

INSTITUT SUPERIEUR DE PHILOSOPHIE
ET DE SCIENCES HUMAINES DON BOSCO-LOME

Mosaïque



**Revue interafricaine de Philosophie
et de Sciences Humaines**

N° 23 Juin 2019

ISSN 1812-8645

INSTITUT SUPERIEUR DE PHILOSOPHIE
ET DE SCIENCES HUMAINES DON BOSCO-LOME

Mosaïque



**Revue interafricaine de Philosophie
et de Sciences Humaines**

N° 23 Juin 2019

ADMINISTRATION DE LA REVUE MOSAÏQUE

Revue interafricaine de Philosophie et de Sciences humaines

Revue semestrielle créée en 2003. Éditée par l'ISPSH Don Bosco Lomé (Togo)

Directeur administratif : Rvd Dr Dieudonné E. O. OTEKPO
Directeur de publication : Professeur Adovi N'buéké GOEH-AKUE
Rédacteur en chef : Professeur Datè Fodio GBIKPI-BENISSAN

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr N'buéké A. Goeh-Akue (Université de Lomé), Pr Datè F. Gbikpi-Benissan (Université de Lomé), Pr Yaovi Akakpo (Université de Lomé), Pr Octave N. Broohm (Université de Lomé), Pr Yao S. Akakpo-Numado (Université de Lomé), Mawusse K. Akue Adotevi, MC (Université de Lomé), Koumealo G. Anate, MC (Université de Lomé), Komi Kouvon, MC (Université de Lomé).

COMITÉ DE LECTURE

Pr Komla M. Nubukpo (Université de Lomé), Pr Kwami C. Dikenou (Université de Lomé), Pr Essoham Assima-Kpatcha (Université de Lomé), Adjo M. Quashie, MC (Université de Lomé), Tossou Atchrimi, MC (Université de Lomé), Pr Souleymane B. Diagne (Université de Columbia), Pr Pierre G. Nakoulima (Université Ouaga I-Joseph Ki-Zerbo), Pr Mahamadé Savadogo (Université Ouaga I-Joseph Ki-Zerbo), Pr Kanvaly Fadiga (Université Houphouët-Boigny, Abidjan), Pr Paul N'Da (Université Houphouët-Boigny, Abidjan), Pr François Joseph Azoh, (École Normale Supérieure d'Abidjan), Boussanlègue Tchable, MC (Université de Kara).

Secrétaire de rédaction : Aklesso Nao

Contact : *MOSAÏQUE*
Institut Supérieur de Philosophie et de Sciences Humaines,
Don Bosco (ISPSH Don Bosco)
09 BP : 9141 Lomé 09, Togo.
Tél. : (+228) 22 27 01 56/Cel : (228) 93 08 80 80/98 87 97 27
E-mail : revuemosaique@ispshdblome.com

© ISPSH, Juin 2019

ISSN : 1812-8645

Dépôt légal : 52/MATDCL/Juin 2019

Tous droits réservés.

PRÉSENTATION

MOSAÏQUE est une revue pluridisciplinaire publiée par l'Institut supérieur de philosophie et de sciences humaines Don Bosco (ISPSH Don Bosco) de Lomé (Togo). Elle publie des articles de recherche scientifique en philosophie et sciences humaines. La revue donne priorité aux textes qui portent sur les questions africaines en lien avec la thématique « Science, Développement, Société ». Bien sûr, l'ouverture de *Mosaïque* aux problèmes d'ailleurs est certaine. Les textes sont sélectionnés par le comité scientifique, en raison de leur originalité, de leur intérêt et de leur rigueur scientifique. Le comité scientifique apprécie la qualité des textes. Les textes qui sont retenus par le comité scientifique sont publiés sur décision de l'administration et de la rédaction de la revue. Les avis et opinions scientifiques émis dans les articles n'engagent que leurs propres auteurs. Les textes non publiés ne sont pas retournés aux auteurs. La revue paraît en français. Toutefois, les auteurs qui utilisent l'anglais comme langue de travail peuvent soumettre leurs textes dans ladite langue.

1. Périodicité

MOSAÏQUE est une revue semestrielle (deux numéros par an). Le premier numéro de l'année paraît en juin et le deuxième numéro en décembre.

2. Conditions de publication des articles

- Les articles doivent être originaux. Ils ne doivent pas avoir fait l'objet d'une publication antérieure. Tous les articles sont soumis à un logiciel anti-plagiat.
- Tous les articles proposés sont soumis à l'appréciation de deux instructeurs spécialistes de la discipline. Aucun article dont les rapports d'instruction sont défavorables n'est publié.
- La lecture des textes proposés prend en compte les critères suivants : la pertinence de la problématique et des fondements théoriques, la rigueur de la méthodologie, la clarté de la langue, la qualité de la réflexion, la qualité et la richesse de la documentation (références bibliographiques), la pertinence de la conclusion.
- Les propositions de correction éventuelles sont transmises à l'auteur par le secrétariat de rédaction.
- Les articles qui ne sont pas rédigés ou révisés, par leurs auteurs, conformément aux normes éditoriales de la revue *Mosaïque* ne sont pas publiés.
- La revue reçoit des comptes rendus d'ouvrage dont la longueur peut être d'une ou deux pages.

3. Normes éditoriales

Les articles que notre revue publie doivent respecter les normes éditoriales suivantes :

a. Longueur des articles : 12 à 18 pages.

b. Normes typographiques : police : times new roman ; taille : 12 ; interligne : 1,5 ; marges (supérieure, inférieure, gauche et droite) : 2,50 cm ; espacement entre les paragraphes : 6 pts ; texte justifié.

c. Structure d'un article

- Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique. Résumé en Français (objet et objectifs de l'article, méthode utilisée, conclusions dégagées, 150 mots au maximum), Mots-clés (5 à 8 mots), Abstract, Key words, Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.

- Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français (objet et objectifs de l'article, méthode utilisée, résultats obtenus, 150 mots au maximum), Mots-clés (5 à 8 mots), Abstract, Key words, Introduction, Méthodologie, Résultats et Discussion, Conclusion, Bibliographie.

- Les articulations d'un article, à l'exception de l'introduction, de la conclusion, de la bibliographie, doivent être titrées, et numérotées par des chiffres (exemples : 1.; 1.1. ; 1.2. ; 2. ; 2.1. ; 2.2. ; 2.2.1. ; 2.2.2. ; 3. ; etc.)

d. Citations

Les passages cités sont présentés en romain et entre guillemets. Lorsque la phrase citant et la citation dépassent trois lignes, il faut aller à la ligne, pour présenter la citation (interligne 1) en romain et en retrait, en diminuant la taille de police d'un point.

Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, de la façon suivante :

- (Initiale(s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur, année de publication, pages citées).

- Initiale(s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées).

Les sources historiques, les références d'informations orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

e. Références bibliographiques

Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom(s) de l'auteur, Année de publication, Zone titre, Lieu de publication, Zone Éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté en romain et entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique. Dans la zone Éditeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex. : 2ⁿ^e éd.).

Ne sont présentées dans les références bibliographiques que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur.

f. Présentation des figures

La présentation des figures, cartes, graphiques... doit respecter le format de la revue *Mosaïque*.

4. Gestion des contributions

Pour être publié dans *MOSAÏQUE* :

L'auteur

- soumet un article conforme aux règles éditoriales de la revue.
- joint les frais d'instruction de 20.000 F CFA (10.000 F CFA par instructeur).

La rédaction, dans un délai de six semaines, notifie la décision à l'auteur. Trois décisions sont possibles :

- à publier en l'état ;
- à publier après corrections (celles-ci sont indiquées) ;
- refusé (les motifs sont donnés).

Après acceptation, l'auteur paie les frais de publication qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

5. Autres considérations

- Les propositions d'article sont envoyées par courriel au secrétariat de rédaction à l'adresse : revuemosaïque@ispshdblome.com avec copie à chaknao@yahoo.fr.
- La rédaction ne donne suite qu'aux textes qui lui sont envoyés directement sans passer par des intermédiaires.
- Le résultat de l'évaluation est communiqué à l'auteur par la même voie.
- L'auteur reçoit la version électronique (tiré à part) de son article publié.

Le Directeur de publication

Pr Adovi N'buéké GOEH-AKUE

SOMMAIRE

PHILOSOPHIE

Repenser le paradoxe libéral de l'harmonie naturelle des intérêts Dotsè Charles-Grégoire ALOSSE (Université de Kara - Togo).....	3
Le sens de l'histoire et le concept kantien de l'hospitalité universelle Yawo Agbéko AMEWU (Université de Lomé - Togo).....	21
Dynamique individualiste, participation citoyenne et exigence de décentralisation chez Tocqueville Komlan Agbetoézian AZIALE (Université de Kara - Togo)	37
Jean-Marc ELA. Décentrement épistémique et renaissance africaine : penser l'Afrique à partir de son propre terroir Mahougnon SINSIN (Università Pontificia Salesiana Roma-Italia).....	53

SCIENCES HUMAINES

Leadership pédagogique des enseignants des secteurs publics et privés : étude psychosociale Gildas ABI-KABEROU (École Normale Supérieure d'Abidjan - Côte-d'Ivoire)...	77
Représentations sociales des enseignants du Second degré sur la professionnalisation de leur métier Laurent Mahougnon AHLONSOU (École Normale Supérieure d'Abidjan - Côte-d'Ivoire)	93
Représentation sociale du châtiment corporel par les enseignants du Primaire au Togo Atsu Dodzi DOM (Université de Lomé - Togo).....	115
Avis du conseiller d'orientation dans le choix du parcours et capitalisation des crédits chez les nouveaux étudiants de Licence à l'Université de Lomé à l'ère du système LMD Yawo Adzéoda HOLU (Université de Lomé - Togo).....	131
Émergence de l'anxiété suite à la détérioration de la qualité de vie : cas de la mastectomie à Kara au Togo Grégoire-Magloire GANSOU, Patrick HOUESSO, Pagnamam POROMNA (Université d'Abomey Calavi - Benin).....	145
Appropriation des plages et production d'un espace public atypique dans le Grand Lomé Coffi Cyprien AHLOU, Yawavi Makafui AGBEMEDI (Université de Lomé - Togo)	161
De la décentralisation au risque de dégénérescence sociale au Togo : cas des préfectures de Doufelgou et de la Kéran Yentougla MOUTORE et Assindah MAGNETINE (Université de Kara - Togo).	177
Effets de la crise sécuritaire de 2012 au Mali sur deux branches d'activités artisanales à Djenné Moussa dit Martin TESSOUGUE, Boubacar TOGOLA (Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako - MALI).....	191

ÉMERGENCE DE L'ANXIÉTÉ SUITE À LA DÉTÉRIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE : CAS DE LA MASTECTOMIE À KARA AU TOGO

Grégoire-Magloire GANSOU, Patrick HOUESSO, Pagnamam POROMNA
Université d'Abomey Calavi (Benin)
gregansou@gmail.com / yelindopatrick@yahoo.fr / poromna78@yahoo.fr

Résumé

La mastectomie influence négativement la qualité de vie de la femme avec l'émergence de l'anxiété. À travers cette étude, nous cherchons à montrer l'impact de l'anxiété sur la qualité de vie de la femme mastectomisée. Il s'est agi d'une étude de cas réalisée au CHU Kara au service de la maternité de décembre 2017 à novembre 2018 auprès d'une femme mastectomisée âgée de 50 ans. Les données sont recueillies au moyen de l'entretien semi-dirigé, l'échelle d'anxiété d'Hamilton et le questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36. À l'issue de l'étude, la qualité de vie de la femme mastectomisée était très basse (mauvaise) avec un score global de 33,03 points au lieu de 64,30 qui constitue la moyenne référentielle. Cette baisse de la qualité est suivie d'une anxiété majeure avec un score 39 points au lieu que score soit inférieur à 17 points. Elle évite le contact avec son entourage et souffre d'une baisse du désir sexuel. La douleur physique constitue un handicap dans la réalisation de ses activités quotidiennes. L'infidélité du mari a fragilisé davantage son état psychique.

Mots Clés : Sein, cancer de sein, mastectomie, qualité de vie, anxiété

Abstract

Mastectomy negatively influences a woman's quality of life with the emergence of anxiety. Through this study, we seek to show the impact of anxiety on the quality of life of the mastectomized woman. It was a case study carried out at Kara CHU at the maternity ward from December 2017 to November 2018 with a 50-year-old woman with mastectomies. Data are collected through the clinical interview, the Hamilton Anxiety Scale, and the MOS-SF36 quality of life questionnaire. At the end of the study, the quality of life of the mastectomized woman was very low (bad) with an overall score of 33.03 points instead of 64.30 which constitutes the reference average. This drop in quality is followed by major anxiety with a 39 points score instead of a score of less than 17 points. She avoids contact with those around her and suffers from a decrease in sexual desire. Physical pain is a handicap in carrying out daily activities. The infidelity of the husband further weakened his psychic state.

Key words: Breast, breast cancer, mastectomy, quality of life, anxiety

Introduction

La maladie grave peut influencer négativement le mode de vie de la personne atteinte. Cette influence négative est due à la complexité des traitements qu'il a à prendre et les effets secondaires auxquels il sera soumis.

Parmi les maladies graves, nous pouvons faire référence à l'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance rénale, le cancer plus précisément le cancer du sein.

En 2012, le cancer du sein comptait le plus grand nombre de nouveaux cas avec 48 743 nouvelles personnes diagnostiquées sur 155 004 nouveaux patients, tous types de cancer confondus selon l'Institut National du Cancer. Avec le progrès de la médecine, les cancers sont classés dans la catégorie des maladies chroniques.

Il est une maladie chronique, évolutive, souvent associée à une ablation du sein et à la menace de complications graves. Les cancers se répartissent en deux grandes catégories : les carcinomes ou les épithéliomas et les sarcomes (J. Quevauvilliers, 2009). On parle du cancer du sein dès que le sein a une tumeur maligne résultant d'un déséquilibre dans le mécanisme de croissance et d'une multiplication cellulaire. La cellule se caractérise par des anomalies musculaires avec mitoses fréquentes et anarchiques. De nombreux facteurs peuvent intervenir dans la cancérogenèse : substance chimique, radiations, virus, hérédités, etc. Il touche la glande mammaire de la femme, principalement sous la forme d'un adénocarcinome, parfois sous la forme d'un sarcome. Très souvent, il s'accompagne de métastases à distance, qui peuvent survenir avant même que la tumeur d'origine ne soit décelable cliniquement. Les symptômes du cancer du sein sont variables (N. Benzidane, 2004 ; N. Daly-Schweitzer, 2003).

Un certain nombre de symptômes tels que grosse tumeur, ulcère, déformation du sein, écoulement du mamelon, mamelon qui est tourné vers l'intérieur, grosseur découverte fortuitement au niveau du sein, nodule mammaire palpé qui est indolore, l'apparition d'une plaque rouge qui s'étend lentement du mamelon vers l'aréole, la peau du sein est rouge et œdémateuse, parfois une chaude chaleur locale ou des douleurs. Tous ces symptômes ne seraient pas sans effet sur la psychologie de la femme (N. Benzidane, 2004).

Des cellules métastatiques peuvent migrer dans la circulation sanguine à un stade précoce de la maladie. Ainsi, on émet l'hypothèse que, le cancer est une maladie d'emblée généralisée qui devrait répondre à une stratégie médicale globale et plus locorégionale. Il y a donc la nécessité de prescrire systématiquement un traitement général à la suite de l'intervention chirurgicale lorsqu'il existe des facteurs pronostics défavorables (N. Benzidane, 2004 ; Y. Morin, 2003).

Au-delà des complications, le cancer du sein touche un organe très symbolique dans la vie de la femme : « le sein ». Étymologiquement, le terme sein vient du latin *sinus* : courbure, pli (J. Lanouziere, 2007 ; J. Quevauvilliers, 2009).

Cet organe est très investi dans la vie de la femme. Selon A. Pochon (2010) le sein est un organe qui participe énormément à la vie sexuelle de la femme. Il fait partir des caractères sexuels secondaires. De plus, il est relié nerveusement aux organes génitaux et à l'hypophyse. Leur développement fait suite à l'action des hormones sexuelles qui apparaissent à la puberté. Il n'en reste pas moins qu'ils sont des organes participant à part entière de la vie génitale de la femme, car ils ont un rôle physiologique de la plus haute importance en association avec la fonction reproduction (M-C. Delahaye, 1992).

Le sein constitue un véritable vecteur de communication des femmes et l'enfant. Au-delà de ses rôles sexuels, il intervient dans l'identité féminine, d'appropriation corporelle. Il joue également un rôle nourricier et constitue un vecteur de transmission l'intelligence (P.Houessou, M-G.Gansou et P.Poromna, 2018). Dans certains milieux africains, il représente un véritable vecteur de don. A. Bouhdiba (1975) avait montré que l'Islam reconnaît également la parenté de lait et le rôle que joue le lait dans la « délimitation de la constellation familiale, à l'intérieur de laquelle toute forme de relation sexuelle est sévèrement prohibée (A. Bouhdiba, 1975, p. 26).

Ajoutons également que c'est au moment de la puberté, la fille se trouve en face du développement cet attribut congrûment féminin. Ce développement permet ainsi à la fille de combler cette envie du pénis dont on ne peut ignorer l'emprise sur la vie psychique de la petite fille et de la femme, favorisant les fantasmes de castration. Ainsi, cette perte d'un sein est de l'ordre de l'impensable (F. Brullmann, 2007). Selon G. Falardeau (1994), une fille en puberté peut présenter des symptômes de la mélancolie lorsqu'elle fait face à un développement inégal de ses seins.

Il est le plus fréquent des cancers chez la femme. C. Hill et F. Doyon (2004) montrent qu'en France, environ 42 000 nouveaux cancers du sein sont diagnostiqués chaque année et environ un million de nouveau dans le monde. Les statistiques sur le cancer féminin issues du registre hospitalier en matière de cancer au Togo révèlent que le cancer de sein représente un problème majeur. Il représente 36,67 % de l'ensemble du processus tumoral mammaire. Des recherches prouvent que le cancer du sein est en progression (PNLMNT, 2011). P. Nzonou (2001) ; G. Napo-Koura, K. Akpadza et S. Boukari (2000) ont trouvé dans leurs études épidémiologiques que le cancer du sein représente le premier des cancers gynécologiques avec une proportion de 55,49 %. Ainsi, le cancer du sein constitue une maladie pouvant toucher un nombre de femmes au cours de leur vie.

L'annonce d'un cancer du sein et de la mastectomie constitue une attaque violente contre la femme compte tenu de la valeur de l'organe touché. Selon, M. Kédia (2013) « cancer » et « sein » sont deux mots lourdement chargés de significations symboliques où le psychisme est alors massivement envahi par une angoisse qui ne laisse à rien d'autre qu'à cette idée de tumeur « TU MEURS ». Le sein devient donc à son tour, une menace, une probable confrontation à la mort qui provoque une détresse interne, au moment de l'événement brutal et de l'annonce. Le vécu de cet événement traumatique varie d'une femme à une autre. L'annonce de cette maladie létale et de l'acte chirurgical provoquant en elle un choc, une désorganisation du schéma corporel, et un bouleversement de sentiment, celui d'être différente (M. Declercq et F. Lebigot, 2001).

La fin du traitement, il y a parfois de la détresse psychologique. Suite aux séquelles laissées par les traitements comme la chirurgie, peuvent se sentir mutilées, occasionnant ainsi la détresse psychologie N. Rumsey et D. Harcourt (2004). Cette détresse peut se manifester sous forme de l'anxiété et la dépression. La prévalence de l'anxiété est supérieure à celle de la dépression (14.4 versus 3.1 %) (N. Baize, N. Mounier, A. Bongain et J-P.Spano, 2008).

Face à la maladie et le sujet doit élaborer des mécanismes pour pouvoir y faire face à la maladie ces défenses ont une fonction adaptative permettant l'ajustement et rendant tolérable la tension engendrée par l'annonce (O. Bouché et B. Ulrich, 2011).

Selon, S. Dauchy (2004) pendant la période de la maladie, le conjoint doit beaucoup s'investir dans les activités quotidiennes que la femme menait. De plus, les charges liées aux enfants et à la lourdeur de leurs enjeux professionnels au moment de la maladie de leur épouse peuvent fragiliser les époux. Chez les enfants, les plus petits, le sentiment d'insécurité lié à l'indisponibilité de la mère domine, alors que les adolescents sont plutôt préoccupés par la difficulté d'avoir à assumer une part plus importante des responsabilités familiales que celle normalement assumée à leurs âges. L'une des difficultés des femmes concerne les répercussions de leur maladie sur leur famille ainsi que les possibles difficultés de communications avec les enfants (S. Dauchy, 2004). D'après Barnes et coll. (2001), peu d'enfants sont tenus informés de la possibilité que la mère ait un cancer (14 %), alors qu'un 26 tiers est tenu au courant de la possibilité que la mère soit gravement malade, mais sans que le mot cancer soit posé.

L'objectif de la prise en charge en oncologie est de guérir totalement le sujet ou de le mettre sous les soins palliatifs afin de prolonger la durée de sa vie. Au-delà, l'amélioration la qualité de vie constitue également une priorité de la prise en charge (A. Leplege et J. Coste, 2001).

A. Montazeri et al (2008), ont évalué l'impact du diagnostic et du traitement, sur la qualité de vie des femmes qui en sont atteintes un an après la fin du traitement. La grande majorité (82.6 %) d'entre elles avait subi une mastectomie, dans le cadre du traitement. Les résultats de cette étude ont montré des différences significatives sur différents plans. Les auteurs ont en effet remarqué une baisse dans les scores des patientes pour les items portant sur l'image du corps, et le fonctionnement sexuel. Elles ont évoqué différents problèmes dans leur qualité de vie en général (fatigue, douleur, symptômes divers au niveau des bras, insomnies), et cela même après les 18 mois qui ont suivi leur traitement.

Le rétablissement psychologique des femmes après la mastectomie pose alors de véritables problèmes. Elles ont des difficultés à faire le deuil du rôle des investissements antérieurs du sein amputé. Il est fait de la préservation des rôles familiaux, sociaux et professionnels (S. Dauchy, 2006). De nombreuses études montrent aussi que les patients cancéreux peuvent avoir une évaluation relativement positive de leur vie. En effet, certaines dimensions de la qualité de vie seraient améliorées « grâce » à la maladie (comme les relations familiales) (G-N. Fischer, 2002).

En somme, le cancer du sein est une maladie grave en témoigne le taux de nouveaux cas et de décès recensés chaque année dans le monde (C. Hill et F. Doyon, 2004). En plus, cette maladie touche le monde entier et n'épargne pas le Togo (G. Napo-Koura, K. Akpadja et S. Boukari., 2000). Le diagnostic et la prise en charge occasionnent des troubles d'anxiété chez la plupart des femmes. Au-delà du traitement, l'objectif du thérapeute est l'amélioration de la qualité de vie de la patiente. Cette qualité de vie est très mauvaise chez les femmes ayant connu la mastectomie (A. Montazeri et coll., 2008).

Eu égard à ce qui précède, nous nous demandons pourquoi la qualité de vie des femmes après la mastectomie est affectée négativement ?

L'anxiété élevée après la mastectomie explique la dégradation de la qualité de vie des femmes après la mastectomie.

À travers cette étude, nous cherchons à voir comment l'anxiété influe sur la qualité de vie de la femme après la mastectomie et contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des femmes ayant subi de la mastectomie.

1. Méthode

Cette étude s'est effectuée au CHU-Kara plus précisément au service de la maternité et de la gynécologie. Il est le seul Centre Hospitalier Universitaire à partie

septentrionale du Togo. Il reçoit une population venant de divers horizons. Il se situe à environ 420 km de la capitale du Togo.

Notre population cible est constituée de toutes les femmes ayant connu la mastectomie au CHU Kara et qui ne sont plus sous chimiothérapie ni radiothérapie ni hormonothérapie. Pour être sélectionnée, la femme doit avoir subi la mastectomie d'un seul sein. Elle doit comprendre au moins une des trois langues suivantes : Kabyé, Ewé, Français. Ne sont pas incluses dans cette étude, toutes les femmes n'ayant pas répondu l'un des critères susmentionnés.

Notre étude s'est déroulée de décembre 2017 à novembre 2018. Durant cette période, nous avons reçu une femme que nous nommerons Madame A. Elle est reçue avec une fréquence d'une fois tous les deux mois pour l'évaluation de sa qualité de vie.

Cette étude se présentera sous la forme de l'étude de cas. Elle est utile lorsqu'on essaie de connaître soit un phénix qui n'est pas encore compris et donc requiert une exploration, soit des faits psychologiques complexes qui sont difficiles à reproduire expérimentalement (D. Westen, 2000). Elle de cas va se construire essentiellement sur des informations recueillies à partir des entretiens cliniques, de l'échelle de l'anxiété d'Hamilton et du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36.

L'entretien clinique, nous a permis d'explorer cinq axes à savoir : Informations personnelles, les informations concernant l'état de santé antérieur et actuel du sujet, les informations concernant l'investissement d'objet, l'anxiété, la qualité de vie. Le traitement des données de l'entretien clinique est fait d'analyse du contenu.

L'échelle d'anxiété d'Hamilton (1959) cité par (C. M. Sarron et V. Luis 2004) est composée de 14 items. La passation permet d'obtenir un score global et deux sous scores (anxiété psychique et anxiété somatique). Les items couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil et enfin l'humeur dépressive.

Elle est composée de 14 items sur lesquels nous allons nous baser pour faire la cotation :

- la note 0 correspond à l'absence de manifestation de symptômes,
- la note 1 correspond à la manifestation des symptômes d'intensité légère,
- la note 2 correspond à la manifestation des symptômes moyens,
- la note 3 correspond à la manifestation des symptômes d'intensité forte,

— la note 4 correspond à des symptômes d'intensité extrême, véritablement invalidante.

Après la cotation, la note globale est la somme des notes obtenues à chacun des items. Il est possible d'avoir deux notes partielles : une note d'anxiété psychique (somme des items 1-2-3-4-5-6-14) et une note d'anxiété somatique (somme des items de 7 à 13).

Après la cotation si le score est égal à 17 on parle d'anxiété légère. Quand il se situe entre 18 à 24, on dira de l'anxiété qu'elle est légère à modérer. De 25 à 30 l'anxiété est modérée à grave. À partir de 30, l'anxiété devient majeure.

Le questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36 est choisi pour cerner la qualité de vie des femmes atteintes du cancer du sein.

Le questionnaire MOS- SF-36 comporte 36 questions qui explorent 8 domaines qui sont :

- Activité physique question 03 composée 10 sous questions (PF)
- Limitations dues à l'état physique question 04 composer de 04 sous questions (RP)
- Douleurs physiques question 7 et 8 (BF)
- Santé perçue la question 1.2.3.4.6.8 (GH)
- Vitalité la question 09 composée de 04 sous question (i, e, c, a) (VT)
- Vie et relations avec les autres questions 6et 10 (SF).
- Santé psychique question 09 composée de 04 sous question (h, f, d, g, b) (MH).
- Limitations dues à l'état psychique. La question 05 est composée de 03 sous question (RE).

Les réponses à ces questions permettent d'établir un score par domaine.

Ce score est obtenu en plusieurs étapes (F. Orhan, 2009). Les réponses à chaque question donnant une valeur qui est codée entre 0 et 100, l'estimation subjective est basée sur l'échelle de Likert, on pose les degrés de 1 à 3, de 1 à 6 hiérarchiquement.

L'appréciation de la qualité de vie est jugée positive lorsque la valeur obtenue est supérieure du degré global de la qualité de vie, les estimations des valeurs se comptent à travers la transformation appelée transformation linéaire, et repose sur les formules suivantes :

- Les dimensions 1, 2, 6, 8, 9 (h, e, d, e), 11 (cb) sont cotés de 100.75.50.25, 0.
- Les dimensions 4(d, c, b, a), 5(c, b, a), 9 (i, g, f, c, b), 10,11 (d, a), sont coter de

0.25.50. 75.100.

- La dimension 3 (j, i, h, g, f, e, d, c, b, a) est cotée de 0.50.100.

- La dimension 7 sont cotés 100.80.60.40.20.0.

Les scores obtenus, seront additionné, puis se divise sur nombre des questions de chaque dimension pour l'appréciation de la qualité de vie effectuée par l'addition des degrés des moyens des dimensions obtenues est divisé par 8. L'estimation est jugée positive lorsque le degré est supérieur, par contre jugé négatif lorsque le degré est inférieur.

Pour la collecte des données, nous avons eu à faire six entretiens cliniques avec Madame A. Nous avons complété l'entretien clinique de la cinquième rencontre par l'échelle d'anxiété et à la sixième rencontre le questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36. Nous avons opté cette passation, car, au début de la recherche notre patiente était plus méfiante. À la cinquième rencontre, elle était plus détendue.

2. Résultat

➤ Présentation du cas

Madame A, âgée de 50 ans, est l'ainée d'une fratrie de six enfants, cinq garçons. Mariée depuis 22 ans, elle est mère de quatre enfants, tous des garçons. Elle est titulaire d'une maîtrise en sociologie et est directrice d'une ONG. Elle est catholique pratiquante. Elle a subi une mastectomie depuis 2014. Elle est agressive et angoissée au début de notre rencontre. Au second entretien, elle est devenue plus compréhensible et a demandé des rencontres beaucoup plus rapprochées.

➤ Analyse clinique psychopathologique

- Les informations concernant l'état de santé antérieur et actuel du sujet,

Elle a vécu son enfance et adolescence totalement en bonne santé. Elle n'a jamais été hospitalisée. La découverte de la maladie s'est faite au hasard.

« Lors d'une douche, j'ai senti une douleur avec une boule dans le sein gauche. Deux semaines après, il y a une modification de la taille de mon sein, et j'ai commencé à m'inquiéter. J'ai été voir un prêtre exorciste qui a confirmé que c'est un envoutement. Après les messes de guérisons, il n'y a pas eu d'amélioration. Sur insistance de mes enfants, j'ai consulté un médecin, qui m'a diagnostiqué le cancer de sein après avoir subi plusieurs analyses. ». (Témoignage de notre sujet),

Parlant de l'origine de la maladie, elle a souligné que c'est un envoutement « *je suis la personne qui prend soin de ma mère. Or les gens souhaiteraient qu'elle souffre* ».

Depuis l'annonce de la maladie, elle a ajouté : « *j'étais perdue, je voyais tout noir et je ne pensais qu'à la mort* ». D'après, ce que Madame A nous a rapporté, nous, comprenons que celle-ci a été très affectée par l'annonce de cette maladie. Elle a été très affectée. En plus, elle a eu du mal à accepter le diagnostic. Elle dit : « *j'ai senti comme si ma vie est terminée* ». Elle n'a pas accepté cette nouvelle jusqu'à ce jour. Elle s'inquiète : « *Je suis tout le temps angoissée* ». Après cette mastectomie, elle a subi une radiothérapie et une chimiothérapie. Elle subit des bilans périodiques avec d'énormes effets secondaires du traitement. « *Je suis fatigué de ces injections et traitements* ».

Deux semaines avant la maladie, elle a perdu sa tante maternelle chez qui elle a fréquenté, qui est décédée de la crise cardiaque. Sa mère est très menacée dans la famille pour des raisons d'héritage ainsi, elle était obligée de la ramener chez elle en ville. Elle se plaignait :

« Je deviens quoi ? Ils l'ont tué parce qu'elle défendait notre cause. Je me demande souvent où est Dieu ? Parfois, je doute de son existence. Je ne sais pas ce que m'a mère les ont faits ? Elle n'a pas demandé à naître dans cette famille. Elle est la seule personne qui a dépensé pour la santé de son père avant sa mort. Maintenant, ils estiment que la femme n'a pas droit à l'héritage. Je ne dors plus suffisamment. J'ai souvent une boule dans la gorge qui m'empêche parfois de parler » (Témoignage de notre sujet).

Nous voyons malgré son état de santé, elle a également d'autres préoccupations par rapport à son environnement culturel. Les indicateurs de l'anxiété qu'elle manifeste ne sont pas liés à la mastectomie, mais à la détérioration de son milieu de vie.

Son mari avait une aventure extraconjugale avec une de ses meilleures amies. Elle en parlait en pleur :

« Elle fut ma meilleure amie. Mais je ne sais pas comment cela s'est passé. Mon mari ne veut plus que je parle de cette femme. À plusieurs, discussion, il ne perçoit pas la gravité de son acte. Je me dis parce que je ne suis plus une femme. Il rentre souvent tard. Je ne sais pas s'il a arrêté la relation ou pas. Tu penses que je peux en être à l'aise avec sur le plan d'intimité ? Il a déjà peur de mon corps et a trouvé une autre déjà. Dieu est le seul juge » (Témoignage de notre sujet).

Après la mastectomie, il y a la diminution de l'activité physique, de la vie sexuelle. Elle souffre de plusieurs problèmes musculaires, plus précisément des douleurs intenses sur le bras gauche. Suite à la mastectomie, elle s'investit énormément dans les activités spirituelles. Elle a dit : « *seul Dieu peut me trouver une solution. Malgré ma santé au lieu que mon mari me soutient, il a préféré se faire consoler par ma meilleure amie* ».

- les informations concernant l'investissement d'objet

Madame A a souligné des événements qui ont bouleversé sa vie. Il s'agit essentiellement du décès de sa tante maternelle, la trahison de son mari et surtout les problèmes familiaux de sa mère biologique. Le plus marquant c'est l'annonce du cancer et de la mastectomie.

Sur le plan relationnel, elle entretient de bonnes relations avec son entourage. Elle habite dans leur propre maison avec sa mère et sa belle-fille (la femme de son fils aîné). Depuis la mastectomie, elle n'est plus très sociale. « *Je n'étais pas comme ça, mais depuis la maladie, je ne peux plus faire entrer personne chez moi* ». Elle ne veut plus voir son mari « *j'ai perdu confiance en lui. Il trouve toujours des raisons pour rester dehors pour faire ce qu'il veut (silence) voir ses maitresses. En plus, il ne parle plus de ma situation* ».

Sur le plan professionnel, elle n'arrive plus à faire les activités hebdomadaires. Elle se fait assister dans la plupart de ses tâches professionnelles par la secrétaire. Compte tenu des douleurs, elle prend régulièrement des repos maladies. Au foyer ses tâches quotidiennes elle ne peut pas les accomplir toute seule, ce qui fait qu'elle fait appel à d'autres personnes.

La vie sexuelle est très dégradée. Malgré la demande de son mari, elle n'arrive plus à le satisfaire. Elle a des douleurs lors des relations intimes.

- L'anxiété

À travers ses expressions, ses difficultés sont liées essentiellement à sa maladie. Elles étaient inquiétées de sa mastectomie « *je ne suis pas comme les autres, je m'inquiète pour mon sein, surtout quand je suis dehors* ». Elle nous parle des cauchemars qui sont dus aux stress et souci diurnes. La plupart de ses cauchemars sont liés aux problèmes qu'elle vit avec son mari. Elle ajoute :

« avec cette maladie, je ressens du changement, ma mentalité a complètement changé soit avec mon mari ou avec mes enfants, je suis devenu très froid, je n'aime pas sortir je n'aime pas l'ambiance comme avant » (Témoignage de notre sujet).

D'après les dires de notre patiente, nous avons remarqué qu'elle cachait une grande tristesse à l'intérieur d'elle, perte de gout de vie. En plus, elle est très nerveuse par rapport au sort de sa mère « *quand ma mère me parle de ce que ses démis frères l'on fait subir, je me dis que la famille n'existe pas sur cette terre* ». En effet, le moindre fait banal l'énerve, surtout concernant le comportement ou les regards des autres. Quand quelqu'un l'énervé, ou bien l'a regardé d'une façon autre que d'habitude, elle réagit par des pleurs et préfère s'enfermer dans la chambre.

Elle ne veut plus se mirer « *quand je me mire, j'ai l'impression que je ne suis plus la même personne. Même la nuit je préfère dormir dans l'obscurité* ».

- La qualité de vie (QDV)

Sa vie quotidienne et familiale a complètement changé depuis qu'elle est atteinte du cancer du sein. Elle est devenue réservée, elle sort moins et a de grandes difficultés à communiquer avec son entourage. Elle évite au maximum l'entourage. La vie sexuelle est également touchée du faite de l'infidélité du mari. Elle déteste les rapports sexuels. Elle raconte : « *Ma famille est affectée plus que moi surtout ma mère, elle souffre beaucoup* ». Au-delà, notre patiente souffre d'insomnie. « *J'ai des difficultés à dormir, et pour dépasser ces contraintes je regarde la télévision, j'écoute les évangiles ou je lis la Bible* ».

Lors des contrôles à l'hôpital, elle était souvent accompagnée par son mari. Mais elle aurait préféré être en compagnie d'une autre personne, car ce dernier était impulsif et parfois hostile envers elle, même au sein du service et en présence du personnel soignant. Elle déplorait : « *je préfère être seul que d'être mal accompagné. Il ne se contrôle même pas devant les étrangers. Il fait comme j'ai causé ma maladie. Il n'a aucun respect. En plus, il est dangereux. Il serait avec toi, mais dans sa tête c'est autre chose* ». La vie conjugale surtout sexuelle est vraiment détériorée. Elle se confie :

« Je ne peux plus me mirer. J'ai des difficultés à me débarrasser de mon soutien-gorge. Je sais que cela le dérange. Je ne peux pas aussi me laisser avec quelqu'un qui ne t'aime pas. Il arrive parfois cette abstinence créée des disputes. Je cède, mais je n'ai aucun plaisir et j'ai mal » (Témoignage de notre sujet).

➤ **L'échelle d'anxiété d'Hamilton**

Elle a obtenu un score de 39 points marqueur d'une anxiété majeure. Elle s'est montrée nerveuse, agitée, inquiète, tremblante, pâle, en hyperventilation ou en sueur durant la passation.

➤ **L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36**

Tableau I le degré de la qualité de vie de la femme ayant subi la mastectomie

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VI	GH	QDV global
QDV	35	14.5	38	62.5	20	33.33	43.75	17.2	33.04
MOS SF36	70.6	52.9	70.8	78.7	70.3	65, 7	52, 1	56,9	64, 30
	1	2	3	7	8	8	5	3	

La qualité de vie globale est à 33,04. Elle est très basse en comparaison avec le référentiel MOS-SF36 qui est de 64,30. Évaluation des huit dimensions donne des scores inférieurs à la moyenne référentielle du SF36. Ce résultat montre que la maladie a un impact négatif sur la qualité de vie.

Avec l'analyse de l'entretien de Madame A, nous avons trouvé que, depuis l'annonce de la maladie de cette femme, elle souffre du syndrome d'anxiété qui est liée directement à sa santé physique détériorée. D'après elle, elle fournit beaucoup d'effort et il n'y a personne pour l'aider. Elle exprime une inquiétude pour sa santé. Elle a également été affectée par le décès brutal de sa tante et le problème familial de sa mère. En plus, le mari a aussi des relations extraconjugales. Le score de l'échelle d'Hamilton est de 39 points, ce qui signifie qu'elle présente une anxiété majeure.

3. Discussion

Cette étude a eu des limites. La recherche s'est limitée à un seul cas clinique. Ainsi, les résultats ne peuvent pas être généralisés. Nous n'avons pas eu des entretiens avec le conjoint et les enfants de la patiente. La valeur culturelle du sein n'est pas prise en compte. Néanmoins, ce résultat a permis de voir que l'anxiété que présentent les femmes après mastectomie n'est pas seulement liée à l'amputation du sein. Il est associé plus à la détérioration de la qualité de vie.

Après la mastectomie, Madame A, a réduit ses rapports intimes avec son conjoint. Ce résultat va dans le même sens que (P.Houessou, G-M. Gansou et P. Poromna, 2019). Les seins de femmes sont attribués à diverses valeurs entre autres sexuelles, érotiques, et d'attraction. Ainsi, les difficultés des femmes mastectomisées sont liées aux valeurs que les femmes donnent à leurs seins. Les seins de la femme interviennent dans les relations sexuelles. L'absence de ces derniers crée une sensation d'incomplétude. Face à cette situation, une inhibition comportementale s'installe entraînant avec elle une difficulté du traitement d'informations qu'elle reçoit sur le plan sensuel. Elle peut s'auto stigmatiser, car estime que tout son entourage est informé de sa situation. À travers les différentes représentations et le vécu de la mastectomie, elle se replie sur elle-même.

Elle est devenue anxieuse et ne peut plus agir (interruption des « plans d'action »). Elle devient une hyperéveillée sur le plan psychique traduisant la recherche de plan d'action (G. Besançon 1993). Tout comme les recherches de S. Dauchy (2004), le mari ne s'est pas ajusté après la mastectomie de sa femme. Il n'arrive pas à faire le deuil de la maladie de sa femme. Cet échec a occasionné un dysfonctionnement conjugal à travers l'infidélité du mari. Avec la mastectomie et les douleurs, la

femme à une image négative d'elle-même. Il y a une prise de la distance qui ne se limite pas seulement à son entourage, mais également à son conjoint. Le mari est devenu plus fragile et tombé dans l'infidélité. Cette situation est liée au manque de communication au sein du couple. Même si ce dernier l'accompagne à l'hôpital, il est souvent angoissé. Le mari a préféré passer beaucoup de temps dehors pour faire face aux frustrations de la maison.

Cette étude est contraire à celle de Y. Libert et I. Merckaert, citée par C. Segrestan Crouzet (2010). Ces derniers ont mis l'accent sur le rôle du soutien marital comme la première source de soutien des patients cancéreux vivant en couple. Dans cette étude, le mari est devenu la personne qui déstabilise plus la femme par son infidélité et son absence dans le foyer conjugal.

Avec l'ablation du sein, le climat social et familial est devenu une source d'anxiété majeure avec un score de 39 points pour Madame A. Nos résultats sont comparables à ceux de (R. Ladouceur, A. Marchand et J-M. Doisver, 1999). Dans le cas de ce travail, l'anxiété majeure est liée à plusieurs facteurs tels que le problème conjugal, les douleurs musculaires, le regard des autres sur son état de santé, les difficultés sociales de sa mère. Elle a eu une vie sexuelle réduite. Ce résultat va dans le même sens que (L. Zelek, 2010). Le sein est un organe à part, doté d'une inestimable valeur de l'ordre de l'esthétique, de la sensualité, de l'érotisme, de l'attraction et de séduction. Ils poussent lors de la maturité sexuelle de la femme c'est-à-dire à l'adolescence. Il peut être considéré comme un indicateur de la maturité sexuelle. Dès lors que celle-ci est perçue comme réduite en raison de mastectomie, la femme peut se représenter comme étant castrée. Avec la maladie Madame A, est devenue très éveillée par rapport à son corps (G. Besançon, 1993). Elle est préoccupée par son image envers la société. Cette situation l'amène à éviter le contact avec la société.

Madame A souffre d'une anxiété majeure suite à son ablation du sein. Cette anxiété est due aux difficultés sociales et la représentation qu'elle fait de son propre corps. Ce résultat concorde avec les études de (R. Ladouceur et A. Marchand, J-M. Doisver, 1999).

Conclusion

Le cancer du sein et la mastectomie constituent des événements douloureux dans la vie de la femme. Le syndrome de l'anxiété est inévitable pour la femme vu l'interaction entre le psychisme et le corps. Cette interaction influe sur la qualité de vie de ces femmes.

Au-delà prise en charge médicale, il est important de faire une exploration du milieu de vie de la femme mastectomisée. Le milieu de vie (familiale, conjugale, et professionnel) de la femme mastectomisée joue un rôle indispensable dans sa guérison.

Madame A. a eu des difficultés dans les relations sexuelles avec son mari. Elle lie ses troubles sexuels à des antécédents d'infidélité de son mari. Il serait important d'investiguer pour comprendre le fonctionnement conjugal. Les douleurs physiques du bras gauche agissent sur ses activités quotidiennes. En plus, elle s'auto stigmatise en évitant au maximum son environnement social. Les problèmes familiaux de sa mère et le décès tragique de sa mère sont autant de facteurs associés à son anxiété.

La maladie cancéreuse et la mastectomie sont une atteinte traumatique, mais également du mari. Nous parlons d'un traumatisme qui surgit au sein de couple. Les deux membres du couple doivent s'engager pour affronter l'épreuve qui est survenue de l'annonce du diagnostic jusqu'au traitement. La patiente et son conjoint doivent faire face à des angoisses et des difficultés épuisantes. La prise en charge médicale doit être complétée par la prise en charge psychologique et sociale afin de diminuer les souffrances psychiques et de garder une homéostasie générale plus équilibrée. La mastectomie engendrant des répercussions physiques et psychiques détériore la qualité de vie de femme. Une mauvaise qualité de vie favorisera l'émergence de l'anxiété.

Références bibliographiques

BAIZE Nathalie, MOUNIER Nicolas, BONGAIN André, SPANO Jean-Philippe, 2008, « Féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie », *Bull Cancer*, 9/95, pp. 849-857.

BENZIDANE Nourredine, 2004, *Cancer du sein, diagnostic et traitement*, Alger, O.P.U.

BESANÇON Guy, 1993, *Manuel de psychopathologie : Anxiété, dépression et psychopathologie du corps*, Paris, Dunod.

BOUCHE Olivier et ULRICH Bernard, 2011, *Les annonces en cancérologie*, Paris : Springer.

BOUHDIBA Abdelwahab, 1975, *La sexualité en Islam*, Paris, PUF.

- BRULLMANN Françoise, 2007, « Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée », *Carnet PSY* 119/6, pp. 46-51.
- DALY-SCHVEITZER Nicolas, 2003, *Cancérologie clinique*, Paris, Masson.
- DAUCHY Sarah, 2004, « Retentissement psychologique du cancer du sein chez la femme jeune », *la lettre de sénologue* 24, p19.
- DELAHAYE Marie-Claude, 1992, *Le livre de Bord de La Femme*, Belgique, Marabout.
- FALARDEAU Guy, 1994, *La sexualité des jeunes*, Québec, Le Jour.
- FAMOSE Jean-Pierre et GUÉRIN Florence, 2002, *La connaissance de soi en psychologie de l'éducation physique et du sport*, Paris, Armand Colin.
- FISCHER Gustave.-Nicolas, 2002, *Traité de la psychologie de la santé*, Paris, Dunod.
- HILL Catherine et DOYON Françoise, 2004, « La fréquence des cancers en France : quoi de neuf depuis l'année dernière », *Bulletin Cancer* 91, pp. 9-14.
- HOU ESSOU Patrick, GANSOU Grégoire-Magloire et POROMNA, Pagnamam, 2018, « Mastectomy like example of body effraction at the woman: The attributes of the breast in conjugal and social life », *Annales de la FASHS* 3/1, pp. 199 — 210.
- INCa, 2009, *Chirurgie prophylactique des cancers avec prédisposition génétique*, France.
- KEDIA Marianne, 2008, *l'aide-mémoire de psychotraumatologie*, Paris, Dunod.
- LADOUCEUR Robert, MARCHAND André et DOISVER Jean-Marie, 1999, *Les troubles anxieux, approche cognitive comportementale*, Paris, Masson.
- LANOUZIERE Jacqueline, 2007, « Peines de cœur, peines de seins ? Notes sur les rapports entre le sein et la dépressivité féminine », *Revue française de psychosomatique* 31/1, pp. 41-58.
- LANSAC Jacques, MARRET Henri et LECOMTE Pierre, 2002, *Gynécologie*, Paris, Masson.
- LEPLEGE Alain et COSTE Joel, 2001, *Mesure de la santé perceptuelle de la Qualité de Vie*, Paris, Estem.

- MONTAZERI Ali, VAHDANINIA Mariam, HARIRCHI Iraj, EBRAHIMI Mandama, KHALEGHI Fatemeh et JARVANDI Soghra, 2008, « Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study », *BioMed Central Cancer*, pp. 8-330.
- MORIN Yves, 2003, *Larousse médical*, Paris, Originale.
- NAPO KOURA Gado, AKPADZA Koffi et BOUKARI Seibou, 2002, « Les cancers gynécologiques et mammaires vus au laboratoire d'anatomie pathologique du CHU Tokoin de Lomé de 1990 à 1999 » VII^e congrès de la société de la gynécologie et d'obstétrique du Bénin et du Togo, pp. 22-23.
- NZONOU Pabanam, 2001, *Pathologie mammaire vue au Togo : Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques 1998*, Lomé, Université de Lomé.
- ORHAN Ferit, 2009, *Étude de la qualité de vie d'un échantillon de son domicile fixé*, Paris, Thèse de doctorat, Université Paris Descartes, faculté de médecine.
- PNMT -Togo, 2011, *Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2012-2015*, Togo.
- QUEVAUVILLIERS Jacques, 2009, *Dictionnaire médical*, Paris, Masson.
- SARRON Christine-Mirabel et VERA, Luis, 2004, *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Dunod.
- SEGRESTAN-CROUZET, C. (2010). Évolution et différences 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 d'université. Bordeaux : Université de Bordeaux 2*, p. 404.
- RUMSEY Nichola et Harcourt Diana, (2004). Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body Image*, 1, 83-97.
- WESTEN Drew, 2000, *Psychologie: pensée, cerveau et culture*, Paris, de boeck université.
- ZELEK Laurent, 2010, *Aider à vivre après un cancer*, Paris, Springer.