

Cancer du sein: qualité de vie et stratégie de coping après chirurgie à travers les échelles cognitives et le Rorschach en système intégré

- Illustration clinique -

⁽¹⁾Leïla Hassas Boumghar

⁽²⁾Dalila Samaï Haddadi

Résumé:

Si le cancer du sein a des effets indéniables sur la qualité de vie des patientes qui en sont atteintes, les effets des traitements ne sont pas en reste, notamment la chirurgie, souvent mutilante, qui marque les patientes d'une empreinte durable voire indélébile, tant sur le plan physique que psychologique.

Notre recherche vise à étudier la relation entre le type de chirurgie et la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein et les stratégies d'ajustement utilisées dans chaque cas à travers une étude comparative de patientes ayant bénéficié de mastectomie seule, de mastectomie avec reconstruction mammaire ou de traitement conservateur, à travers deux échelles de qualité de vie, l'EORTC QLQ C30 version 3 et le QLQ BR 23, spécifique au cancer du sein et le questionnaire de coping de Paulhan. Les données recueillies seront ensuite confrontées aux résultats obtenus au test de Rorschach en système intégré, en vue d'établir des

⁽¹⁾ Doctorante, Chercheure au laboratoire de psychologie clinique et métrique

⁽²⁾ Directrice de thèse, Directrice du laboratoire de psychologie clinique et métrique

correspondances avec le fonctionnement psychique au cas par cas. Une illustration clinique sera présentée à travers un cas de mastectomie totale.

Mots-clés: Qualité de vie, stratégies de coping, cancer du sein, mastectomie, Rorschach en système intégré.

I – Introduction:

Avec 5000 à 9000 nouveaux cas par an, le cancer du sein est le premier cancer féminin en Algérie (Registres régionaux du cancer). L'âge moyen de survenue de ce cancer est de 45 ans, dont 2/3 sont en activité génitale au moment du diagnostic. La part des femmes jeunes n'est pas négligeable: 10 à 12% sont diagnostiquées à moins de 35 ans. Et même s'il continue à être très meurtrier avec pas moins de 3500 décès annuellement, le cancer du sein est l'un des cancers où les taux de survie, de rémission voire de guérison sont les plus élevés.

Ainsi, Grâce aux progrès réalisés dans sa prise en charge et dans les taux de survie, le cancer du sein ne constitue plus une question de vie ou de mort mais pose plutôt la problématique de la qualité de vie des femmes qui en sont atteintes et ce, tout au long de leur parcours, depuis le diagnostic jusqu'aux différentes étapes du traitement et même après la fin des traitements.

La chirurgie constitue le traitement de choix du cancer du sein, c'est souvent une chirurgie mutilante avec l'ablation de tout ou partie du sein avec, toutefois, la possibilité de sa reconstruction.

- Est-ce que la mastectomie, en tant que chirurgie mutilante altère la qualité de vie des patientes ?

- Est-ce que la reconstruction mammaire, en tant que chirurgie réparatrice, améliore la qualité de vie des patientes ?

- Est-ce que le traitement conservateur permet une meilleure qualité de vie des patientes ?

- Quelles sont les stratégies de coping auxquelles ces patientes ont recours et quel est leur degré d'efficacité ?

- A quel type de fonctionnement psychique les différents cas de figure sont-ils le plus corrélés ?

C'est pour apporter des éléments de réponses à ces questionnements que nous menons une recherche visant à étudier la relation entre le type de chirurgie et la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein et les stratégies d'ajustement utilisées dans chaque cas et enfin à quel type de fonctionnement psychique ils correspondent.

II - Matériel et méthode:

Ce travail sera réalisé à travers une étude comparative de trois groupes de patientes ayant bénéficié de mastectomie seule, de mastectomie avec reconstruction mammaire et de traitement conservateur.

L'investigation se fera à partir de deux échelles de qualité de vie, à savoir le questionnaire de qualité de vie cancer EORTC QLQ C30 version 3 et du QLQ BR 23, spécifique au cancer du sein et le questionnaire de coping de Paulhan. Les données recueillies seront ensuite confrontées aux résultats obtenus au test de Rorschach en système intégré, en vue d'établir d'éventuelles correspondances avec le fonctionnement psychique au cas par cas.

Après un bref aperçu de quelques travaux antérieurs sur la question, nous présenterons, dans cet article, quelques observations préliminaires puis une illustration clinique à travers l'exploration d'un cas de mastectomie totale.

III - Intérêt des chercheurs pour la question:

L'impact du cancer du sein et de ses traitements sur les patientes et leur qualité de vie a suscité de nombreux travaux de recherche à travers le monde ces dernières années (PA Ganz & al. 2000, A. Hartmann, 2007, A. Montazari & al. 2008, M. Velten & al. 2010....).

Une part importante de ces travaux a été consacrée à la chirurgie et ses implications sur la vie des patientes et de leurs proches, tant au plan psychologique, relationnel, qu'à celui de la qualité de vie:

Les recherches effectuées dans ce domaine se sont intéressées aux avantages de la chirurgie conservatrice ou tumorectomie par rapport à la mastectomie dans la préservation de l'image du corps et de la vie sexuelle.

Cependant, peu de travaux ont comparé les résultats pour les femmes ayant eu une mastectomie seule par rapport à celles ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire et pourtant, la chirurgie reconstructrice a existé, en même temps que la chirurgie conservatrice, depuis les années 1890. (JH Rowland & al. 2000).

MJ. Nissen et collaborateurs (2001), ont comparé la qualité de vie après chirurgie sur cancer du sein, de trois groupes: mastectomie seule, mastectomie avec reconstruction, et chirurgie conservatrice du sein.

Les résultats de cette recherche montrent que les deux derniers types de chirurgie ne sont pas plus avantageux sur la qualité de vie que la mastectomie, hormis sur l'image du corps, encore que cela soit tributaire du résultat esthétique et des autres effets secondaires.

III - Quelques observations préliminaires:

Une étude que nous avons réalisée sur une quarantaine de femmes traitées pour cancer du sein au service de sénologie au Centre anticancéreux Pierre et Marie Curie d'Alger, en 2010 a montré ce qui suit:

La mastectomie, même si elle est acceptée, reste très mal vécue par l'ensemble des patientes car elle est perçue comme un signe de gravité de la maladie, c'est une mutilation qui porte une atteinte grave et, surtout, indélébile à leur féminité.

Ce vécu est, pour un certain nombre de patientes, atténué par la perspective de la reconstruction qui, au plan symbolique, représente une réparation par la «restitution» du membre perdu.

En effet, la reconstruction mammaire est considérée comme la réparation d'une image du corps altérée par la mastectomie et une réhabilitation par rapport au regard des autres.

Cependant, en dépit de cette réparation voire réhabilitation qu'elle est supposée offrir, certaines patientes la refusent, parce qu'elles ne veulent plus retourner au bloc opératoire vécu comme une expérience douloureuse, parce qu'elles ont peur de complications éventuelles ou de déclencher une récurrence, parce qu'elle se fait au prix d'une autre mutilation (lambeau, prélèvement au niveau d'une autre partie du corps). Certaines patientes affirment ne pas avoir besoin de reconstruction parce qu'elles ont intégré leur nouvelle image et l'acceptent.

Au niveau de l'image du corps et de la perception de soi, nous relevons l'existence d'une image négative renvoyée par le manque du sein et/ou par la cicatrice parfois perçue comme monstrueuse. Il est à noter que plusieurs patientes ont fait part d'une grande angoisse et une forte appréhension quant à la vue de la mastectomie s'attendant à voir un trou, un cratère, elles sont d'ailleurs soulagées à la vue de leur cicatrice.

Même si la sensation de manque, de vide est présente et même si toutes se sentent diminuées par rapport aux autres, certaines patientes arrivent à s'accommoder de la nouvelle image au fil du temps, d'autres la vivent comme transitoire dans l'attente de la reconstruction.

Concernant la vie sexuelle de ces patientes, elle est très perturbée, au début de la maladie et tout au long de la période du traitement et, souvent, même après la fin des traitements. La sécheresse vaginale est quasi générale, des dyspareunies ont été signalées et l'on a observé même un cas de vaginisme. Ainsi, baisse de la libido et frigidité sont souvent observées.

Certaines patientes affirment cependant avoir une vie sexuelle « normale » mais signalent une certaine pudeur par rapport à la mastectomie qu'elles n'osent pas laisser voir par le conjoint.

D'autres ont carrément signalé des changements positifs, qui pourraient s'expliquer par le grand apport du conjoint au plan affectif.

IV - Illustration clinique:

1 - Données anamnestiques:

Mme N. est une femme âgée de 41 ans, mariée et mère de deux enfants, une fillette de 4 ans ½ et un garçon de 21 mois. Elle est ingénieure de formation et exerce en qualité d'enseignante dans un institut supérieur de formation.

En juin 2012, soit 14 jours avant son accouchement de son deuxième enfant, son cancer du sein est découvert par sa gynécologue qui lui en fait une annonce brutale. « Tu sens que tu n'es ni sur terre, ni au ciel » nous dit-elle, « tu es dans un état second ».

Dès lors, elle confie sa fille à sa belle-famille. Elle passe tout son temps à pleurer avec son mari « on ne faisait rien, même la nourriture, on mangeait froid »

Deux jours après son accouchement, elle est vue en consultation de sénologie, fait son bilan et est de suite orientée chez le chirurgien du service. Comme elle était en période d'allaitement et qu'elle avait toujours du lait, elle a dû attendre un mois et demi avant qu'on lui fasse une microbiopsie qui confirme sa néoplasie. Rendez-vous est alors pris pour la chirurgie sans qu'elle ne soit informée du geste qui allait être pratiqué. « Le médecin ne m'a pas dit ce qu'il allait me faire, c'est quand il m'a dit de revenir pour la chirurgie que je lui ai posé la question et il m'a dit: on va te l'enlever. J'ai beaucoup pleuré. Il m'a dit: mais toi tu portes le djilbab (voile intégral), personne ne verra. Je lui ai dit: non, mais j'ai des enfants. J'ai pleuré pour mes enfants, la chimiothérapie, la radiothérapie, ils seront ballottés, ce n'est pas comme si je m'en occupais moi-même... et puis l'idée de mourir et de les laisser... ».

Une mastectomie a été pratiquée suivie d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie et le traitement a pris fin en juillet 2013.

La patiente affirme que depuis sa mastectomie, elle ne peut plus rien faire, toutes les tâches qu'elle « accomplissait avant au quotidien: faire des gâteaux, du pain, rouler le couscous ne sont plus possible aujourd'hui », elle ne peut même plus porter son fils.

Concernant l'image qu'elle a de son propre corps, elle dit ne pas en souffrir, elle met du coton dans son soutien-gorge pour « combler le vide ».

Pour ce qui est de sa vie sociale, elle ne sort plus, ne va plus aux fêtes ni autres réunions familiales car elle ne supporte plus le bruit et le regard des autres: ils disent « la pauvre, je les ai entendus », affirme-t-elle.

A la question: et si on ne vous avait pas enlevé votre sein, est-ce que ça serait pareil ? Elle répond que peut-être pas.

Concernant sa relation avec son mari, elle dit qu'elle est « comme avant ou même mieux », les liens se sont renforcés. Elle affirme avoir une vie sexuelle satisfaisante. Elle avoue cependant que son mari « n'aime pas voir la partie enlevée, il ne l'a jamais vue, il évite de regarder, il ne supporte pas. Même la vue du sang, il ne la supporte pas ».

Elle dit par ailleurs, que depuis son intervention, ses relations avec ses belle-sœurs se sont détériorées sans qu'elle en ait une explication précise. Elles ne lui ont jamais rendu visite tout au long de sa maladie et même après, ne l'appellent jamais ni ne demandent après elle. Elle ne peut plus rendre visite à sa belle-mère avec qui elle semble entretenir de bonnes relations, pour ne pas avoir à rencontrer ses belle-sœurs de crainte que cela ne dégénère. Cette situation semble beaucoup l'affecter.

2 - Contexte de l'examen:

Le premier contact avec la patiente s'est établi par le biais de sa psychologue au niveau de la consultation douleur du CPMC où elle est suivie pour des douleurs du côté du sein opéré ainsi que du bras homolatéral

Après lui avoir expliqué l'objet de l'examen nous avons procédé à un entretien anamnestique et à l'administration des échelles, puis une semaine plus tard, à la passation du test de Rorschach.

3 - Résultats des évaluations:

3 – 1 – La qualité de vie:

Tableau 1 – Résultats obtenus au questionnaire qualité de vie cancer (EORTC QLQ C30)

Echelles		scores
Echelle de santé globale		75
Dimensions	Capacité fonctionnelle (CF)	60
	Capacité à accomplir toute forme de travail et d'activité de loisir (CT)	50
	Etat émotionnel (EM)	42
	Capacité cognitive (CC)	100
	Capacité à maintenir les relations sociales (CS)	50
Symptômes	Fatigue (FA)	77
	Nausées et vomissements (NV)	33
	Douleur (DO)	50
	Dyspnée (DY)	00
	Insomnie (IN)	00
	Manque d'appétit (MA)	67
	Constipation (CO)	67
	Diarrhée (DI)	00
	Difficultés financières (DF)	00

Les résultats de l'EORTC - QLQ C30, indiqués au tableau ci-dessus, montrent des scores de 42 pour l'état émotionnel et de 50 pour la capacité

au travail et aux loisirs et la capacité aux relations sociales, ce qui signe une baisse de la qualité de vie de ces dimensions.

Pour les symptômes, nous notons des scores relativement élevés pour la fatigue (77), le manque d'appétit (67) et la constipation (67) et à un degré moindre la douleur (50).

Tableau 2 – Résultats obtenus au questionnaire de qualité de vie spécifique au cancer du sein (EORTC QLQ BR23)

Dimensions		scores
Dimension fonctionnelle	Image corporelle	40
	Activité sexuelle	100
	Plaisir sexuel	100
	Perspective future	40
Dimension symptômes	Effets secondaires des traitements	73
	Symptômes au niveau du sein	50
	Symptômes au niveau du bras	57
	Sentiments liés à la perte des cheveux	00

Les résultats de l'EORTC- QLQ BR23 tel que le montre le tableau ci-dessus indiquent des scores relativement bas (40) pour l'image corporelle et la perspective future, couplés des scores élevés pour les symptômes liés aux effets secondaires des traitements (73), symptômes au niveau du bras (57) et, à un degré moindre, symptômes au niveau du sein (50). ce

qui indique une altération de la qualité de vie en rapport avec ces dimensions et symptômes, alors qu'un score maximal est obtenu au niveau de la dimension relative à la vie sexuelle (100)/

3 – 2 – Les stratégies de coping:

Stratégies de coping utilisées selon les résultats obtenus à l'échelle de Paulhan

Stratégie	Etendue	Score
Recours au coping	29- 57 (bas), 58-86 (moyen), 87-116 (Elevé)	93
Résolution de problèmes	8 – 32	29
Recherche de soutien social	5 – 20	20
Evitement	7 – 28	19
Auto-évaluation positive	5 – 20	19
Autoaccusation	4 – 16	10

Le tableau ci-dessus nous montre que le recours aux stratégies de coping est important chez cette patiente. Ses stratégies sont tantôt centrées sur la résolution de problèmes, tantôt centrées sur l'émotion: La recherche de soutien social occupe la première place, suivie des stratégies de résolution de problèmes, puis de l'auto-évaluation positive et, à un degré moindre, l'évitement.

3 – 3 – Les résultats du Rorschach

Protocole de Rorschach

PL	N	Réponse	Enquête
I	1	خفاش	E: lit la réponse du sujet S: يخلع فالعينين، هدو جناحتين E: قلت يخلع فالعينين S: oui parce que كحل, aussi العينين خارجين
	2	Un papillon (rire)	E: lit la réponse du sujet S: على جال لجناح
	3	Unemouche	E: lit la réponse du sujet S: oui (W)
	4	تقدر تكون une femme طالعة يدها فالسما C'est tout	E: lit la réponse du sujet S: si on enlève ça, نشوفها لجناح، نشوفها واقفة
II	5	- ما عرفتش - شو في مليح تشبه لقرعة ريحة هدي الدخلانية	E: lit la réponse du sujet S: désigne le blanc central
	6	الدم ولا الدوا لحرمر	E: lit la réponse du sujet S: la couleur, le sang est un

			peu plus foncé que ça
	7	تبان لي شغل طريق ضيقة C'est tout	E: lit la réponse du sujet S: تكون عيضة ومن بعد تضيق E: en quoi شفتيها تضيق ? S: parce que le cancer c'est ça, c'est un mot بزاف تقيل 1 personne داير les 2 mains هكذا (fait le geste des mains jointes) CAD واحد كيقولولو عندك هداك المرض يحس إحساس لا يوصف بصح يتقبل اللي دارها ربي سبحانه ويصبر، CAD malgré يحس الضيق وكامل، كيشد في ربي سبحانه يقدر يتجاوز نتاعو la maladie
III	8	2 mains	E: lit la réponse du sujet S: les bras راهم m'sépariyine على la personne
	9	هدا 1 papillon	E: lit la réponse du sujet S: papillon, peut-être الأمل (forme)
	10	2 personnes, peut-être 2	E: lit la réponse du sujet

		personnes يهدرو على المرض نتاعهم	S: 2 personnes واحد يخرز في واحد
IV	11	ايما (rire) هدا شغل عملاق رجليه كبار ويمشي شغل يتحدى la force, maladie, يمشي en la force, شغل نحسو كيمشي Les bras نتاعو هكدا, يقول لل cancer أنا اللي نقتلك ماشي انت اللي تقتلني	E: lit la réponse du sujet S: هدا رجليه كبار باينين بلي يمشي des en force محطوطين هكدا des grands pas, pas
V	12	1 personne هدي تقدر تكون اللي وحدة منكسرة ماقبلتش la maladie نتاعها	E: lit la réponse du sujet S: 1 جناحتها طايجين pappillon, 1 بصر شبهوها CAD 1 personne, منكر le papillon E: vous avez dit منكر S: جناح ما همش واقفين, هم طايجين
VI	13	ما عرفتش واش تقول, 1 bon personne بصر ما عرفتش واش, ما عرفتش (rire)	E: lit la réponse du sujet S: le tout, الراس بيان, العينين, النيف. très très bien,
VII	14	2 personnes هدا هدى chaque fois نشوفها بصر	E: lit la réponse du sujet S: montre le (D3) E: lit la réponse du sujet

		ما فهمتش واشنو	S: montre le (D4) en pointant le (Dd 26)
	15	يقدر يكون couple 1، متفاهم comme CAD واحد يفهم مرتو، تقدر تكون la malade عندها اللي يفهمها CAD يهدر معاها concernant la maladie	E: lit la réponse du sujet S: 2 femmes, précisément 2 femmes, elles sont face à face (D1)
VII I	16	هدي تشبه la colonne vertébrale هدي > هذو des tigrs هذا le corps humain les tigrs donc généralement شغل يشبه le cancer لازم واحد يعسر رحوو sinon ينتشر- فل corps، كما واحد يروح للقابة ويلقى les tigrs لازم يحادر على tigrs، sinon ياكلوه Les 2 tigrs يتوشو corps le corps راهو ف le tigre	E: lit la réponse du sujet S: là (Dd 21) Tigrs: montre le rose latéral S: oui هدي c'est la colonne vertébrale (Dd21)et ça c'est le corps humain (D6) E: A quoi voyez-vous le corps humain ? S: parce que c'est la colonne vertébrale, donc c'est automatiquement le corps humain, ça c'est comme si c'est l'utérus (partie centrale du D7 en orange).

		<p>كامل , comme si le corps كامل راهو يروح كامل</p>	<p>S: هدي la planche التي عجبتني قع E: pourquoi ? S: parce que شغل les tigrés le أفيتها مسألة واحد لازم دائما يصبر، la يتغلب على المرض، colonne vertébrale على حسابي هي منها التي le moral التي يدخل فيها كلش، واحد كيكون عنده CAD تروح للمخ بزاف إرادة بش يتغلب</p>
IX	17	<p>عندها peut-être 1 personne الظل نتاعها</p>	<p>E: lit la réponse du sujet S: (DS8) parce que la couleur elle est plus claire, comme une ombre, on voit l'ombre pas la personne, elle a les mains en l'air et la colonne vertébrale là (D5)</p>

	18	<p>peut-être هدى يكونو les 2 seins</p> <p>ça c'est يشبه l'utérus, CAD la femme لازم دائما وتشوف les seins وتشوف l'utérus, parce que هدهما المرض concerning la femme</p>	<p>E: lit la réponse du sujet</p> <p>S: montre le Dd central bas dans le D orange latéral</p> <p>L'utérus: rose bas</p> <p>parce que dans ma tête, quand on prend le traitement, la maladie qui est dans le sein descend à l'utérus (trt hormonal)</p> <p>E: sur quoi vous vous êtes basée pour dire ça ?</p> <p>S c'est la position, seins en haut, utérus en bas, la couleur aussi, voici le mamelon</p>
X	19	<p>c'est le signe هدمو (D1), le cancer تع</p>	<p>E: lit la réponse du sujet</p> <p>S: (désigne le b leu latéral) le signe du cancer</p>
	20	<p>c'est les هدمو (D11), les poumons يشبه poumons</p>	<p>E: lit la réponse du sujet</p> <p>S: montre le gris central haut</p>
	21	<p>Même هدمو (D7), c'est le cancer</p> <p>c-a-d, il faut lutter contre le cancer. C'est tout</p>	<p>E: lit la réponse du sujet</p> <p>S: montre le gris-vert, CAD celui-là, il fait peur, c'est plus gros لآخر الجهة تع les poumons,</p>

			<p>c'est plus petit,</p> <p>يقدر ويكونو هما بصح les seins مانيش (D9) sûre</p> <p>2 seins infectés بنولي هكدا</p> <p>E: vous avez dit infectés</p> <p>S: oui, la couleur, bizarre comme s'il y a de la couleur bleue, Et ça aussi يشبه l'utérus ou bien le col, هدا le vert.</p>
--	--	--	---

L'analyse du test de Rorschach a donné lieu aux résultats suivants:

Synthèse du résultat concernant les opérations cognitives:

Globalement, la patiente ne présente pas de perturbation générale de la pensée. Son approche dans le traitement de l'information est assez cohérente et son activité médiationnelle est, la plupart du temps appropriée. On retrouve toutefois quelques perturbations cognitives fortement liées à sa maladie. Elle est du type idéationnel qui préfère mettre de côté ses affects pour aborder les problèmes d'une manière cérébrale. Elle recourt à une sorte de pseudo-intellectualisation dans le traitement des affects angoissants, pour reprendre le dessus sur sa maladie dans une forme de rêverie abstraite et passive. Elle est dans l'incapacité de faire face à ce qui lui arrive d'où son pessimisme et son sentiment de découragement. Les troubles observés au niveau de la pensée constituent une défense contre cet état de fait. Elle a tendance à ignorer les conventions sociales, ce qui serait probablement lié à une attitude défensive par rapport à une éventuelle stigmatisation liée à sa maladie.

Synthèse des données relatives à la capacité de contrôle et à la tolérance au stress:

De prime abord, la patiente semble disposer de capacités appréciables de résistance au stress et de contrôle volontaire de son comportement. Mais ces capacités semblent surestimées, il s'agirait probablement d'une mise en échec de ses tentatives de modulation et de contrôle dans des situations difficiles en rapport avec son malaise psychique face à sa maladie.

Résumé des conclusions concernant les affects:

La patiente présente un potentiel de perturbation affective avec une tendance dépressive franche. Elle tente, face aux affects d'en neutraliser l'impact par le recours à l'intellectualisation. Elle essaie de moduler ses émotions par leur mise à distance pendant la résolution de problème et tend à exercer un contrôle sur ses émotions, cherchant à éviter tous stimuli émotionnels mais ses tentatives se révèlent inefficace face à des décharges émotionnelles parfois importantes. Son fonctionnement psychologique est moins complexe qu'il n'est habituel et l'on peut s'attendre, chez cette patiente, à des difficultés comportementales dès lors qu'elle est confrontée à des situations affectives complexes. Son attitude quelque peu négative envers l'environnement, pourrait altérer la formation de relations sociales gratifiantes.

Résumé des conclusions concernant la perception de soi:

L'examen de la perception de soi chez cette patiente est marqué par la prédominance d'éléments négatifs par la mise en évidence d'une forte inquiétude portée au corps dans une préoccupation accrue pour l'image de soi centrée sur les aspects négatifs prenant l'allure d'une rumination sur elle-même. Sa maladie et sa mutilation qui portent atteinte à son intégrité physique, induisent chez elle une forte centration sur les aspects

négatifs de son image quand elle se compare aux autres. Cette image est d'ailleurs, fortement déformée, négative et empreinte de pessimisme chez cette patiente qui nourrit de vives inquiétudes sur elle-même. La présence de problèmes de contrôle des impulsions idéationnelles et de perturbations cognitives montrent une distorsion dans la représentation de soi et participent à cette déformation de l'image de soi. Le matériel projectif exprime bien cette problématique liée à la détérioration de l'image de soi en rapport avec son atteinte corporelle et l'inquiétude permanente face à la menace du danger que représente son cancer face auquel elle se trouve dans une situation de passivité et d'impuissance.

Résumé des conclusions concernant la perception des relations et les comportements interpersonnels:

Sans être dans un état de dépendance aux autres, cette patiente est dans une attitude plutôt passive dans ses relations, cherchant à éviter la responsabilité de la prise de décision. Sa perception des autres est fondée sur la réalité et elle porte un intérêt considérable aux relations qu'elle anticipe de façon positive. Elle est aussi ouverte à des échanges émotionnels que la plupart des gens y compris les interactions impliquant des échanges tactiles habituels. Elle a une perception plutôt réaliste des autres, mais la perception qu'elle a de sa propre personne et sa centration excessive sur une image négative d'elle-même semble influencer négativement sur ses comportements interpersonnels conduisant généralement à des réactions défavorables et/ou de rejet par les autres. Ce rejet s'expliquerait par une sorte de stigmatisation liée à sa maladie, très bien illustrée par le comportement de ses belles-sœurs à son égard. De plus, elle a, elle-même exprimé ce sentiment « je ne supporte plus le bruit et le regard des autres, ils disent: la pauvre, je les ai entendus ». En dépit de ses difficultés internes affectant ses comportements interpersonnels,

l'intérêt qu'elle porte aux autres et son engagement dans des échanges interpersonnels ne sont pas remis en cause.

4 - Discussion et correspondances des résultats:

L'analyse des résultats obtenus aux différents outils d'évaluation montre des correspondances des résultats obtenus aux échelles cognitives (échelles de qualité de vie et échelle de coping) avec ceux du test de Rorschach. Ces correspondances sont illustrées comme suit:

Conclusions de l'EORTC QLQ C30:

L'échelle de qualité de vie relative au cancer (EORTC QLQ C30) met en évidence

- une baisse de la qualité de vie au niveau de:
- l'état émotionnel,
- la capacité au travail et aux loisirs,
- la capacité aux relations sociales,
- Une élévation des scores relatifs aux symptômes:
- Fatigue,
- Manque d'appétit,
- Constipation (effet secondaire du traitement),
- Douleurs.

Correspondances avec les résultats du Rorschach:

- Indice de dépression positif,
- Présence de malaise psychique et échec des capacités de résistance au stress,
- Tentatives de neutralisation des émotions mise en échec face à des décharges émotionnelles importantes,

- Difficultés à confronter des situations émotionnelles complexes,
- Syndrome de Blanche Neige: refuge dans la rêverie abstraite et passive,
- Mise à l'écart des affects: défense contre l'angoisse liée à la maladie,
- Ignore les conventions sociales: attitude défensive par rapport à un sentiment probable de stigmatisation,
- Attitude négative envers l'environnement pouvant altérer la formation de relations sociales gratifiantes.

Conclusions du QLQ BR23:

L'échelle de qualité de vie spécifique au cancer du sein (QLQ BR23) met en évidence

- une altération de l'image du corps et de la perspective future.
- une élévation des scores relatifs aux:
 - Aux effets secondaires des traitements,
 - symptômes au niveau du bras,
 - Symptômes au niveau du sein.

Correspondances avec les résultats du Rorschach:

- Préoccupation accrue pour l'image de soi centrée sur les aspects négatifs,
- Forte inquiétude portée au corps,
- Sa maladie et sa mutilation induisent une dépréciation de son image quand elle se compare aux autres,
- Pessimisme et inquiétudes en rapport avec des anticipations négatives,

- Inquiétude face à la menace du danger que représente le cancer face auquel elle se sent impuissante.

Stratégies de coping:

Recours tantôt aux stratégies centrées sur la résolution de problèmes qu'à celles centrées sur l'émotion:

- Recherche de soutien social,
- Résolution de problèmes,
- Auto-évaluation positive et, à un degré moindre,
- Évitement.

Correspondances avec les résultats du Rorschach:

- Patiente introversive,
- Porte un intérêt considérable aux relations qu'elle anticipe positivement,
- Ouverte aux interactions émotionnelles, y compris celles impliquant des échanges tactiles habituels,
- Intérêt porté aux autres et engagement dans les échanges intacts,
- Mise à l'écart des affects pour aborder les problèmes d'une manière cérébrale,
- Passivité dans les relations,
- Cherche à éviter la responsabilité et la prise de décision.

5 – Conclusion:

Ce sont là quelques observations préliminaires dans le cadre d'un travail qui n'est qu'à ses premiers balbutiements. Il s'agit plus d'une intention de recherche ou de l'ébauche d'une réflexion loin du travail

fouillé et approfondi que nous espérons mener à travers nos investigations prochaines.

Nous avons pu néanmoins, voir, à travers le cas présenté, que l'utilisation du RSI, peut apporter un plus à la compréhension du fonctionnement mental des patientes et de l'impact que peut avoir la maladie sur les différentes sphères de la personnalité ainsi que des mécanismes et processus mis en place face à la maladie. Nous avons pu voir également que des correspondances entre les mécanismes conscients et les processus psychiques pouvaient être établies.

Références et Bibliographie:

- Exner JE JR, (1996) – Le Rorschach un système intégré, traduction française d'Anne Andronikof, Ed. Frisson-Roche.

- Exner JE JR, (2001) – Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré, traduction française d'Anne Andronikof, d'après la 5^{ème} édition américaine, Ed. Frisson-Roche.

- Exner JE JR, (2003,2012) – Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré, traduction française d'Anne Andronikof, Ed. Frisson-Roche.

- Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR, (2002) – Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer, a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 94, N° 1, January 2, 2002.

- Great-Muller V, (2012) – Répression et détresse énoncée et éprouvée chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Bordeaux II.

- Great-Muller V, Andronikof A, Cousson-Gélie F, Grondin O, Doron J, (2011) – Vécu du cancer du sein entre discours et éprouvé.

Dynamiques psychiques chez les femmes atteintes d'un cancer du sein: anxiété et dépression entre sentiments et émotions. *Psycho-oncol.* 5.

- Hartmann A, (2007) - Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur « accompagnant-référent » ? Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Haute Bretagne, Rennes II.

- Hassas Boumghar L, (2013) – Cancer du sein et qualité de vie chez la femme jeune, étude sur le plan psychologique de 40 femmes traitées, communication présentée aux journées de psycho-oncologie, Alger.

- Kostogianni N, Andronikof A, (2014) – Estime de soi et haut potentiel: une étude Rorschach système intégré. *L'encéphale*, revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique ; Nouvelle série – Volume 40 – Fascicule 1.

- Montazeri A, Vahdaninia M, Harichi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. (2008) – Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC cancer* 2008, Vol. 8: 330, WWW. Biomedcentral.com/1471-2407/8/330.

- Nissen MJ, Swenson KK, Ritz LL, Farell JB, Sladek ML, Lally RM, (2001) – Quality of life after breast carcinoma surgery, a comparison of three surgical procedures. *Cancer*, April 1, 2001/ volume 91/ number 7.

- Paulhan I, Bourgeois M. (1995), *Stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité*, Paris, P.U.F., 2^{ème} édition 2008.

- Rowland J.H., Desmond A.K., Meyerowitz E., Belin T.R., Wyatt G.E., Ganz P.A. (2000), Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the national cancer institute*, volume 92, number 17, 1422-9, <http://jnci.oxfordjournals.org/>

- Velten M. & al. (2010) – Qualité de vie et réinsertion après cancer du sein en France, étude comparative à partir de trois registres des cancers. Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique EA 3430, Université de Strasbourg.

- Velten M., Klein D., Lemoisson E., Puyraveau M., Danzon A., Dalsro V., Pozet A., Guizard A.V., Henry-Amar M., Mercier M (2011), Qualité de vie et réinsertion après un cancer du sein en France, étude comparative à partir de trois registres des cancers, laboratoire d'épidémiologie et de santé publique, Université de Strasbourg, Centre régional de lutte contre le cancer Paul Strauss, Strasbourg, disponible sur internet:

www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/5470-m-velten