Total	P*
	Bonne	Mauvaise		
Traitement	Chimiothérapie	2	25	
	Chirurgie	4	24	
Traitement adjuvant	Chimio-hormonothérapie	3	16	0,82
	Chimio-radio-hormonothérapie	1	5	
	Chimio-radiothérapie	0	2	
	Chirurgie-hormonothérapie	2	15	
	Chirurgie-radio-hormonothérapie	0	7	
	Chirurgie-radiothérapie	0	4	

*Khi-deux de Pearson

Parmi les facteurs prédictifs de la souffrance psychique, aucune corrélation statiquement significative n'est trouvée. Le tableau XVI montre les résultats de cette analyse

3.7 Facteurs prédictifs de la qualité de vie

3.7.1 Qualité de vie en fonction de l'humeur actuelle

Tableaux XII: Qualité de vie (module spécifique du cancer du sein) en fonction de l'humeur actuelle (Cotonou 2020)

	Anxiété		Dépression	
	Moyenne des carrés	P*	Moyenne des carrés	P*
Echelles fonctionnelles				
Image corporelle	0.423	0.493	0.580	0.623
Fonctionnement sexuel	0.240		0.132	0.806
Satisfaction sexuelle	0.443	0.117	0.275	0.716
Echelle des symptômes physique				
Effets secondaires de traitement systémique	1.043	**0.028**	0.701	0.473
Symptômes du sein	0.790	**0.045**	0.825	0.160
Symptômes du bras	0.660	0.181	0.550	0.425
Inquiétudes/ Alopécie	1.110	**0.025**	1.304	0.545
Perspectives d'avenir	1.060	0.395	1.217	0.290

p* : Anova Test ;

Parmi les facteurs prédictifs de la qualité de vie en fonction de l'humeur actuelle (module spécifique), nous avons trouvé les effets secondaires du traitement systémique (p=0,028), les symptômes du sein (p=0,045) ainsi que l'alopécie (p=0,025) qui ont une corrélation statistiquement significative avec l'humeur actuelle. Le tableau XII montre les résultats de cette analyse.

Tableau XIII: Qualité de vie (module général) en fonction de l'humeur actuelle (Cotonou 2020)

	Humeur actuelle			
	Moyenne des Carrées	P*	Moyenne des carrés	P*
Etat global de santé	1.033	0.527	1.098	0.462
Echelles fonctionnelles				
Domaine fonctionnel	2.254	**0.001**	1.792	0.031
Fonctionnement émotionnel	1.715	**0.002**	0.531	0.697
Fonctionnement cognitif	0.741	0.486	0.488	0.540
Echelle des symptômes physiques				
Asthénie	1.778	**0.003**	0,911	0.401
Constipation	1.269	**0.002**	0,851	0.80
Douleur	1.073	0.159	0.757	0.524

p* : Anova Test

Parmi les facteurs prédictifs de la qualité de vie en fonction de l'humeur actuelle (module générale) nous avons trouvé le domaine fonctionnel (p=0.001), le fonctionnement émotionnel (p=0.002), l'asthénie (p=0.003), la constipation (p=0.002) qui ont une corrélation statistiquement significative avec l'humeur actuelle. Le tableau XIII montre le résultat de l'analyse.

3.7.2 Qualité de vie en fonction de l'état émotionnel

Tableau XIV: Qualité de vie en fonction de l'état émotionnel durant le traitement (module spécifique)

	Moyenne des carrés	P*
Echelles fonctionnelles		
Image corporelle	0.686	0.302
Fonctionnement sexuel	0.043	0.635
Satisfaction sexuelle	0.076	0.659
Echelles des symptômes physiques		
Effets secondaires de traitement systémique	0.005	0.941
Symptômes du sein	0.686	0.302
Symptômes du bras	0.171	0.593
Inquiétudes / alopécie	0.386	0.515
Perspectives d'avenir	0.171	0.690

p* : Anova Test ;

Dans notre étude les résultats ne montrent pas une corrélation statistiquement significative entre la qualité de vie et l'état émotionnel (module spécifique) Le tableau XIV montre le résultat de l'analyse.

Tableau XV : Qualité de vie en fonction de l'état émotionnel durant le traitement (module général) (Cotonou 2020)

	Moyenne des carrés	P*
Etat Global de Sante	1.330	0.274
Echelles Fonctionnelles		
Fonctionnement physique	0.045	0.838
Domaine fonctionnel	0.249	0.623
Fonctionnement émotionnel	1.607	0.158
Fonctionnement cognitif	0.366	0.406
Fonctionnement social	0.174	0.638
Echelles des symptômes physiques		
Asthénie	0.439	0.476
Nausées vomissements	0.450	0.470
Douleurs	1.505	0.170
Dyspnée	0.188	0.634
Insomnie	4.558	**0.027**
Perte d'appétit	3.417	0.060
Constipation	0.495	0.365
Diarrhée	1.096	0.200
Difficultés financières	2.096	0.123

p* : Anova Test ;

Parmi les facteurs prédictifs de la qualité de vie, on not e une insomnie (p=0,027) qui a une corrélation statistiquement significative avec l'état émotionnel (Module générale). Le tableau XV montre le résultat de l'analyse.

3.7.3 Qualité de vie en fonction des données socio-démographiques

Tableau XVI: Qualité de vie en fonction des données socio-démographiques (Cotonou 2020)

		Qualité de vie				p*
		[2-3]	[4-5]	[6-7]	Total	
Situation matrimoniale	Célibataire	0	4	3	7	0.43
	Divorce	0	1	3	4	
	Marié	2	25	12	39	
	Veuve	1	3	1	5	
Ménopause	Non	2	20	12	34	0.97
	Oui	1	13	7	21	
Niveau d'étude	Non scolarisée	1	8	6	15	0.81
	Primaire	1	13	5	19	
	Secondaire	1	4	2	7	
	Supérieur	0	8	6	14	

Khi-deux de Pearson

Dans notre étude les résultats ne montrent pas de corrélation statistiquement significative entre la qualité de vie et les facteurs socio-démographiques. Le tableau XVI montre les résultats de l'analyse

3.7.4 Qualité de vie en fonction du traitement carcinologique

Tableau XVII: Qualité de vie en fonction du traitement carcinologique (Cotonou 2020)

		Qualité de vie				p*
		[2-3]	[4-5]	[6-7]	Total	
Traitement initial	Chimiothérapie	1	18	8	27	0.59
	Chirurgie	2	15	11	28	
Traitement adjuvant	Chimio-hormonothérapie	2	12	5	19	0.54
	Chimio-radio-hormonothérapie	0	2	4	6	
	Chimio-radiothérapie	0	1	1	2	
	Chirurgie-hormonothérapie	1	13	3	17	
	Chirurgie-radio-hormonothérapie	0	3	4	7	
	Chirurgie-radiothérapie	0	2	2	4	
Durée traitement	Court	0	9	1	10	0.10
	Long	3	24	18	45	

Khi-deux de Pearson

Dans notre étude les résultats ne montrent pas de corrélation statistiquement significative entre la qualité de vie et le traitement carcinologique. Le tableau XVII montre le résultat de l'analyse.

3.7.5 Qualité de vie en fonction du parcours de soins

Tableau XVIII: Qualité de vie en fonction du parcours de soins psychiatrique (Cotonou 2020)

		Qualité de vie				p*
		[2-3]	[4-5]	[6-7]	Total	
Consultation d'un Psychologue	Non	3	33	17	53	0.14
	Oui	0	0	2	2	
Prise d'un tranquillisant	Non	1	31	19	51	**0.00**
	Oui	2	2	0	4	

p* ; Anova Test

Parmi les facteurs prédictifs de la qualité de vie des patientes qui sont traitées du cancer du sein nous avons trouvé la prise d'un tranquillisant (p=0,00). Le tableau XVIII montre les résultats de l'analyse.

4- DISCUSSION

4.1 Atteinte des objectifs

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que les objectifs fixés ont été atteints :

- 7 patientes ont présenté une détresse émotionnelle au cours de la phase du traitement, soit une prévalence de 12,73%
- 42 patientes ont présenté une détresse majeure au cours de la phase du traitement, soit une prévalence de 76,36%
- Les facteurs prédictifs de la souffrance psychique qui avaient été trouvés étaient la durée du traitement carcinologique courte et l'antécédent d'une prise en charge psychiatrique
- Les facteurs prédictifs de la qualité de vie qui ont été identifiés sont le trouble de l'humeur, l'état émotionnel et la prise d'un tranquillisant.

4.2 Validité des résultats

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que la méthodologie utilisée cadre bien avec ce type d'enquête. Toutes les dispositions ont été prises pour sélectionner les patientes se conformant strictement au protocole d'étude. Notons que les enquêteurs ne sont autres que les étudiants de la 4ème et 5ème année de médecine, qui sont bien formés sur la pathologie mentale et comprenant parfaitement les langues nationales béninoises (Fon, Goun, Yorouba…), ce qui a permis d'entretenir les patientes sans avoir besoin d'interprète.

Malgré toutes ces précautions, l'étude présente quelques insuffisances. Les patientes étant déprimées et anxieuses, n'étaient pas toujours en mesure de répondre à certaines questions comme il se devait. Par ailleurs, l'absence de suivi des patientes détectées de souffrance psychique, en plus de celles avec des antécédents de pathologies psychiatriques, ne nous a pas permis d'apprécier l'évolution de l'état psychique.

4. 3 Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

Dans la littérature scientifique, peu d'études ont été réalisées sur la souffrance psychique des patientes qui sont traitées pour un cancer du sein. La plupart des études ont porté sur le cancer du sein non métastatique à long terme, ce qui rend difficile la comparaison de nos résultats avec d'autres études.

AU terme de notre étude nous avons recruté 55 sujets constitués uniquement de sexe féminin

4.3.1 Les données socio-démographiques

4.3.1.1 L'âge

L'âge moyen des sujets était de 48,47ans (IC95% [44,45-51,44]) ±11,19 ans et des extrêmes de 33ans et 80ans. La fréquence maximale était observée entre 41 et 50 ans (n=19). Il s'agissait d'une population âgée similaire de celle ayant fait l'objet de l'étude d'écrite par Michel Reich qui avait trouvé 53,82% dont l'étude a été faite en France publiée en 2002 [67]. Leur travail a concerné uniquement que sur la qualité de vie et la sexualité des patientes traitées pour un cancer du sein.

L'étude réalisée par Gilles Damas et al dans une population de 277 patientes avait rapporté un âge moyen de 61ans. Leur étude a concerné uniquement sur les patientes en cours de radiothérapie pour un cancer du sein. Cette différence d'âge moyen s'explique du faite que la population était très importante.

Dans l'étude de Ben Gobrane et al réalisée en Tunis avait rapporté un âge moyen de 49,7 ans avec un pic de fréquence entre 45 et 55 ans approximative au résultat de notre étude. Au total 470 patientes présentant un cancer du sein diagnostiqué à l'institut de carcinologie ont été incluses [132].

Le faite que l'âge ne soit pas statistiquement significatif pourrait s'expliquer par le faite que la population de notre étude soit un peu vielle. Les jeunes semblent avoir plus de difficultés à faire face à un cancer du sein [Ganz, Gouadagnoli et al, 2003]. Certaines études montrent que les femmes de moins de 50 ans sont davantage en souffrance lorsque le cancer altère la vie sexuelle [Schover, 1997] [65].

4.3.1.2 Le statut socio-économique

Dans notre étude les commerçantes étaient les plus représentées avec une fréquence de 27,3%. Les femmes au foyer avaient une fréquence de 18,3% La fréquence des fonctionnaires s'élevait à 12,7% et celle des institutrices à 9,1%. Dans l'étude de Glesner Sarah réalisée à Liège avait noté une fréquence des travailleurs à 80% plus importantes dans notre étude. La fréquence des femmes au foyer s'élevait à 20% [133]. Cette différence s'explique par le faite que l'étude a été constituée d'un échantillon de 10 patientes atteintes d'un cancer du sein prélevé dans deux sites différents.

Le statut économique précaire est un facteur prédisposant à l'émergence de symptômes dépressifs [107].

4.3.1.3 Le niveau d'éducation

Notre étude avait retrouvé une fréquence de 34,5% de patientes ayant un niveau d'étude primaire suivi des patientes non scolarisées avec une fréquence de 27,3%. Les patientes ayant un niveau supérieur avaient une fréquence de 25,5% et celles du niveau secondaire avaient une fréquence de 12,7%. Il est rapporté qu'un niveau d'éducation bas est un facteur prédictif d'une plus grande détresse émotionnelle à moyen terme [108]. Dans l'étude de Glesner Sarah, il a été rapporté qu'une seule patiente soit une fréquence de 10% avait un niveau primaire [133].

Ce résultat est inférieur au résultat de notre étude et cela s'explique par le faite que l'échantillon de leur population d'étude soit très inférieur au notre.

Une fréquence de 50% des patientes avec un niveau secondaire avait été rapportée dans leur étude [133]. Ce résultat est beaucoup plus supérieur au résultat de notre étude. Dans la même étude 40% des patientes avaient un niveau supérieur et de même ce résultat est beaucoup plus important que notre étude. Cette différence s'explique par le fait que les patientes de notre population d'étude soient moins scolarisées.

4.3.1.4 Le statut marital

Dans notre étude il a été rapporté que 36,11% des patientes étaient mariées, 6,48% des patientes étaient célibataires ; 4,63% des patientes étaient veuves et 3,7% des patientes divorcées. Dans l'étude de Glesner Sarah réalisée à Liège il a été rapporté que 20% des patientes étaient célibataires. Ce résultat serait beaucoup plus supérieur que le résultat de notre étude. Une fréquence de 60% des patientes mariées avaient été rapporté, ce qui est approximative de la fréquence de notre étude. De même il avait été noté 20% des patientes divorcées [133]. Ces différences de résultats s'expliquent par le fait que notre population d'étude soit un peu plus jeune et que l'échantillon de cette étude soit très inférieur à la nôtre.

4.3.1.5 La nature du traitement

Au cours de notre étude, 50,91% des patientes avaient bénéficié d'une chirurgie en association avec une chimiothérapie et /ou hormonothérapie. Le reste des patientes (n=27) soit 49,09% avait bénéficié d'une chimiothérapie en association avec autres traitements adjuvants. Dans l'étude de Ben Gobrane 50,1% des patientes avaient bénéficié de la chimiothérapie. Concernant la chirurgie leur étude note une fréquence de 62, 8% des patientes ayant bénéficiées d'une mastectomie. Pour la radiothérapie une fréquence importante s'élevant à 64% avait été rapportée. Par contre pour l'hormonothérapie juste

9,8% des patientes bénéficières [132]. Ces résultats sont supérieurs à ceux rapportés dans notre étude, et cette différence s'explique du faite que notre population d'étude soit inférieure. Aussi, notre étude a été réalisée dans l'unité de chimiothérapie par contre leur étude avait eu lieu dans l'institut de cancérologie avec une masse importante de la population.

4.3.2 Les troubles psychiques

Notre étude retrouve une prévalence importante de la souffrance psychique à 89,09%. La prévalence de la détresse émotionnelle était de 12,73% et celle de l'état dépressif majeure à 76,36%, durant la phase de traitement d'un cancer du sein. Peu d'études réalisées ont noté une forte prévalence de la souffrance psychique. En France, Reich et Lesur ont rapporté une dépression majeure à 50,20% ce qui est plus inférieure que celle trouvée dans notre étude; Grabsch et al ont rapporté une détresse émotionnelle à 25,6% plus élevée que dans notre étude [109]. Au Québec, Walsh, S. et al [131] ont rapporté une dépression majeure de 70%. Ce qui semble être approximative à notre étude. Dans l'étude de Gilles Damas et all, la prévalence de la détresse émotionnelle était rapportée à 59,2% beaucoup plus supérieure à notre étude et une détresse majeure à 40% inférieure à la prévalence de notre étude. Cela s'explique du faite que la population étudiée soit plus importante et n'a concerné uniquement que les patientes traitées en radiothérapie pour un cancer du sein. Une étude réalisée en 2015 par utilisation d'une échelle visuelle analogique et un auto-questionnaire chez 264 patientes avait rapporté une détresse émotionnelle à 52% [72]. Cette fréquence est beaucoup plus supérieure à notre étude. La méthode utilisée était celle d'une échelle visuelle analogique et d'un auto-questionnaire d'évaluation des besoins. Cependant cette différence a été statistiquement significative.

Néanmoins face à ces résultats nous pouvons dire que, l'annonce du diagnostic de cancer du sein engendre une immense et profonde détresse psychologique chez les patientes. Le traumatisme est invisible, et se déroule au niveau de la scène intérieure de l'individu, même quand il est physique « le choc » a inévitablement des répercussions psychiques lourdes [Tomasella 2017]. Ces différents traitements à savoir la mastectomie avec l'absence de l'organe féminin, sexuel et maternel ; ou encore la chimiothérapie avec l'apparition de l'alopécie et d'autres symptômes, rappellent toutes les fois à la patiente la présence d'une pathologie chronique, grave et mortelle en elle. Ce qui emmène la patiente à vivre dans la peur de récidive, la peur de la mort et dans la nouvelle image de son corps. Nos résultats rejoindraient l'hypothèse que la maladie cancéreuse, de par la peur, de la rechute, altération de l'image corporelle et de la féminité, la confrontation à une menace existentielle engendrait une immense détresse psychologique [5].

Ces résultats sont par conséquence en faveur d'une surveillance de l'état psychique des patientes traitées pour un cancer du sein.

Actuellement il est recommandé de rechercher systématiquement les symptômes de détresse psychologique, d'anxiété et de dépression, afin de prévenir une souffrance psychique à long terme [96].

Nous pouvons comprendre par la, que ces patientes ne mettent pas en place des processus d'adaptation pour pouvoir faire face à la maladie. Le cancer étant un stresseur particulier en commençant par l'annonce du diagnostic ou le patient se dit alors assommé, hébété, un véritable état de sidération correspondant à un vide émotionnel et à un sentiment d'effondrement ; le stress persiste à la phase de traitement avec tous les effets secondaires. Tout ceci exige alors un important travail d'adaptation [61], auquel s'ajoute le contexte béninois du mauvais sort jeté d'où recourt aux marabouts et tradi-praticiens.

L'adaptation vise à préserver l'intégrité physique et psychique, à récupérer les troubles irréversibles. Manuel et al [102] retrouvent que l'évitement initial chez les patients présentant une maladie cancéreuse est associée à une détresse psychologique moindre 4 à 6 semaines après le diagnostic. A l'opposée cette stratégie est identifiée par McCaul et al [103] dans une étude sur une population uniquement de patientes présentant un cancer du sein comme le facteur prédictif le plus significatif de la souffrance psychique et par extension de la qualité de vie durant la période du traitement.

Une autre stratégie d'ajustement à un rôle important sur le niveau de détresse émotionnelle : l'attribution causale. Il s'agit d'un processus qui consiste à rechercher des causes pouvant expliquer la survenue des évènements (Heider à l'anxiété-trait, à l'anxiété-état, aux préoccupations anxieuses et négativement à la satisfaction corporelle [106].

4.3.3 Les troubles de l'humeur

Pour l'évaluation de l'humeur actuelle, notre étude avait notifiée un trouble adaptatif à 100%, qui serait le double de celui trouvé par l'étude de Razzavi et coll qui a rapporté une fréquence à 51,6%. Selon l'étude de Payne et al [68] la prévalence du trouble de l'adaptation du cancer du sein au stade précoce est de 26% représentant le quart des résultats de notre étude; l'étude de Manzarena et al [68] retrouve une prévalence de 19% qui est plus inférieure que notre étude [68].

Notre étude note une fréquence d'anxiété de 11,88%. Cette proportion est inférieure à celle trouvée par Deegatis et Morrow en Suède qui ont rapporté une fréquence de 32%. Cela s'explique par le fait que leur population d'étude soit plus importante que la nôtre. L'étude de Michel Reich et al a rapporté une fréquence de dépression à 7,8% un peu moins inférieure que la nôtre. Par contre Razzavi et cool ont montré une proportion à 4,7% dans leur étude plus basse

que la nôtre. Le réseau Sud-européen de psycho-oncologie quant à lui constitué de l'Italie, de l'Espagne et du Portugal a mené une grande étude de prévalence des troubles psychopathologiques, 17% de patientes présentant des troubles anxieux et 9 à 14% des troubles dépressifs. Toutes ces différences s'expliquent par le fait qu'il y ait manque d'un counseling dans notre population d'étude lors de l'annonce du diagnostic d'un cancer du sein qui fait l'effet d'un coup que l'on porte au patient. C'est un véritable état de sidération qui correspond à un sentiment d'effondrement. Le temps est aboli, le patient n'arrive pas à y croire. Une fois passée le choc d'une des premières réactions exprimée est celle de la peur, la peur de mourir, car le cancer demeure dans la plus part des esprits, une maladie qui tue, ce qui est vraie d'ailleurs dans un cas sur quatre chez les femmes [Kayat 2003].

4.3.4 Prise en charge psychiatrique

En ce qui concerne la prise en charge psychiatrique, les résultats de notre étude nous interrogent sur le repérage et l'accès aux soins spécialisés des patientes présentant une souffrance psychique durant le traitement. Certaines patientes en souffrance psychique ont eu une consultation spécialisée et ont eu à consommer des psychotropes au cours du traitement carcinologique mais, il en reste encore un nombre important de patientes n'ayant pas consulté un psychiatre ou un psychologue et dont parmi elles ont eu à consommer des psychotropes prescrits par des médecins non spécialistes.

En effet :

- Le recours à un psychiatre ne s'est fait que chez deux patientes ayant présenté une souffrance psychique.
- La prescription des psychotropes faite par un médecin non spécialiste a été faite chez quatre patientes en souffrance psychique.
- Sept patientes ont présenté une détresse émotionnelle.

- Quarante-deux ont présenté une dépression majeure.

Ceci laisse à croire qu'aucune prise en charge psychiatrique systématique n'a été envisagée au préalable.

4.3. 5 La qualité de vie

Il existe une altération de la qualité de vie tant sur le module général (QLQ-C30) aussi bien que sur le module spécifique (QLQ-B23) et de même sur la qualité de vie globale.

4.3.5.1 Evaluation de la qualité de vie selon le module général (QLQ-C30)

L'évaluation de la qualité de vie sur le module générale montre une défaillance sur l'échelle fonctionnelle à savoir l'état physique, cognitif, émotionnel, les relations sociales ainsi que sur le domaine fonctionnel avec limitations des activités.

- **L'état cognitif**

Notre étude avait rapporté une difficulté cognitive importante à 80%. Cette proportion serait plus importante par apports à l'étude Hurria et al en Angleterre qui a rapporté une fréquence à 51% [115]. Il en est de même pour l'étude de Wefel et al qui avait noté une fréquence inférieure à 21% représentant le quart du résultat de notre étude. Cela est cohérant avec l'étude réalisée par Eustache et Morel [115]. Cette différence s'explique par le faite que la moitié de notre population d'étude aurait bénéficié d'une chimiothérapie car, il est rapporté que, la chimiothérapie réalisée chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, entraine les troubles cognitifs que ce soit chez les patientes âgées que chez les patientes jeunes.

- **Etat émotionnel**

Notre étude nous a rapporté une fréquence de 78,18% des patientes présentant un trouble de l'état émotionnel. Devant ces résultats nous pouvons dire que le diagnostic de cancer du sein est une terrible épreuve pour les femmes, confrontées peut être pour la première fois à la perspective de la mort. L'angoisse face au devenir et à l'incertitude provoque u bouleversement psychique [Poinsot, Brédart et al 2008]. Le stress engendré par ce diagnostic de cancer du sein peut perturber sérieusement la personne touchée et/ ou son partenaire et aggraver les conditions de vie des patientes [Griese-Davis, Hermason, et al, 2000].les femmes touchées par le cancer du sein présentent plus de symptômes dépressifs que leurs conjoints [Normand, Lasary et al, 2004]. Elles souffrent davantage de dépression que la moyenne générale de femmes [Massin et Popkin, 1998]. Les femmes qui souffrent de dépression ont d'avantage une image corporelle très négative, éprouve également des difficultés avec leur désir [Speer et Hilleberg, 2005]. Les troubles émotionnels proviennent de la confrontation à une maladie potentiellement mortelle, plus que l'atteinte de l'image du corps [Schover, 2004]. La mastectomie et la chimiothérapie sont souvent à l'origine de difficultés psychologiques [131]. La perte du sein affecte l'identité féminine et demande l'élaboration d'un travail de deuil, qui sera fait dans les mois qui suivent l'opération [Baize, Mounier et al, 2005]. Les difficultés sexuelles peuvent être également le signe d'une anxiété, d'une dépression post traitements [131].

- **Les relations sociales**

En ce qui concerne les relations sociales, notre étude montre que 72,73% ont rapporté des difficultés dans les relations sociales contre 27,27% qui n'ont rapporté aucune difficulté. Ce résultat est cohérant avec ceux retrouvés dans les études de Shim et al [103] ainsi que celle de Ramm et al 2003 [103].

Une revue de la littérature de Blanchard et al portant sur 29 articles parus entre 1987 et 1993 sur le rôle de l'isolement social dans l'adaptation au cancer conclu que les patients qui confient leurs peurs et leurs préoccupations à leur conjoint ou à des amis proches vont mieux émotionnellement [67]. Cette donnée est aussi retrouvée dans l'étude de Golberg et al (1995) et l'étude de Weissman et al (1976) [107]. Deux revues de la littérature, (Irwin et al, 1991) et National Health Service Executive Expert Advisory Group on Cancer ,1996) arrivent à la même conclusion [67]. L'existence d'un support social a été reconnue comme l'un des facteurs prédictifs fort d'une meilleure qualité de vie [121]. Le soutien social est associé à la santé physique et mentale.

En général la solitude est facteur de morbidité et de mortalité. La relation sociale est donc une relation intime permettant de se confier à un « autre significatif » qui est la forme de soutien la plus fonctionnelle [56]. Le soutien sociale assure un soutien émotionnel, consistant à exprimer à une personne les affects positifs que l'on ressent à son égard et qui apporte à celle-ci des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort. Elle assure un soutien d'estime consistant à rassurer une personne en ce qui concerne ces compétences et ses valeurs. De même il apporte un soutien informatif qui consiste à l'apport des conseils, des suggestions, l'apport des connaissances sur un problème et aussi des propositions. Aussi un soutien matériel est assuré impliquant une assistance effective comme un ou don d'argent ou de services rendus dans le domaine difficile.

Nous pouvons donc dire que les relations sociales permettent aux sujets voire les patientes en souffrance psychiques de se refaire sur le plan psychologique car il existe en ces relations une certaine disponibilité c'est à dire le faite de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptible de fournir une aide en cas de besoin. Il a été identifié que le faite d'être convaincu

que certaines personnes peuvent nous aider, atténue l'impact délétère d'un évènement stressant (Cohenet Wils, 1985) [24] ; il existe aussi une satisfaction qui est une ressource psychologique correspondant à la perception qu'à un individu de la qualité de ses relations interpersonnelles. Cela se démontre aussi sur l'échelle des symptômes physiques surtout avec la fréquence de l'asthénie et la douleur que les patientes ont présentées.

Aussi, la majorité des patientes ont présenté des difficultés financières à cause du cout élevé du traitement carcinologique.

- **Le domaine fonctionnel avec limitation des activités**

Dans notre étude, la majorité des patientes soit une fréquence de 87,27% avait rapporté une limitation des activités. En effet la mutilation entraine plusieurs dommages sur la vie quotidienne. Il peut subsister en des douleurs séquelles fonctionnelles dues au curage axillaire qui peuvent restreindre les activités physiques, loisirs ou tâches ménagères, avec un accent sur les habitudes vestimentaires [37].

- **Les symptômes physiques**
  - **Asthénie**

Notre étude a rapporté une fréquence importante à 83,64% des patientes présentant une asthénie. L'étude de Legrand réalisée en Angleterre montre une fréquence de 86% [119]. Ce résultat est supérieur par rapport au résultat de notre étude. Cette différence s'explique par le faite que leur population d'étude soit plus importante que la nôtre. Une étude a été menée à l'institut de cancérologie de Lucien Neuwirth chez 500 patientes irradiées en intervention chirurgicale pour un cancer du sein ; au total 86% des patientes traitées pour un cancer du sein ont ressenti de l'asthénie. Il est rapporté que les traitements carcinologiques

à savoir la chimiothérapie surtout à des doses très fortes ainsi que la radiothérapie sont source d'asthénie.

- **Douleurs**

Notre étude avait rapporté une fréquence importante de 81,81% des patientes présentant de fortes douleurs. Ce résultat est cohérant avec l'étude réalisée par Nehr [37]. Les douleurs que présentaient nos patientes étaient à différents niveaux à savoir : dans les suites opératoires, c'est-à-dire après la mastectomie et curage axillaire, avec une douleur au niveau de l'épaule, des douleurs mammaires, des céphalées importantes en post-chimiothérapie. La douleur concerne le corps physique et le psychique.

Donc de nos résultats nous pouvons dire que ces fortes douleurs sont dues soit au processus néoplasiques (métastases osseuses…) soit aux séquelles des traitements en post radiothérapie. La douleur et la souffrance morale peuvent être masquées par les plaintes somatiques et traduiront la détresse, l'anxiété, la dépression, l'atteinte narcissique, le deuil, regret d'une image perdue [89].

Un contrôle perçu élevé concernant l'évolution de la maladie est associé à un esprit combatif. De même, les patientes qui estiment que leur propre comportement, celui de médecin, et leur entourage peuvent influencer l'évolution de la maladie, ont recours à des stratégies de coping centré sur le problème et sur l'émotion. Ces patientes ayant un contrôle perçu fort présentent moins de douleurs, moins de détresse émotionnelle et moins des troubles anxio-dépressif que celles qui ont un faible contrôle perçu (Pruyn 1988, Taylor 1984, Thompson 1993 [56].

- **Nausées**

Au cours de notre étude on avait noté une fréquence de 67,27% des patientes présentant des nausées. Dans l'étude de Domine et al il avait noté que 75% des patientes avaient présenté des nausées [116]. Ce résultat est supérieur au résultat de notre étude. Cette différence s'explique par le faite que leur étude n'a concerné uniquement sur les patientes encours de chimiothérapie. Par contre notre étude a englobé tous les différents types de traitements carcinologiques. Mais il est vrai, qu'une chimiothérapie a comme effets secondaires: les nausées.

- **Anorexie**

Dans notre étude 70,71% des patientes avaient une anorexie. L'étude de Domine et al avait notifié que 46% des patientes avaient rapporté avoir une anorexie [116]. Ce résultat est inférieur par apport à la fréquence que rapporte notre étude. Cette différence s'explique par le faite que l'échantillon de notre étude soit supérieur par rapport à leur étude.

- **Evaluation à l'échelle visuelle analogique (EVA)**
  - **Qualité de vie globale**

    Elle a été moyenne pour la plus grande majorité des patientes traitées pour un cancer du sein. Notre étude avait montré que 41,82% des patientes notaient leur qualité de vie à 5/7 durant la semaine précédente de l'enquête. Dans l'étude de Gilles Damas et al 30% des patientes présentaient un score entre 3 et 5.
  - **Etat de santé globale**

    Dans notre étude, plus d'une patiente sur trois soit une fréquence de 36,36% cotait l'état de santé à 5/7 au cours de la semaine précédente de l'enquête.

4.3.5.2 Evaluation de la qualité de vie selon le module spécifique (QLQ-B23)

- **L'activité sexuelle**

Notre étude avait noté que plus de la moitié des patientes 67,27% n'avaient plus d'activité sexuelle. Fallowfield et al en Angleterre avait noté dans leur étude une fréquence de 24,3% inférieure à notre étude. Michel Reich dans son étude en France avait montré une fréquence de 9,80% représentant approximativement le tiers de celle trouvé dans notre étude [113]. Cette différence s'explique par le faite que notre population d'étude soit fortement atteinte d'une souffrance psychique. L'état dépressif lié au diagnostic et au traitement du cancer altèrent souvent la libido et la sexualité, en particulier si le cancer touche un organe sexuel, en générale fortement investi émotionnellement [84] [100]. L'impact du cancer du sein et de ses traitements sur la fonction sexuelle est une entreprise délicate qui se heurte souvent à des difficultés de communication entre la patiente et l'équipe soignante. Pour le cancer du sein, la mastectomie ou le traitement conservateur, tout comme la radiothérapie et la chimiothérapie peuvent avoir un impact sur l'image du corps, avec un retentissement sur la féminité, le pouvoir de séduction et la sexualité [132]. Les troubles psychopathologiques dès l'annonce du diagnostic, l'adaptation aux traitements, l'angoisse d'un retour de la maladie diminuent le désir chez la femme et mettent la sexualité au deuxième plan, derrière la lutte pour la vie [37]. De plus prendre les décisions médicales qui les concernent ne laisse plus suffisamment de place pour une vie sexuelle. Ganz et son équipe (1999) ont démontré qu'une bonne santé mentale est un bon critère pour déterminer les femmes qui sont moins à risque de difficultés sexuelles. Plus la détresse psychologique est grande, plus l'impact sur le fonctionnement sexuel sera important.

Le couple confronté au cancer du sein peut traverser des étapes déstabilisantes pour sa sexualité et les conséquences à venir vont dépendre des valeurs sur lesquelles il s'est construit et sa capacité à s'adapter. De nombreuses femmes se désintéressent des questions sexuelles [Mathelin et Annane, 2005]. Dès l'annonce du diagnostic et pendant les traitements : 24% des patientes se plaignent d'un manque d'intérêt sexuel et 17% se sentent incapables d'apprécier le sexe [131]. Les études récentes démontrent que les femmes en traitement d'un cancer du sein ne recherchent pas nécessairement les rapports sexuels, qu'elles ne voient pas comme épanouissant pour elles, à ce moment de leur histoire de maladie.

De nombreuses études démontrent que la satisfaction maritale, la relation avec le conjoint, vont affecter la manière de faire face au cancer pour la patiente et son conjoint. La sexualité risque d'être altérée en raison du changement relationnel qui intervient dans le couple dès l'annonce du diagnostic. Nous comprenons donc bien que les pertes réelles et/ou symboliques, de plus couplées à l'angoisse de mort réactivée par le cancer ne créent pas un climat propice à l'épanouissement sexuel [90].

- **L'image corporelle**

Dans notre étude nous avions noté une fréquence de dégradation de l'image corporelle à 49,09% ; ce qui est similaire à l'étude réalisée en grande Bretagne par Hopwodd et al [5] qui ont noté une fréquence à 49%. Par contre, elle est moins importante par apport à l'étude canadienne réalisée par Halford et Scott qui avait rapporté une fréquence à 61%. Cette différence s'explique par le faite que la population canadienne soit plus importante et plus jeune. Aussi nous pouvons dire que les seins font partir de l'identité féminine ; ils représentent la féminité, la sexualité, la beauté et la maternité. De près de la moitié des femmes aux prises d'un cancer du sein se heurtent à un problème

d'image corporelle, après une mastectomie qui s'avère une intervention chirurgicale salvatrice, mais qui modifie radicalement l'apparence et entraine par conséquent une diminution de sentiment de féminité, un sentiment qui apparait difficilement et évitable. Le cancer du sein et ses différents traitements peuvent avoir un impact sur l'image du corps avec un retentissement sur la féminité [92]. Il faut noter que l'ablation du sein met à mal le sentiment d'unité corporelle et amène obligatoirement à un sentiment de défiguration.
Stéphanie Honoré cite « le sein et le cancer sont antinomiques dans un sens premier ; l'un donne la vie et l'autre peut donner la mort ou tout au moins ses corollaires, la maladie, la peur, la souffrance » [36]. Cela reflète bel et bien la représentation que le sein et le cancer peuvent susciter.

La chirurgie mammaire étape incompressible de la prise en charge du cancer du sein est à l'origine de mutation modifiant le schéma corporel mais surtout l'image corporelle. Dans ce contexte nous allons développer les répercussions que peuvent produire ces modifications corporelles et les répercussions sur la sexualité. Les patientes après un traitement chirurgical de leur cancer du sein présentent fréquemment des comportements d'évitements tels que, ne plus se regarder dans un miroir et se déshabiller dans le noir. Ainsi, 9% des patientes rapportent éviter totalement de regarder leur cicatrice et 16% tente de le faire. Elles rapportent se sentir réduit sur le plan des choix vestimentaire et ne plus pouvoir regarder de façon neutre les images attractives des magazines ou leurs amies qu'elles peuvent jalouser [5]. Les sensations physiques de plaisir ne sont plus les même après une mastectomie et une reconstruction. On note une modification corporelle : bouleversement du schéma corporel après mastectomie. L'absence du sein rappel sans cesse l'emplacement de la maladie, la mutilation. Le regard extérieur se porte alors directement sur cette asymétrie et influence le regard de l'autre.

- **Les symptômes physiques**

Notre étude avait rapporté une fréquence d'alopécie à 83,64%. Ce résultat est supérieur à l'étude de Geneviève et al réalisée en France [116]. Pour les symptômes du bras notre étude avait noté une fréquence à 78,18%. L'étude de Ganz et Stanton en Suisse avait rapporté une fréquence de 56% ce qui est nettement inférieure à notre étude. Pour les symptômes du sein, dans notre étude une fréquence de 65,45% avait été rapportée et ce résultat est supérieur à celui de l'étude de Ganz et Stanton réalisée en Suisse qui avait noté une fréquence de 56%. Dans notre étude les effets systémiques ont été rapportés à 76,66%. La chimiothérapie renvoie à la perte de cheveux qui représente la marque visible de la maladie « cancéreuse » mais aussi à l'atteinte de tout le système pileux : cils, sourcils, pilosité pubienne et axillaire. L'alopécie remet en cause la féminité et le pouvoir de séduction, et constitue souvent un traumatisme narcissique difficile à assumer par les femmes et parfois aussi par les hommes. Certaines chimiothérapie irritent toutes les muqueuses du coprs et peuvent donc provoquer des mucites, voire des mycoses à l'origine des dyspareunies [89].

La majorité des patientes se font du souci sur leur santé dans l'avenir par, la peur de la mort et de la récidive du sein opposé. L'intervention chirurgicale mutilante d'une patiente renvoie symboliquement à la castration dans le réel. Elle le confronte à la maladie grave et représente une menace pour son intégrité narcissique. Elle véhicule diverses peurs telles que la crainte de la déchéance physique avec perte d'autonomie et de la dignité. Elle entraine la présence d'une souffrance tant physique que morale irréductible et une peur de l'abandon et de la mort. Les différentes problématiques sont à considérer chez les patients mutilés [89] :

- Problématique du deuil ; organe retiré et parfois non remplacé
- Problématique de la castration

- Problématique de la réparation
- Problématique de l'image du corps
- Problématique du regard de l'autre et de l'image renvoyée à autrui et à soi-même (image spéculaire)
- Problématique de l'objet à rejeter (mauvais objet responsable de tous les maux) ou à réinvestir

Le constat général fait est que, les différentes études retrouvées dans la littérature montrent bel et bien que la qualité de vie des patientes qui sont traitées pour un cancer du sein est altérée au cours du traitement carcinologique [67] [73] [121] [107] [119] [115].

4.3.6 Les facteurs prédictifs

4.3.6.1 Les facteurs prédictifs de la détresse psychique

Les facteurs prédictifs de la souffrance psychiques identifiés à la phase du traitement sont :

- Un traitement carcinologique court sans interruption
- La prise en charge psychiatrique

❖ **Le traitement carcinologique court sans interruption**

Dans notre étude nous avons retrouvé une corrélation statistiquement significative avec un traitement court sans interruption au cours de la phase du traitement carcinologique. A notre connaissance la durée du traitement comme facteur prédictif a peu été étudié et renvoie à la question de distinction de styles de coping face au stress aigue. Nous pouvons supposer que les patientes n'ont pas une meilleure capacité d'adaptation face au stress, et que l'esprit combatif ne serait pas adopté au cours du traitement. Plusieurs études ont évoqué le caractère stressant du début d'un traitement carcinologique [68] [69]. Donc pouvons-nous dire de nos résultats que le début d'un traitement carcinologique

est une période où les préoccupations anxieuses ou émotionnelle, l'impuissance, le désespoir sont, des processus mal appropriés par les patientes et qui accompagne un haut niveau de détresse. L'adaptation psychologique vise alors à préserver l'intégrité physique et psychique, à récupérer des troubles irréversibles. A chaque phase et stade de la maladie, les réactions psychologiques opèrent une intégration complexe de la mémoire des expériences passées, la perception des menaces futures et les ressources disponibles (état physique, personnalité, soutien social) [5].

Les réactions peuvent s'ajouter ou un échec, se traduisant par une détresse émotionnelle [Lipowski 1971, Lazarus 1982], [Razavi et al.].

- **La prise en charge psychiatrique**

Notre étude avait retrouvé deux patientes ayant un antécédent de suivi psychiatrique. Notre résultat est cohérant à l'étude réalisée par Burgess en Angleterre, montrant l'antécédent de suivi psychiatrique avec une fréquence de dépression à 36% plus supérieur dans notre étude et qui serait passé à la phase du traitement à 43% trois mois après. Nous avons voulu savoir si l'existence d'une dépression avant le traitement pouvait avoir une corrélation avec une dépression après le traitement du cancer du sein, c'est-à-dire si la dépression pré-thérapeutique constitue un facteur prédictif de la dépression post thérapeutique.

Ceci permet de comprendre que le suivi psychiatrique antérieur soit un facteur de risque de troubles anxieux ou dépressifs pour les patientes traitées d'un cancer du sein [111].

Plusieurs études ont confirmé que l'anxiété est le pessimiste pré-morbide, les antécédents de troubles dépressifs, de tentative de suicides ou de conduites addictives majorent grandement, le risque dépressif chez les patients cancéreux

Maunssel et al. [67] ; Weissman et al [1876] [107]. Selon la méta-analyse de Van't Spijker et al [110] sur les séquelles psychologique du cancer du sein tous cites confondus aucune corrélation n'est trouvée entre la souffrance psychique et les antécédents psychiatrique

4.3.6.2 Facteurs prédictifs de la qualité de vie

Nos résultats nous ont permis de mettre en évidence deux facteurs prédictifs à savoir:

- Troubles psychiques

- Trouble de l'humeur avec comme items (les effets secondaires du traitement systémique, les symptômes du sein et l'alopécie, le domaine fonctionnel, le fonctionnement émotionnel, l'asthénie)
- L'état émotionnel avec comme item (insomnie)

- La prise d'un tranquillisant

❖ **Troubles psychiques**

o **Trouble de l'humeur**

Dans notre étude, nous avons retrouvé une corrélation statistiquement significative entre l'humeur et la qualité de vie. Une fréquence de trouble de l'humeur à 22,71% avait été retrouvée dans notre étude. Selon l'étude de Manzarena et al en Portugal [68], les troubles de l'humeur sont nettement plus fréquents, lorsqu'il existe un traitement chimiothérapique : 19,4% des patientes suivies en radiothérapie présentent des troubles de l'humeur contre 55,6% pour le groupe chimiothérapie suivie ou non en radiothérapie pour un total de 75% de fréquence de trouble de l'humeur avec une différence significative (p=0,01). Cette fréquence est supérieure par rapport à celle retrouvée dans notre étude du faite que leur population d'étude soit plus importante que la nôtre. Il en est de même pour l'étude de Gilles Damas réalisée en France ou la fréquence

retrouvée était de 30% plus supérieur à notre étude. Pour les items associés, la fréquence dans notre étude d'alopécie était de 83,64%, ce qui est plus supérieure à l'étude réalisée par Geneviève et al en France [116].

Pour l'asthénie, notre étude avait retrouvé une fréquence de 83,64% inférieure à celle retrouvé par l'étude de Legrand en Angleterre ou la fréquence était estimée à 86%.

Pour les symptômes du bras notre étude avait retrouvé une fréquence de 78,18% supérieure à 56% pour l'étude de Ganz et Stanton réalisée en Suisse.

Pour les symptômes du sein notre étude a rapporté une fréquence supérieure à 65,45% contre celle de l'étude suisse à 56%.

Une asthénie est fréquemment rapportée en cours de radiothérapie. L'étude réalisée à l'institut de cancérologie de Lucien Neuwirth chez les patientes irradiées en intervention chirurgicale pour un cancer du sein : pour 500 patientes inclus, un total de 86% des patientes traitées pour un cancer du sein ont ressenti l'asthénie [119]. Cependant ils ont été statistiquement significatifs à la qualité de vie. Cette différence s'explique par le faite que, le diagnostic en Afrique, est le plus souvent posé tardivement dans un stade avancé de la pathologie, ce qui oblige le personnel de santé à utiliser des doses fortes de chimiothérapie au cours du traitement et qui par conséquent engendre de façon exagérer des symptômes dans l'organisme.

Un critère plus spécifique concernant la chimiothérapie a été identifié par l'équipe de Van Dam et al [95] : les doses fortes de chimiothérapie.

En effet selon cette étude, un niveau de dépression plus élevée chez les patientes atteintes d'un cancer du sein (stade I) recevant une chimiothérapie à forte dose différait de façon systématiquement significative, du niveau observé dans le groupe des femmes témoins. L'étude de Grassi et al. (1996), [107] a

ainsi établi une corrélation linéaire entre la dépression et le mauvais niveau de qualité de vie dans le cancer du sein.

Cette donnée est confirmée par l'étude de Shim et al. [128] qui identifie la dépression comme un facteur déterminant fort de la qualité de vie. Selon Wells et al. (1989), [107], la dépression augmente les durées d'hospitalisation et majore l'invalidité sociale et professionnelle. Shimozuma et al [127] ont retrouvé comme facteur prédictif de la qualité de vie la présence de troubles de l'humeur un mois après l'intervention chirurgicale. Ce qui signifie que les patientes ont une mauvaise adaptation psychologique, et ne mettent pas en place des stratégies de coping pour une bonne adaptation psychologique face au cancer du sein. L'asthénie est l'un des facteurs qui dégrade de façon significative la qualité de vie.

- **L'état émotionnel**

Les résultats de notre étude retrouvent une corrélation statistiquement significative entre la qualité de vie et l'état émotionnel. Ces résultats nous renvoient vers le rôle des croyances dans l'adaptation au cancer du sein. En effet, ces patientes emploient des stratégies centrées sur les conséquences émotionnelles de la maladie comme l'impuissance, le désespoir, les préoccupations émotionnelles ou anxieuses [103,104]. Une étude réalisée par Cousson-Guélie et Bussière a noté de même que les patientes qui pensent que leur état de santé dépend du hasard adoptent plutôt une stratégie d'impuissance/désespoir qui elle-même prédit une détresse élevée et une qualité de vie médiocre [129]. Le coping peut moduler l'émotion de différentes façons :

Une première possibilité d'action, consiste à modifier l'attention soit en la détournant de la source du stress (stratégie d'évitement), soit en dirigeant l'attention vers elle (stratégie vigilante). Le coping d'évitémént est l'un les plus

utilisé. Il peut s'agir d'activité de substitution comportementales ou cognitives (activités sportives, jeux, relaxation, loisirs) destinés à liquider l'attention émotionnelle et aider ainsi l'individu à se sentir mieux ; ce type de stratégie peut être efficace quand il est associé à des stratégies de confrontation avec l'évènement stressant, temporaire et s'avère peut efficace si la situation persiste. En effet de nombreux recherches montrent qu'il est alors associé à des symptômes d'anxiété et de dépression couplés avec des troubles psychosomatiques [Coyne, Adwin et Lazarus, 1991 ; Folkman et Lazarus, 1986].

Une seconde possibilité d'action consiste à altérer la signification subjective de l'évènement en ayant recours à des activités cognitives apparentés ou déni tel que : la prise de distance par la distraction (penser à quelque chose de désagréable) l'exagération des aspects positifs d'une situation (depuis que j'ai ce problème tout va mieux dans ma vie). L'humour, la sous-estimation des aspects négatifs de la situation et la réévaluation positive (je vais combattre de toutes mes forces ce problème). Ces stratégies génératrice d'émotion positives sont revalues efficaces, pour abaisser la tension émotionnelle [55,60]. La confrontation avec une possibilité de traitement à vie, constitue un élément préparatoire dans la réaction dépressive. Une tumorectomie est moins mutilante et les risque de dépression ou autre séquelles psychiatriques sont diminuées. Ces caractéristiques ont été mises en évidence dans l'étude de Heeringen (1989) portant sur 102 sujets. Il est certain que la mastectomie est associée à une morbidité psychologique et psychiatrique.

D'ailleurs la dépression est la réaction psychologique la plus fréquente face au cancer. L'anxiété est aussi très grande et est accompagnée généralement du déni. Toute fois une utilisation immédiate d'une implantation ou d'une reconstruction du sein, contribue à réduire cette morbidité psychiatrique.

- **La prise des tranquillisants**

La corrélation statistiquement significative entre la qualité de vie et la prise des tranquillisants renvoie à l'idée d'un suivi psychiatrique antérieur qui pourrait agir de façon indirecte sur la qualité de vie. La coexistence de troubles psychiques constitue un facteur de risque de mauvais pronostic de l'épisode dépressif. Elle va favoriser une certaine résistance au traitement médicamenteux en majorant l'intensité du tableau dépressif, fragilise le patient entrave d'avantage la réadaptation sociale et altère la qualité de vie [130].

Les deux facteurs de notre étude (trouble de l'humeur, état émotionnel) ont un impact sur certains items de la qualité de vie et du coup ils altèrent la qualité de vie globale (fonctionnement physique, émotionnel, cognitif, social, domaine fonctionnel). Les critères des questionnaires dégradés par des facteurs psychiques correspondent aux critères diagnostiques de la dépression du DSM-V [10]. Ce qui rend nos résultats cohérents. Le syndrome dépressif, par les troubles qu'il engendre, est responsable d'une importante dégradation de la qualité de vie.

De plus dans notre étude les résultats nous montrent une corrélation statistiquement significative entre la qualité de vie et l'asthénie ainsi que la qualité de vie et l'insomnie. Tout ceci nous laisse croire qu'il existe bel et bien une intensité élevée d'un trouble psychique qui serait à l'origine de la majoration de ces symptômes.

Etant donné que ces symptômes font partir des critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur, nous pouvons déduire que l'existence d'un trouble de l'humeur constitue un impact sur l'asthénie et l'insomnie.

Nous ne saurons finir l'analyse de nos résultats sans pour autant revenir sur les résultats de la souffrance psychique en fonction du parcours des soins psychiatriques qui notaient :

- Seulement 2 patientes qui auraient eu recours à une consultation spécialisée.
- 4 patientes avaient eu à prendre des psychotropes prescrits par des médecins non spécialistes.
- 7 patientes en détresse émotionnelle
- 42 patientes en détresse majeure

Tout ceci laisse à croire que, le manque de repérage et d'indication d'une prise en charge spécialisée peut contribuer à l'élévation de la prévalence de la souffrance psychique, et par la suite une altération de la qualité de vie de ces patientes. Cette prise en charge va permettre de rétablir l'harmonie du sujet et aussi d'améliorer les capacités individuelles d'adaptation.

4.3.7 Les comorbidités

Au cours de notre étude plus de la moitié des patientes [47,27%] avait un score de comorbidité supérieur à 5 avec un risque de mortalité de 85% à 1an. 38,18% des patientes avaient un score de comorbidité entre 1 et 2 avec un risque de mortalité de 26% à 1an. Il a été de même rapporté dans notre étude une fréquence de 14,55% des patientes ayant un score de comorbidité compris entre 3 et 4 avec un risque de mortalité de 52% à 1an.

CONCLUSION

Le cancer du sein est le cancer le plus meurtrier chez la femme. En association de ses traitements carcinologiques elle entraine, un retentissement sur le bien- être et des perturbations profondes tant sur le psychisme, que sur la qualité de vie. Au cours de la période allant du 15 Juillet au 20 Octobre 2020 nous nous sommes intéressés aux facteurs prédictifs de la souffrance psychique et de la qualité de vie des patientes qui sont traitées pour un cancer du sein dans l'unité de chimiothérapie de la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CNHU-HKM.

Il ressort de cette étude que la prévalence de la souffrance psychique est élevée, avec comme facteurs prédictifs la durée courte du traitement carcinologique ainsi que l'antécédent de prise en charge psychiatrique.

Concernant les facteurs prédictifs de la qualité de vie, notre étude a identifié un trouble de l'humeur, l'état émotionnel ainsi que la prise d'un tranquillisant.

Ces facteurs participent dans le repérage des patientes à risque de souffrance psychique.

Grâce aux résultats de notre étude, nous avons montré la pertinence d'une prise en charge psycho-oncologique à long terme, tout particulièrement des patientes les plus vulnérables sur le plan psychique à la phase de rémission. Ces résultats demandent à être confirmés par des études prospectives de l'état émotionnel à la phase de rémission d'un cancer du sein avec évaluation des événements de vie non liés au cancer du sein, encore insuffisamment étudiés. D'autres études seraient également intéressantes pour déterminer les différentes stratégies d'ajustement utilisées par ces patientes ainsi que l'évaluation de leur personnalité. En effet, l'identification des stratégies de coping inadaptées

aiderait dans la prise en charge psycho-oncologique afin d'améliorer les capacités individuelles d'adaptation.

SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

❖ **A l'endroit des autorités politiques et sanitaires**

- Organiser des compagnes de sensibilisation et de dépistage précoce sur le cancer du sein ainsi que le retentissement qu'il induit sur le psychisme et la qualité de vie de la femme.
- Organiser des formations professionnelles continues à l'endroit du personnel de santé non spécialiste sur la psychiatrie.
- Aider les femmes dans la prise en charge médicale (rendre accessible la thérapeutique des femmes atteintes du cancer du sein)
- Créer des groupes de soutien dans le but de permettre aux femmes de partager leur expérience.
- Renforcer la capacité des structures hospitalières en matériel de radiothérapie, de prise en charge chirurgicale
- Intégrer le soutien psychologique au Benin

❖ **A l'endroit du personnel de santé**

- Intégrer les consultations psychiatriques des patientes dès la suspicion du cancer du sein.
- Adresser sans attendre les patientes atteintes du cancer du sein les plus vulnérables aux psychiatres.
- Intégrer à la meilleure technologie médicale, la prise en charge des conséquences physiques, psychologiques et sociales.

❖ **A l'endroit de la population**

- Favoriser la solidarité familiale
- Consulter un psychiatre pour permettre de verbaliser et de desserrer l'étau des angoisses.
- Opter pour une vie active en pratiquant une activité physique régulière adaptée aux aptitudes physiques de chacune.
- Rester en contact permanent avec votre médecin traitant pour tout problème de santé.
- Consulter devant toutes anomalies au niveau du sein

❖ **Au niveau de la faculté**

Mener des études à long terme afin d'étudier l'évolution psychique et la qualité de vie chez ces patientes.

REFERENCES

1. **Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser M, Mathers C, Rebelo M et al**. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer 2015 ; 136(5):359-86.

2. **Gautier G, Guyadier-Peyrou S, Zoé U, Groclaude P, Colona M, Dantony E.** Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Vol. 1 France: Réseau francim; 2019.

3. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siege RL, Torre L A, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. Cancer J Clin 2018; 68(6): 394–424.

4. **Ahmad S, Alfaar MBB, Kamal S, Greene WL, Quintana Y, Ribeiro RC, et al.** Internationnal Telepharmacy Education : Another venue to Improuve care in the Developing word. Telemed e Health 2012;18(6):1-5.

5. **Razavi D, Delveaux N.** Psyco oncologie, le cancer, le malade et sa famille. 2e éd. Paris : Elsevier Masson;2002.

6. **Kamina P**. Anatomie clinique. 3e éd.Paris:Maloine ; 2009.

7. **Sandos Z, Fovogue J T, Fovrlifack, Foundjo J H, Mboundou, Esane JLO.** Profil des cancers gynécologiques et mammaire à Yaoundé. Pan Afr Med 2014;2(14): 17-28.

8. **Institut National du Cancer**. Qu'est-ce qu'un cancer ? [En ligne]. 2008 [Cité le 22 Novembre2019] Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/

9. **Institut National du Cancer du Sein**. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer du sein. [En

ligne] 2010. [Cité le 15 Novembre 2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_lap_ksein_vd.pdf

10. **Walker D L, Rosenhan MS, Seligman,E. F**. Abnormal Psychology 4th ed. New York:Norton & Company;2000.
11. **Jimmy C.** History of psycho-oncology :Overcoming Attitudinal and conceptual barriers. Psychosom Med 2002;64:206 –21.
12. **Guex P**. Psychologie et Cancer : Manuel de psycho-oncologie. Lausanne: Librairie Payot Lausanne; 1989. 173 p.
13. **Patrick DL, Erickson P**. Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation. Ney York : Oxford University;1993.p.478.
14. **Feldman-Stewart D, Brundage MD**. A conceptual framework for patient-provider communication: a tool in the PRO research tool box. Qual Life Res 2009;18(1):109-14.
15. **Cella D.** Quality of Life. In Holland J, editor, Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press. 1998. p. 1135-46.
16. **Stanton AL**. Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. J clin Oncol 2006;24(32):5132-7.
17. **Spielberger CD, Bruchon-Schweitzer M, Paulhan I.** Inventaire d'anxiété État-Trait: Forme Y. Paris: ECPA;1993.
18. **Cousson-Guelie F.** Le processus du coping et l'application de l'ajustement du cancer du sein : approche en psychologie de la santé et habilitation à diriger des recherches. Université Victor Segalen Bordeaux UFR des sciences de l'homme, laboratoire de psychologie 2006.p.36-62

19. **Stanton AL, Ganz PA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Krupnick JL, Sears SR.** Promoting adjustment after treatment for cancer. J American Cancer Society 2005; 104(11):2608-13.
20. **Dolbeault S, Dauchy S, Brédart A, Guex P**. La psycho-oncologie. 2e éd. John Libbey Eurotext; 2007.p.257.
21. **Ganz PA, Kwan L, Stanton A L, Krupnick T R**. Quality of life at the end primary treatment of breast cancer: first results from the mothing beyond cancer randomized trial. J cancer Inst 2004 ; 5 (3) : 376-87.
22. **Wise TN.** Update on consultation-liaison psychiatry (psychosomatic medicine). Curr Opin Psy 2008;21(2):196-200.
23. **Ronson A**. Adjustment disorders in oncology: a conceptual framework to be refined. Encephale 2005;31(2):118-26.
24. **Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E**. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. Br J Psychiatry J Ment Sci 1990;156(3):79-83.
25. **Pinder KL, Ramirez AJ, Black ME, Richards MA, Gregor RY, Rubens RD.** Psychiatry disorders in patient with advanced breast cancer: Prevalence and associated factors. Eur J cancer 1999;29(4):524-7.
26. **Lazarus R, Folkman S.** Stress appraisal and coping springer 1984 ; 656 pp
27. **Cayrou S**. Les facteurs asssociés à l'ajustement mental des malades du cancer. Un exemple de l'utilisation de la MAC in : la vie deux ans après le diagnostic du cancer, la documentation francaise, DRESS-INSERM, Collection Etudes et Statistiques, 2008
28. **Gotay CC, Kawamoto CT, Bottomlem A, Efficace F**. The prognostic Significance of patient-reported out comes in cancer clinical trial. J Clin oncol 2010;26(8) :1355-63.

29. **Feldman-Stewart, Scheneidrman N**. Psychosocial and beavioral interventions for medical conditions. Curr opin Psy 2007;20(4):152-7.
30. **Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Bower JE, Blin TR.** Physical and psychosocial recovery in the year after primary treatment of breast cancer. J clin oncol 2011;29(9):203-15.
31. **Cella D, Holland J.** Quality of life in psycho-oncologie oxford. University press. 2000 ; p 1135-1143.
32. **Lepore SG, Coyne JC**. Psychological interventions for distress in cancer patient. behav Med 2006;32(2):310-8.
33. **Ganz PA, Hahnn EE**. Implemeting the survivors care plan a strategy of improving quality of care of cancer survivors. 2e ed. oxford: oxford University press;p. 562-80.
34. **Stanton AL**. What happens now ? Psychosocial care for cancer survivors after medical treatment completion. J clin oncol 2012 ; 30(11) :1-17.
35. **Demark-wahnefried W**. Changing health behaviors after treatment. Section survivorship Han book of psycho oncology. 2ed. oxford University;2010. p.551-6.
36. **Honoré C**. Cancer du sein : le sein et ses représentations. Paris seuil. 2005 ;
37. **Nehr T**. Vaincre le cancer du sein. Mon combat de femme Toulouse privat, 2006, 148p
38. **Pascal A F, Valentine C**. Cancer du sein : répercussions psychologiques de l'image corporelle 3ème Edition. Paris : Masson. 2006 ; 606pp
39. **Grassi A, Travado L**. the role of psychosocial oncology in cancer care in: responding to the challenge of cancer in Europe. Depressed patients and treatment adherence. Lancet 2006. p.2041-3.
40. **Michel AJ**. Depressed patients and treatment adherence. 24 Jun 2006 ; p.2041-2043

41. **Carlson LE, Bultz BD.** Efficacy and medical cost offset of Psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. Psycho oncol 2004;13(12) :837-49.
42. **Ferrari S, Galeazi GM, Mackinnon A, Rigatelli M**. Frequent attenders in primary care, impact of medical psychiatic and psychosomatic diagnoses. Psyco Oncol2008 ; 5(7):306-14.
43. **Ashbury FD, Findlay H, Reynolds B, Mickerracher KA**. canadian survery of cancer patients experiences : are their needs being met ? sym manage 1997;16(5):2998-3306.
44. **Ganz PA, Schag AC, Lee JJ, Polinky ML, Tann SJ**. Breast canservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological or quality of life in the year after surgery. Cancer 1992;69(12) :1729-39.
45. **Auquier P**. La qualité de vie liée à la santé. Haut comité de la santé publique. Actualité et dossier en santé publique.1997 ; p.17
46. **Deirnz EC, Westlake SK.** The effect of a psycho educationnal, care provited to addlut with cancer: mata-analysis of 116 studies. oncol Nurs 1995 ; 9(4) :1369-81.
47. **Véronique Houguet.** Importance d'un soutien psychologique adapté. Journal du psychologue. 2012 ; p. 38
48. **Maryse Hecquet.** Role d'une intervention psychologique dans le cancer du sein. Journal du psychologue. 2018 ; N°18 ; p. 62-66
49. **Baider L, Andritsch E, Uzie B**. Effects of age on coping and psychological distress in woman diagnosed with breast cancer : Rev oncol Hem 2003;46(14):5-16.
50. **Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Aguida B, Hounkpatin L, Lokossou A, De Souza J, et al.** Épidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL) et à

la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) de Cotonou, Bénin. Bull Cancer 2013; 100:141-6.

51. **Hill C, Doton F**. la fréquence des cancers en France ; quoi de neuf depuis l'année passée. Bull cancer 2004 ; 91(12) :9-14.
52. **Burstein HJ, Gelber S, Guadagnoli E, Weeks JC.** Use of alternative medecine by women with early-stage breast cancer. Bull cancer 1999;340(22): 1733-9.
53. **Northouse LL, Mod D, Kershaw T, Schanfenacker A.** Mellon with recurrent reast cancer and their familly members. J clin oncol 2002;20 (12):4050-64.
54. **Guastalla JP, Confaveux C, Saba C, Rustam F, Brantus JF, Bachelot T.** Carnet de psychologue.net : l'hormonothérapie adjuvante chez la femme avant la ménopause. Oncol 2006;8(4):731-41.
55. **Graziani P, Hautekète M, Rusunek S, Servant D.** Stress, anxiété et trouble de l'adaptation. 2e éd. Paris : Elsevier Masson ; 2001.
56. **Bruchon-Schweitzer M**. Psychologie de la santé. Lancet 2014. p.277-371.
57. **Bruchon-Schweitzer M, Emilie Boujut**. Psychologie de la santé. 2014; 64(2) pp 277-371.
58. **Bruchon-Schweitzer M, Dantzer R**. Introduction à la psychologie de la santé. PUF 2003 ; 450pp
59. **Watson M, Pruyn J, Greer S, Van Den B**. Locus of control and ajustment to cancer. Psychol Rep 1990;66(2) pp 39-48.
60. **Isabelle Paulhan.** Le concept de coping. Année de la psychologie.1992 ; 92(1) pp 545-557

61. **Calvo E, Bungener C, Bioy A.** Une problématique de la rémission, réflexion au tour de la maladie cancéreuse chez l'adulte. Psycho oncol 2005 ; 22(2) :74-9.

62. **Marx E**. Real gynecol obstetric 2009 ; 139(1) pp 1-4.

63. **Poromna P.** Retentissement psychologique de la mastectomie sur la sexualité de la femme et du couple. [Dissertation doctorale en vue de l'obtention du grade de Docteur]. Université d'Abomey-Calavi. Sciences de l'Homme et de la Société.Psychopathologie et Psychologie Clinique ; 2019. 361pp

64. **Derzelle M**. Fatigue et métamorphose de l'image du corps chez les patients atteints de cancer entre replis du corps et nécessaire travail de la dépression. Oncol 2007;1(1):13-8.

65. **Ronson A**. le trouble de l'adaptation en oncologie : un cadre conceptuel à préciser. L'encéphale 2005 ; 6(1) :53-9.

66. **Lépine JP**. L'évaluation de l'anxiété et la dépression chez les patients hospitalisés dans un service de médecine interne. Oncol 1985 ; 143(3) :175-89.

67. **Reich M**. Cancer et image du corps: identité, représentation et symbolique dans l'information psychiatrique 2008 ; 85(3) pp 247-254

68. **Servant D, Boulenger JP.** Trouble de l'adaptation avec anxiété caractéristiques cliniques et psychométriques chez des patients consultants en médecine générale. Encéphal 2013 ; 15(39) :347-51.

69. **Nordmann D.** La détresse des patients atteint de cancer : prévalence, facteurs prédictifs et modalités de repérage et de prise en charge. Bull Cancer 2009 ; 5(4) :41-2.

70. **Manzanera C, Lafay N, Papet N, Senon JL.** Cancer dépression et anxiété. Ann med-psychol 2003 ; 12(1) :140-1.

71. **Arnaud H, Michel R, Dany H**. L'évaluation de ladétresse psychologique en soins palliatif. Info Kara 2003 ; 18(1) pp5-10.

72. **Benoite M, Gilles D, Allexis V.** Bulletin du cancer ; 2005 ; 102(2) pp 845-853

73. **Burgess C, Cornelius V, Graham J, Richard M, Ramirer A.** Depression and anxiety in woman with early breast cancer. Pharm Oncol 2005 ; 25(70) :330-42.

74. **Beaufils B**. La qualité de vie: analyse bibliographique GRIFS. Université Paris 2004 ; 13(1) pp 25-45

75. **Mauricourt D.** La qualité de vie en fin de vie : accompagnement, mort et deuil 1999 ; 180pp

76. **Mc Cartney L.** Quality of life in patient with gynecology cancer. cancer 1987 ; 15(4) :220-6.

77. **Rodary C, Leplège A, Hill C**. Evaluation de la qualité de vie dans la recherche clinique en cancerologie. Bull cancer 1998 ; 85(2) :140-8.

78. **Berzon RA, Donnelly MA, Simpson RL, Simeon GP.** Quality of life of young breast cancer survivors. Psycho oncol 2004;13(5): 147-60.

79. **Brady MJ, Cella DF, Bonomi AE**. reability and validity of the fonctional asessment of cancer therapy-breast (FACT-B) quality of life instrument J clin oncol 1997 ; 15(6): 974-86.

80. **Cella et al.** Reability and validity of the fonctional asessment of cancer therapy-breast (FACT-B) quality of life instrument J clin oncol 1997

81. **Aaronson NK**. The European Oganization for Research of treatment of cancer Specific quality of life questionnaire module: first results from a three-contry field. J clin oncol 1993 ; 85(9):365-76.

82. **Bruchon-Schweitzer M**. Une psychologie du corps PUF 1990

83. **Henrri W, Liliane l**. Espace postural et espace environnant (schéma corporel). 1962 in enfance, Tome3.p.1-33.

84. **Schover LR**. The impact of breast cancer on sexuality body, image and intimate relationships. J clin 1991 ; 41(12) :112-20.

85. **Wittling M**. Orthogenèse du schéma corporel chez l'Homme. Psychol 1968; 68(1):185-208.

86. **Dolto F**. L'image inconsciente du corps, Paris : le seuil 1984

87. **Ganz PA, Coscarelli A, Fred C, Kohn B, Polinsky Ml, Peterson L.** Breast cancer res treat 1996, 38(3) : 183-99.

88. **Vigouroux-Lerbet B**. Prise en charge de l'impact de l'annonce d'un cancer du sein dans la vie d'une femme. Mémoire de maitrise de psychologie 2005; 102 pp

89. **ANAES (2000).** Recommandations pour la pratique clinique - Suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastasée.

90. **Sedda, Reich M, Ait-Kaci F, et al.** Cancer de la femme et sexualité : une communication difficile autour d'une problématique complexe. Psycho oncologie 2007. 1 ; pp 215-221

91. **.Ganz P.A, Desmond K.A, Belin T.R, Rowland J.H**. Predictor of sexual health in woman after breast cancer diagnosis. Journal of clinical oncology, 1999 ; 17(8) : 2371-2380.

92. **Hannoun-Levi JM**. Traitement du cancer du sein : impact physiologique et psycologique sur la fonction sexuelle. Cancer et radiothérapie 2005;9(3): 175-82.

93. **André G**. Etude de la qualité de vie de la femme tumorectomisée: atteinte de cancer du sein et de la relation de couple. Mars 1995 ; pp1

Montastruc JL, Bagheri H, Lacroix I, Olivier P, Durrieu G, Damase Michel C. Nouvelles méthodes d'étude du risque médicamenteux : l'expérience du centre Midi- Pyrénées de pharmacovigilance. Bull Acad Natl Med 2005; 189(3):493-505.

94. **Schover L**. Partial mastectomy and breast reconstruction: a comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image and sexuality. Cancer 1995 ; 75(2) : 54-64.
95. **Van Dam FS**. Impairment of cognitive function in women receiving adjuvant treatment for high-risk breast cancer: high-dose versus standard-dose chemotherapy. J Natl Cancer Inst 1998; 90-11): 210-8.
96. **ANAES 2008.** Recommandations pour la pratique clinique - Suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein
97. **Shrestha S, Shakya R.** Adverse Drug Reaction due to Cancer Chemotherapy and its Financial Burden in Different Hospitals of Nepal. Int J Pharm 2017; 2(1):1-7.
98. **Razavi D, Farvacques C, Delvaux N, Beffort T, Paesmans M, Leclercq G et al.** Psychosocial correlates of oestrogen and progesterone receptors in breast cancer. Lancet. 1990;335(33):931-3.
99. **Tjemsland L, Soreide JA, Malt UF.** Psychosocial factors in women with operable breast cancer. An association to estrogen receptor status? J Psychosom Res 1995;39(2):875-81
100. **International Conference on Harmonisation (ICH).** Pharmacovigilance Planning (E2E) : mise en oeuvre en Suisse. [En ligne]. Disponible : http://www.ich.org/LOB/media/MEDIA1195.pdf.
101. **Bruchon-schweitzer M, Dantzer R**. Introduction à la psychologie de la santé PUF 2003

102. **Manuel G M, Roth S, Brantlev B.A**. Coping with cancer ; J human stress 1987 ; 13(2) : 149-58

103. **Mc Call KD, Sandren AK, King B, Bransteller A, Foreman G**. Coping and adjustment to breast cancer. Psycho Oncol 1999; 8(2):230-6

104. **Jadoulle V, Rokbari L, Ogez D, Mccioni J, lories G, Bruchon SM, et al.** coping and adapting to breast cancer : a six month prospective study. Bull cancer 200; 8(93): 67-72.

105. **Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE**. Patterns of coping with cancer health psychol 1992. 11(2) :79-87

106. **Cousson-Gélie F, Bruchon-Schweitzer M, Dilhuydy JM, Irachabal S, Lakdja F.** Impact du contrôle perçu, de l'attribution causale interne et du contrôle religieux sur la qualité de vie et l'évolution de la maladie de patientes atteintes d'un premier cancer du sein. Psycho Oncol 2005; 4(100): 288-91.

107. **Nezelof S, Vandel P**. Cancer et dépressions : aspects épidémiologiques. L'encéphale 1998 pp 59-65

108. **Schover L**. Partial mastectomy and breast reconstruction : a comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image and sexuality. Cancer 1995 ; 75(2) : 54-64.

109. **Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C.** Depression, quality of life and breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2007 ; 15(5):204-14.

110. **Vant Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ**. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. Psychosom Med. 1997 ; 59(3):280-93

111. **Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A**. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. BMJ. 2005; 330: 702-5

112. **Razavi D.** Screening for adjustment disorders and major depressive : cancer in patients. Brit J Psychiatry. 1990 ; 156(2): 79-83.
113. **Dupond A, Antoine P, Reich M, Caroline B.** Qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein : impact de la chirurgie et de l'hormonothérapie. Psycho-oncologie 2007;1(3) : 174-178.
114. **Poinsot R, Brédart A, This P, Rochefordière A, Dolbeault S.** Impact sur la qualité de vie et la sexaulité du traitement hormonal chez les patientes du cancer du sein. Psycho Oncol. 2005 ; 4(1) :161-9.
115. **Lange M, Giffard B, Eustache F, Morel N, Noal S, Joly F**. Psycho oncologie : impact de la chimio adjuvante sur les fonctions cognitives dans le cancer du sein. Revue de la littérature 2011 ; 5(1) : 3-10.
116. **Domine G, Geneviève M, Marie-Laure Bouscary, Patrice Vien, Moatti JP**. chimiothérapie par mitoxantrone, cyclophosphamide et 5 fluoro uracile des cancers du sein : Vécu thérapeutique. Bulettin du cancer Mars 1997 vol 84(3) pp240-6
117. **Pierre-Yves B**. Identification du ganglion sentinelle axillaire par méthode isotopique pour le cancer du sein localisé 1998 ; vol1 123pp
118. **Marc B A, Hanah L, Toledano A**. Impact de la radiothérapie sur le cancer du sein 2005 ; 399pp
119. **Guillaume E, Daguenet E, Lahmansi C, Ben M, Legrand J**. Impact de la radiothérapie sur le cancer du sein : Facteurs de risque de l'asthénie au cours de la radiothérapie 2020; 24(1) :15-20.
120. **Tomich PL, Helgesin VS**. Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. Psyco oncology. 2002; 11(2): 154- 69.
121. **Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Rowland JH.** Predictor of sexual health in woman after breast cancer diagnosi. Clinical Oncol 1999;17(1):2371-80.

122. **Fabienne L, Aumont M**. La qualité de vie dans le cancer du sein Mai 2003 225pp.
123. **Brunault P, Toledano A, Aguerre C, Suzane P.** Impact des complications tardives de la radiothérapie, de la dépression et de l'anxiété sur la qualité de vie dans le cancer du sein. J Natl Cancer Inst 2012; 6(2):39-49
124. **Rhondali W**. La lettre du cancérologue, la dépression : impact chez les patients atteints du cancer. Bull cancer 2010 ; 19(8) :450-4.
125. **Bénédicte R**. Couple et sexualité : l'expérience de la sexualité. p.7-20
126. **Eichembaum-Volines S, Malavolti L, Paraponaris A, Ventelou B**. Cancer et activité professionnelle. Revue de l'OFCE 2008. N°104, pp 105-134
127. **Shimozuma K, Ganz PA, Petersen L, Hirji K.** Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. Breast Cancer Res Treat 1999;56(5):45-47
128. **Shim EJ, Mehnert A, Koyama A, Cho SJ, Inui H, Paik NS, Koch U.** Healthrelated quality of life in breast cancer: a cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients. Breast Cancer Res Treat 2006;99(12):341- 50.
129. **Segrestan C, Cousson-Guelie F, Bussière E**. Revue francophone de psychologie 2005; p.292-299
130. **Philippe-Jean P.** Itinéraire des déprimés : réflexion sur la trajectoire 2001 pp 17-18.
131. **Segrestan-crouzet c.** Evolution et différence dans l'ajustement des couples au cancer du sein : Rôle des facteurs psychosociaux et influence réciproque des deux membres de la dyade. [Thèse de doctorat en psychologie]. Bordeaux: Université Victor Segalen Bordeaux II- Ecole doctorale des sciences humaines et sociales;2010.

132. **Ben Gobrane, Fakhfakh H, Rahal K, Ben Ayed F, et al.** Breast cancer prognosis in Salah Azaiez Institute of cancer Tunis. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal. 2007 ; 13(2). p.309-318

133. **Glesner Sarah.** Prise en charge infirmière des patientes atteintes d'un cancer du sein et recevant leur première cure de chimiothérapie. Université de Liège, Faculté de Médecine, Département des Sciences de la Santé Publique. 2020. Disponible : http:/hdl.net/2268.2/9194. 74pp

ANNEXES

Annexe 1

Annexe I

***DSM-IV** : CRITERES diagnostiques établis par l'American Psychiatric Association {3}.*

Annexe Ia

Critères diagnostiques des Troubles de l'adaptation

A. Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable (s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux- ci).

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent
   a. Soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress
   b. Soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (scolaire)

C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un Deuil.

E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

Annexe Ib

Critères diagnostiques d'un Episode Dépressif Majeur

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (a) une humeur dépressive, soit (b) une perte d'intérêt ou de plaisir.
   a. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. pleur).
   b. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
   c. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
   d. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
   e. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
   f. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
   g. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (ne pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
   h. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Episode mixte

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c'est à dire, après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent, d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psy

Annexe 2

QUESTIONNAIRES

NOM :

PRENOM :

Questionnaire numéro 1

Entourer la bonne réponse

A-Depuis le début du traitement de votre cancer du sein, avez-vous traversé une période de dépression ayant duré plus de 2 semaines (Tristesse, perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituellement plaisantes)

OUI/NON

Si vous avez répondu OUI, merci de répondre aux questions suivantes :

Aviez-vous presque tous les jours **durant cette période de 2 semaines :**

1- Une modification de l'appétit ou du poids OUI/NON
2- Des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, ou dormir trop) OUI/NON
3- Une lenteur pour se déplacer et parler, ou bien au contraire une agitation et du mal à rester en place OUI/NON
4- Une fatigue et un manque d'énergie OUI/NON
5- Un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité OUI/NON
6- Une difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions OUI/NON
7- Des idées noires, ou l'idée de se faire du mal OUI/ NON

B-depuis le début du traitement pour votre cancer du sein, avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un psychologue ? OUI/NON

C- depuis le début du traitement pour votre cancer du sein, avez-vous pris un traitement antidépresseur ou un anxiolytique(Tranquillisant) ?
OUI/NON

QUESTIONNAIRE numéro 2

Lisez chaque série de question et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

1- Je me sens tendue, énervée
   La plus part du temps
   Souvent
   De temps en temps
   Presque plus

2- Je prends plaisir aux mêmes choses
   Oui, tout autant
   Pas autant
   Un peu seulement
   Presque plus

3- J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
   Oui, très nettement

Oui, mais ce n'est pas trop grave

Un peu, mais cela ne m'importe pas

Pas du tout

4- Je ris facilement et vois le bon côté des choses

Autant que par le passé

Plus autant qu'avant

Vraiment moins qu'avant

Plus du tout

5- Je me fais du souci

Très souvent

Assez souvent

Occasionnellement

Très occasionnellement

6- Je suis de bonne humeur

Jamais

Rarement

Assez-souvent

La plupart du temps

7- Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée

Oui, quoi qu'il arrive

Oui, en général

Rarement

Jamais

8- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

Presque toujours

Très souvent

Parfois

Jamais

9- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

Jamais

Parfois

Assez-souvent

Très souvent

10- Je ne m'intéresse plus à mon apparence

Plus du tout

Un peu

Pas tellement

Pas du tout

11- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

Oui, c'est tout à fait le cas

Un peu pas tellement

Pas du tout

12- Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

Autant qu'avant

Un peu moins qu'avant

Bien moins qu'avant

Jamais

13- J'éprouve des sensations soudaines de panique

Vraiment très souvent

Assez souvent

Pas très souvent

Jamais

14- Je peux prendre plaisir à la lecture d'un bon livre ou à regarder un bon programme radio ou télé

Souvent

Parfois

Rarement

Très rarement

QUESTIONNAIRE numéro 3

Répondez aux questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation

		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1	Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision1 chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2	Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade ?	1	2	3	4
3	Avez-vous des difficultés à faire un tour dehors ?	1	2	3	4
4	Etes-vous obligé de rester dans un lit ou dans un fauteuil pendant la journée ?	1	2	3	4
5	Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habillez, faire votre toilette ou allez au toilette ?	1	2	3	4
	AU COURS DE LA SEMAINE	**PASSEE**			

6	Avez-vous été gênée pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours ?	1	2	3	4
7	Avez-vous été gênée dans vos activités de loisir ?	1	2	3	4
8	Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9	Avez-vous ressenti de la douleur ?	1	2	3	4
10	Avez-vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11	Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	1	2	3	4
12	Vous-êtes-vous senti faible ?	1	2	3	4
13	Avez-vous manquée d'appétit ?	1	2	3	4
14	Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4
15	Avez-vous vomis ?	1	2	3	4
	AUCOURS DE LA SEMAINE	**PASSEE**			
16	Avez-vous été constipée ?	1	2	3	4
17	Avez-vous eu de la diarrhée ?	1	2	3	4
18	Etiez-vous fatiguée ?	1	2	3	4

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'appliquent le mieux à votre situation

19	Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4
20	Avez-vous des difficultés à vous concentrer sur certaines choses ?	1	2	3	4
21	Vous-êtes-vous senti tendue ?	1	2	3	4
22	Vous-êtes-vous faite du souci	1	2	3	4
23	Vous-êtes-vous senti irritable ?	1	2	3	4
24	Vous-êtes-vous senti déprimée ?	1	2	3	4
25	Avez-vous eu des difficultés à pour vous souvenir de certaines choses ?	1	2	3	4
26	Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné dans votre famille ?	1	2	3	4
27	Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné dans vos activités sociales ? (par ex sortir avec des amis, aller au cinéma)	1	2	3	4

28	Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causés des problèmes financiers ?	1	2	3	4

29- comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais Excellent

30- comment évalueriez-vous votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais Excellent

QUESTIONNAIRE numéro 4

Répondez aux questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux a votre situation

Au cours de la semaine passée

		PAS DU TOUT	UN PEU	ASSEZ	BEAUCOUP
1	Avez-vous eu la bouche sèche ?	1	2	3	4
2	La nourriture et la boisson avaient-elles un gout inhabituel ?	1	2	3	4
3	Est-ce que vos yeux étaient irrités, larmoyant ou douloureux ?	1	2	3	4
4	Avez-vous perdu des cheveux ?	1	2	3	4
5	Répondez à cette question uniquement si vous avez perdu des cheveux : la perte de vos cheveux vous a-t-elle contrariée ?	1	2	3	4
6	Vous-êtes-vous senti malade ou souffrante ?	1	2	3	4
7	Avez-vous eu des bouffées de chaleur ?	1	2	3	4
8	Avez-vous eu mal à la tête	1	2	3	4

9	Vous-êtes-vous senti moins attirante du faite de votre maladie ou votre traitement ?	1	2	3	4
10	Vous-êtes-vous senti moins féminine du faite de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
11	Avez-vous trouvé difficile de vous regarder nue ?	1	2	3	4
12	Votre corps vous-a-t-il déplu ?	1	2	3	4
13	Vous faisiez-vous du souci pour votre santé dans l'avenir ?	1	2	3	4
	AU COURS DES QUATRES DERNIERES SEMAINES :				
14	Dans quelles mesures vous-êtes-vous intéressées sur la sexualité ?	1	2	3	4
15	Avez-vous eu une activité sexuelle quelconque (avec ou sans rapport)	1	2	3	4
16	Répondez uniquement à cette question si vous-avez eu une activité sexuelle : Dans quelle mesure l'activité sexuelle vous-a-t-elle procuré du plaisir ?	1	2	3	4

	AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE				
17	Avez-vous eu mal au bras ou à l'épaule ?	1	2	3	4
18	Avez-vous eu le bras ou la main enflés ?	1	2	3	4
19	Avez-vous eu du mal à lever le bras devant vous ou sur le coté	1	2	3	4 142
20	Avez-vous ressenti des douleurs dans la région du sein traité ?	1	2	3	4
	La région de votre sein traité était-elle enflée ?	1	2	3	4
22	La région de votre sein traitée était-elle particulièrement sensible ?	1	2	3	4
23	Avez-vous eu des problèmes de peau dans la région de votre sein traité (démangeaison, peau qui pèle, peau sèche) ?	1	2	3	4

L'analyse des réponses

Questionnaire principal

- Les patientes ayant répondu NON à la question principale n'ont pas présenté d'épisode dépressif majeur passé. Elles constituaient donc le groupe avec humeur normale durant le traitement.

- les patientes ayant répondu OUI à la question principale ont présenté un épisode dépressif majeur passé ou une détresse émotionnelle passée.
  Elles ont été réparties en deux groupes en fonction du nombre de réponses positives aux questions complémentaires :
  - le groupe avec épisode dépressif majeur durant le traitement pour les patientes avec des réponses positives à au moins trois item 143
  - le groupe avec détresse émotionnelle durant le traitement pour les patientes avec aucune, une ou deux réponses positives aux items.

L'évaluation du parcours de soins psycho-oncologique

L'évaluation de la souffrance psychique durant le traitement associée à l'évaluation du parcours des soins psycho-oncologiques constituait le questionnaire numéro 1.

Questionnaire numéro 2:

Chaque item est coté sur une échelle en 4 points, c'est à dire de 0 à 3, évaluant l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée.

Pour chaque sous-échelle, la cotation de deux items positifs est inversée. Les notes s'échelonnent donc de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère.

On retient un seuil optimal égal ou supérieur à 8 pour les troubles dépressifs et les troubles anxieux, avec respectivement des sensibilités de 70% et 82%. Si on additionne les scores, on retient un score global de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs (sensibilité de 70%, spécificité de 75%) et de 13 pour les troubles de l'adaptation (sensibilité de 75%, spécificité de 75%).

Les mêmes seuils sont utilisés afin de déterminer 3 groupes de patientes en fonction de leur humeur actuelle :

- le groupe de patientes présentant un épisode dépressif actuel si la note seuil est à 8 à la sous-échelle dépression.
- le groupe de patientes présentant un épisode anxieux actuel, si la note seuil est à 8 à la sous-échelle anxiété. 144
- le groupe de patientes présentant un trouble de l'adaptation actuel si la note seuil est à 13 à l'échelle globale.

Questionnaire numéro 3 et 4

Les réponses se font de trois façons en entourant un chiffre :1 (non) ou 2 (oui), 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup) ou de 1 (très mauvais) à 7 (excellent) pour les auto-évaluations globales de l'état physique et de la qualité de vie au cours de la semaine passée.

Le module spécifique QLQ-BR23 comprend 23 items qui explorent les symptômes et les effets secondaires relatifs aux diverses modalités thérapeutiques, l'image corporelle, la sexualité et les perspectives d'avenir.

Le QLQ-BR23 est un module additionnel à l'échelle générale EORTC QLQ-C30. Il ne peut pas être utilisé seul pour évaluer la qualité de vie de patients avec cancer du sein mais en association avec l'échelle générale

Critères du QLQ- C30	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Etat global de sante				
Echelles fonctionnelles				
Fonctionnement physique				
Domaine fonctionnel				
Fonctionnement émotionnel				
Fonctionnent cognitif				
Fonctionnement social				
Echelle des symptômes physiques				
Asthénie				
Nausées /Vomissements				
Douleurs				
Dyspnée				
Insomnie				
Perte d'appétit				
Constipation				
Diarrhée				
Difficultés financières				

Critères du QLQ BR23	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Echelles fonctionnelles				
Image corporelle				
Fonctionnement sexuel				
Satisfaction sexuelle				
Echelle des symptômes physiques				
Effets secondaires des traitements systémiques				
Symptômes du sein				
Symptômes du bras				
Inquiétudes/ Alopécie				
Perspectives d'avenir				

RESUME

Le cancer du sein représente un problème majeur de santé publique en raison de sa fréquence et des conséquences sur la vie de la femme et de son entourage. L'objectif de cette étude a été d'étudier les facteurs de la souffrance psychique chez patientes prises en charge pour un cancer du sein dans le service de chirurgie viscérale.

Il s'est agit d'une étude prospective, transversale descriptive et analytique. Elle s'est déroulée du 15 Juillet au 20 Octobre 2020 et a porté sur des femmes traitées médicalement et/ou chirurgicalement confirmé histologiquement. Après un consentement éclairé et écrit, chaque patiente a bénéficié d'un entretien au moyen d'une fiche d'enquête numérisée par l'application Kobo Collecte. Les données ont été collectées au moyen des échelles suivantes : MINI, HAD, QLQ-C30, QLQ-B23, l'échelle de CHARLSON. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel 2013 et SPSS Statistics ; la comparaison de fréquence à l'aide de chi2 et les moyennes à l'aide d'Anova et $p<0,05$ a été considéré statistiquement significatif.

Au total 55 patientes ont été recrutées au cours de la période d'étude. La prévalence de la souffrance psychique était élevée à 89,9% avec une prévalence de 12,73% pour la détresse émotionnelle et 76,36% pour la détresse majeure. Les facteurs prédictifs de la souffrance psychique trouvés étaient, la durée courte du traitement carcinologique et la prise en charge psychiatrique. Pour les facteurs prédictifs de la qualité de vie on avait retrouvé le trouble de l'humeur, l'état émotionnel ainsi que la prise d'un tranquillisant.

Le cancer du sein reste un cancer fréquent et mortel. La prise en charge psychiatrique doit être précoce afin d'améliorer la qualité de vie des patient.

Serment d'Hippocrate

Devant le peuple béninois et en présence des maitres de cette faculté, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai jamais à un aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieure des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maitres, je rendrais à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE

TABLES DES MATIERES

Dédicaces..... I

Remerciements V

Hommages..... VI

Listes des sigles et abréviations..... XI

Liste des tableaux XII

Liste des figures..... XIII

Sommaire..... IX

Introduction… 1

1. Généralités..... 5
1.1 Définition des concepts 6
1.2 Psychopathologie et cancer 9
1.2.1 Adaptation psychologique et cancer du sein…..... 9
1.2.1.1 Les facteurs dispositionnels, situationnels etinteractionnels 9
1.2.1.2 Transaction entre individu et environnement… 13
1.2.1.3 Coping et troubles psychiques 15
1.3 Les comorbidités psychiatriques et cancer du sein 16
1.4 Qualité de vie et cancer du sein.....17
1.4.1 Evaluation de la qualité de vie 17
1.5 Sexualité et cancer du sein 21
1.5.1 L'image corporelle, satisfaction corporelle 22
1.5.2 Trouble de l'image corporelle.....23
1.5.3 Répercussions des troubles de l'image corporelle 23
1.6 Les facteurs prédictifs de la souffrance psychiquedans le cancer du sein 25

1.6.1 Les facteurs liés au traitement…..... 25
1.6.2 Les facteurs liés à l'adaptation psychologique 26
1.6.3 Les facteurs socio-démographiques 27
1.7 Les facteurs prédictifs de la qualité de 27
1.7.1 Traitement locorégionnaux 27
1.7.2 Les Facteurs liés à l'adaptation psychologique 29

2. Cadre et méthode 32
2.1 Cadre d'étude 33
2.2 Méthode d'étude..... 34
2.2.1 Type d'étude 34
2.2.2 Période d'étude 34
2.3 Variables d'étudiées..... 36
2.4 Traitement et analyse des données..... 38
2.4.1 Considération éthique 39
3 Résultats 40
3.1 Caractéristique sociodémographique 41
3.2 Traitement 45
3.2.1 Durée du traitement…..... 45
3.2.2 Nature du traitement..... 151
3.3 Analyse des troubles psychiques..... 48
3.3.1 Troubles psychiques durant le traitement 48
3.3.2 Souffrance psychique en fonction du parcours des soins..... 49
3.4 Analyse de la qualité de vie..... 51
3.4.1 Qualité de vie module générale..... 51
3.4.2 Qualité de vie module spécifique..... 60
3.5 I Index de comorbidité de Charlson 62
3.6 Facteurs prédictifs de la souffrance psychique 63
3.6.1 Humeur durant le traitement en fonction de la durée du traitement et du parcours psychiatrique..... 63
3.6.2 Humeur durant le traitement en fonction des données socio-démographiques 71
3.6.3 Humeur durant le traitement en fonction de la conduite Thérapeutique..... 65
3.7 Facteurs prédictives de la qualité de vie..... 66
3.7.1 Qualité de vie en fonction de l'humeur actuelle 66

3.7.2 Qualité de vie en fonction de l'état émotionnel… 68
3.7.3 Qualité de vie en fonction des facteurs socio-démographique 71
3.7.4 Qualité de vie en fonction du traitement carcinologique 72
3.7.5 Qualité de vie en fonction du parcours des soins 73
4 Discussion 74
4.1 Atteinte des objectifs 75
4.2 Validité des résultats 76
4.3 Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs 77
4.3.1 Données socio-démographiques 77
4.3.2 Troubles psychiques 80
4.3.3 Les troubles de l'humeur 82
4.3.4 Prise en charge psychiatrique 83
4.3.5 Qualité de vie 84
4.3.6 Les facteurs prédictifs 94
Conclusion 102
Suggestions 105
Références 108
Annexe 123
Résumé 143
Serment d'Hippocrate… 144
Tables des matières 145

RESUME

Le cancer du sein représente un problème majeur de santé publique en raison de sa fréquence et des conséquences sur la vie de la femme et de son entourage. L'objectif de cette étude a été d'étudier les facteurs de la souffrance psychique chez patientes prises en charge pour un cancer du sein dans le service de chirurgie viscérale.

Il s'est agit d'une étude prospective, transversale descriptive et analytique. Elle s'est déroulée du 15 Juillet au 20 Octobre 2020 et a porté sur des femmes traitées médicalement et/ou chirurgicalement confirmé histologiquement. Après consentement éclairé et écrit, chaque patiente a bénéficié d'un entretien au moyen d'une fiche d'enquête numérisée par l'application Kobo Collecte. Les données ont été collectées au moyen des échelles suivantes : MINI, HAD, QLQ-C30, QLQ-B23, l'échelle de CHARLSON. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel 2013 et SPSS Statistics ; la comparaison de fréquence à l'aide de chi2 et les moyennes à l'aide d'Anova et $p<0,05$ a été considéré statistiquement significatif.

Au total 55 patientes ont été recrutées au cours de la période d'étude. La prévalence de la souffrance psychique était élevée à 89,9% avec une prévalence de 12,73% pour la détresse émotionnelle et 76,36% pour la détresse majeure. Les facteurs prédictifs de la souffrance psychique trouvés étaient, la durée courte du traitement carcinologique et la prise en charge psychiatrique. Pour les facteurs prédictifs de la qualité de vie on avait retrouvé le trouble de l'humeur, l'état émotionnel ainsi que la prise d'un tranquillisant.

Le cancer du sein reste un cancer fréquent et mortel. La prise en charge psychiatrique doit être précoce afin d'améliorer la qualité de vie des patient.

ABSTRACT

Breast cancer represents a major public health problem because of its frequency and the consequences on the life of women and those around them. The objective of this study was to study the factors of psychological distress in patients treated for breast cancer in the department of visceral surgery.

This is a prospective, descriptive and analytical cross-sectional study. It took place from July 15 to October 20, 2020 and involved women treated medically and / or surgically confirmed histologically. After informed, written consent, each patient was interviewed using a survey card scanned by the Kobo Collect app. Data were collected using the following scales: MINI, HAD, QLQ-C30, QLQ-B23, the CHARLSON scale. The data collected was entered and analyzed using Excel 2013 software and SPSS Statistics; comparison of frequency using chi2 and means using Anova and $p<0.05$ was considered statistically significant.

A total of 55 patients were recruited during the study period. The prevalence of mental distress was high at 89.9% with a prevalence of 12.73% for emotional distress and 76.36% for major distress. The predictive factors of psychological suffering found were, the short duration of the carcinological treatment and the psychiatric management. For the predictors of quality of life, we found mood disorder, emotional state as well as taking a tranquilizer.

Breast cancer remains a frequent and fatal cancer. Psychiatric care must be early in order to improve the quality of life of patients.