UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Experiences de Vie Associees à la Maladie Cancereuse : Enquête menée auprès des femmes, vivant avec un cancer du sein, prises en charge au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge

Nzokira, Axella Blandy; Sous la direction de : Dr. Mélance Nduwimana

2026-07
UB, FPSE
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2427

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITÉ DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

MASTER EN SCIENCES PSYCHOLOGIQUES

EXPERIENCES DE VIE ASSOCIEES A LA MALADIE CANCEREUSE

Enquête menée auprès des femmes, vivant avec un cancer du sein, prises en charge au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge

Par

Axella Blandy NZOKIRA

Sous la direction de :

Dr. Mélance NDUWIMANA

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences Psychologiques et de l'Éducation

Spécialité : Recherche en Sciences Psychologiques

Bujumbura, juillet 2026

MEMBRES DU JURY

Président : Dr. Ildephonse NSENGIYUMVA

Sécretaire : Dr. Violette KABIRIGI

Directeur : Dr. Mélance NDUWIMANA

DEDICACE

Je dédie ce travail :

À mes chers parents,

À mon cher époux, MSc Gédéon HAKIZIMANA,

À mes frères et sœurs,

À vous tous, je dédie ce travail avec toute ma reconnaissance et mon affection.

REMERCIEMENTS

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien, aux encouragements et aux contributions de nombreuses personnes, à qui j'exprime ma sincère gratitude.

Tout d'abord, je rends grâce à Dieu, dont la grâce et la guidance m'ont soutenue à chaque étape de ce parcours exigeant.

A tout seigneur tout honneur, je prends cette occasion pour remercie vivement le Dr Mélance NDUWIMANA, mon directeur de mémoire, pour ses précieux conseils, sa disponibilité, sa rigueur scientifique et son accompagnement attentif tout au long de cette démarche. Sa confiance et ses orientations m'ont permis de mener cette recherche dans des conditions optimales.

Je suis également reconnaissante envers tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université du Burundi pour la qualité de leur formation et leur dévouement à transmettre leurs connaissances.

Mes remerciements vont également au personnel médical et soignant du service d'oncologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK), notamment au chef de service, pour leur accueil, leur collaboration et leur disponibilité. Leur ouverture d'esprit m'a permis de mener ce travail de terrain dans des conditions favorables, propices aux rencontres et à l'écoute des participantes.

Je tiens aussi à exprimer ma profonde gratitude envers les femmes atteintes d'un cancer du sein qui ont accepté de partager leur expérience, leurs émotions et leurs difficultés. Leur confiance, leur courage et leur parole ont constitué le cœur de cette recherche, et je leur adresse toute ma reconnaissance.

Ma gratitude va également à ma famille, à mes proches, à mes amis et à mes collègues, qui m'ont soutenue, encouragée et accompagnée tout au long de ce travail. Leur présence, leurs conseils et leur bienveillance m'ont donné force et persévérance.

RÉSUMÉ

Résumé du mémoire : « Expériences de vie associées à la maladie cancéreuse : enquête menée auprès des femmes vivant avec un cancer du sein prises en charge au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge »

Le cancer du sein représente un défi majeur de santé publique mondiale et le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes. Au Burundi, les diagnostics du cancer du sein sont souvent tardifs et l'accès aux soins spécialisés demeure limité. Au-delà des aspects médicaux, la maladie cancéreuse affecte profondément l'identité, l'image corporelle, la féminité ainsi que les relations familiales et sociales des femmes concernées.

Cette étude examine les expériences de vie de femmes atteintes d'un cancer du sein et suivies au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge. Elle vise à comprendre leurs réactions à l'annonce du diagnostic, à analyser leur vécu psychologique durant le parcours de soins et à étudier leurs stratégies d'adaptation face à la maladie.

L'étude adopte une approche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs menés auprès de quatre femmes volontaires. L'analyse thématique a permis de dégager les principaux résultats, notamment le fait que l'annonce du diagnostic constitue un événement profondément bouleversant, marqué par le choc, la peur de mourir, la sidération et l'angoisse face à l'avenir. Les traitements entraînent également des changements physiques affectant l'image de soi, la féminité et la vie relationnelle. Pour y faire face, les patientes mobilisent notamment le soutien familial, la spiritualité, l'acceptation progressive de la maladie et la confiance envers les professionnels de santé.

Cette étude souligne ainsi l'importance d'une approche globale du cancer du sein intégrant les dimensions psychologique, sociale et existentielle, et recommande de renforcer le soutien psychosocial au sein des services de soins oncologiques au Burundi.

Mots-clés : Cancer, Cancer du sein, Expérience de vie, Féminité

ABSTRACT

Thesis Abstract: "Life experiences associated with cancer: a study of women living with breast cancer treated at at the Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge"

Breast cancer represents a major global public health challenge and is the most frequently diagnosed cancer among women. In Burundi, breast cancer diagnoses are often delayed, and access to specialized care remains limited. Beyond the medical aspects, the disease profoundly affects the identity, body image, and femininity of the women involved, as well as their family and social relationships.

This study examines the life experiences of women with breast cancer receiving care at at the Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge. It aims to understand their reactions to the diagnosis, analyze their psychological experiences throughout the course of treatment, and study their coping strategies in the face of the disease.

The study employs a qualitative approach based on semi-structured interviews with four female volunteers. Thematic analysis revealed key findings, notably that receiving the diagnosis is a deeply distressing event characterized by shock, fear of death, a state of stunned disbelief, and anxiety about the future. Treatments also bring about physical changes that affect self-image, femininity, and relationships. To cope, patients draw upon family support, spirituality, a gradual acceptance of the illness, and trust in healthcare professionals.

Thus, this study highlights the importance of a holistic approach to breast cancer that integrates psychological, social, and existential dimensions, and recommends strengthening psychosocial support within oncology care services in Burundi.

Keywords: Cancer, Breast cancer, Life experience, Femininity

TABLE DES MATIERES

MEMBRES DU JURY ..... **i**
DEDICACE ..... **ii**
REMERCIEMENTS ..... **iii**
RÉSUMÉ ..... **iv**
ABSTRACT ..... **v**
TABLE DES MATIERES ..... **vi**
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS ..... **x**
AVANT-PROPOS ..... **xi**
INTRODUCTION GÉNÉRALE **1**
0.1.Justification du choix du sujet 4
0.2.Délimitation du sujet 5
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET DEMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 6
CHAPITRE I : ÉLUCIDATION DES CONCEPTS CLÉS 7
I.1. Cancer 7
I.2. Cancer du sein 8
I.3. Expérience de vie 9
I.4. Féminité 10
Conclusion du premier chapitre 12
CHAPITRE II : GÉNÉRALITES SUR LE CANCER DU SEIN 13
II.1. Sémiologie, classification et stadification du cancer du sein 13
II.1.1. Sémiologie du cancer du sein 13
II.1.2. Classification du cancer du sein 14
II.1.3. Stadification du cancer du sein 15
II.2. Facteurs de risque et épidémiologie du cancer du sein 16
II.2.1. Facteurs de risque 16
II.2.2. Épidémiologie 16
II.3. Prise en charge du cancer du sein 18
II.4. Principes généraux de la prise en charge du cancer du sein 18
II.4.1. Prise en charge médicale 19
II.4.2. Traitement chirurgical 19
II.4.3. Radiothérapie 19

II.4.4. Traitements systémiques 20
II.4.4.1. Chimiothérapie 20
II.4.4.2. Hormonothérapie 20
II.4.4.3. Thérapies ciblées 21
II.5. Dimensions psychologiques du cancer du sein 21
Conclusion du deuxième chapitre 23
CHAPITRE III : VIE AVEC UN CANCER DU SEIN 24
III.1. Réactions liées à l'annonce du diagnostic du cancer du sein 24
III.1.1. Facteurs influençant la réaction à l'annonce 25
III.2. Vécu psychologique tout au long de la maladie 26
III.2.1. Phase des traitements 26
III.2.2. Phase de stabilisation des symptômes 27
III.3. Stratégies d'adaptation Psychologiques 28
III.3.1. Cadre conceptuel du coping 29
III.3.2. Stratégies centrées sur le problème 30
III.3.3. Stratégies centrées sur l'émotion 31
III.3.4. Stratégies centrées sur le sens 32
III.3.5. Stratégies d'adaptation moins adaptatives 32
Conclusion du troisième chapitre 34
CHAPITRE IV : PROBLÉMATIQUE ET DEMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 35
IV.1. Problématique de la recherche 35
IV.2. Objectifs de la recherche 38
IV.2.1. Objectif général 38
IV.2.2. Objectifs spécifiques 38
IV.3. Démarche méthodologique de la recherche 38
IV.3.1. Méthode de recherche : Méthode qualitative 38
IV.3.2. Techniques de collecte des données 39
IV.3.2.1. Entretiens semi-directifs 39
IV.4. Terrain et population d'enquête 40
IV.5. Technique de choix de sujets d'enquête 40
IV.6. Travail de terrain 41
IV.6.1. Préenquête 41

IV.6.2. Enquête proprement dite 41
IV.7. Procédé d'analyse des données 42
IV.8. Difficultés rencontrées 43
Conclusion du quatrième chapitre 44
DEUXIEME PARTIE: PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS 45
CHAPITRE V : PRÉSENTATION DES CAS 46
V.1. Présentation du cas « A » 46
V.2. Présentation du cas « B » 47
V.3. Présentation du cas « C » 48
V.4. Présentation du cas « D » 49
Conclusion du cinquième chapitre 50
CHAPITRE VI: REACTIONS LIEES A L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC DU CANCER DU SEIN 51
VI.1. Réactions émotionnelles à l'annonce du diagnostic 51
VI.2. Choc et la sidération émotionnelle 53
VI.3. Peur de mort et angoisse de l'avenir 54
VI.4. Chimiothérapie et radiothérapie : fatigue, souffrance et endurance 56
VI.5. Suivi médical et la peur de la récidive 58
Conclusion du sixième chapitre 60
CHAPITRE VII : VECU PSYCHOLOGIQUE D'UNE FEMME ATTEINTE DU CANCER DU SEIN 61
VII.1. Corps marqué par la maladie et les traitements 61
VII.2. Sein associé à la féminité et à la maternité 63
VII.3. Image du corps et relations sociales 65
VII.3.1. Regard des autres et le retrait social 65
VII.3.2. Vie conjugale et intimité 67
Conclusion du septième chapitre 70
CHAPITRE VIII : STRATEGIES D'ADAPTATION MOBILISEES PAR UNE FEMME VIVANT AVEC UN CANCER DU SEIN 71
VIII.1. Stratégies individuels d'adaptation 71
VIII.1.1. Coping centré sur le problème 71
VIII.1.2. Coping centré sur les émotions 73

VIII.2. Recours au soutien familial 74
VIII.3. Mobilisation de la foi et des croyances spirituelles 76
VIII.4. Recours aux professionnels de santé 77
Conclusion du huitième chapitre 79
CONCLUSION GENERALE ET SUGGESTIONS 80
SUGGESTIONS 81
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 83
ANNEXES 94

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AT : Analyse Thématique

BRCA1 : *Breast Cancer gene 1* (Gène du cancer du sein 1)

BRCA2 : *Breast Cancer gene 2* (Gène du cancer du sein 2)

CHUK : Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge

CMCK : Centre Medico-Chirurgical de Kinindo

ER : *Estrogen Receptor* (Récepteur aux œstrogènes)

HER2 : *Human Epidermal Growth Factor Receptor 2* (Récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain)

INCa : Institut National du Cancer (France)

M : *Metastasis* (Métastase)

N : *Nodes* (Ganglions lymphatiques)

NCI : National Cancer Institute (Etats-Unis)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PALB2 : *Partner and Localizer of BRCA2* (Partenaire et localisateur de BRCA2)

PR : *Progesterone Receptor* (Récepteur à la progestérone)

T : *Tumor* (Tumeur)

TNM : *Tumor, Nodes, Metastasis* (Système de classification du cancer)

AVANT-PROPOS

Ce mémoire présente mon parcours académique, marqué par un intérêt profond pour les expériences humaines face à la maladie.

Mon choix d'étudier le vécu des femmes atteintes d'un cancer du sein repose sur deux constats : l'augmentation du nombre de cas de cette maladie au Burundi et le manque de recherches sur ses dimensions psychologiques et sociales dans notre contexte.

Au cours de ma formation en psychologie, j'ai compris l'importance de la dimension subjective dans l'expérience de la maladie. Les femmes confrontées à un cancer du sein vivent des bouleversements qui touchent leur corps, leur identité, leur féminité et leurs relations sociales, aspects encore peu explorés et insuffisamment intégrés dans les soins au Burundi.

Cette étude adopte une approche qualitative, privilégiant l'écoute et la parole des femmes concernées, afin d'explorer leurs réactions à l'annonce du diagnostic, leur vécu psychologique durant le traitement, et les stratégies qu'elles déploient pour faire face à la maladie.

Le mémoire est organisé en deux parties : la première décrit le cadre théorique et la méthodologie, la seconde analyse et interprète les résultats. Il s'achève par une conclusion et des recommandations.

Je remercie vivement toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce travail, en particulier les femmes qui ont accepté de partager leur expérience

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Aujourd'hui, le cancer reste un défi majeur pour la santé publique mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il constitue l'une des principales causes de morbidité et de mortalité, avec une incidence qui ne cesse d'augmenter, surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Parmi les divers types de cancers, celui du sein se distingue par sa fréquence élevée et ses multiples impacts sur la santé physique, mentale et sociale des femmes.

Le cancer du sein reste le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes dans le monde. En 2022, environ 2,3 millions de femmes ont reçu un diagnostic, et on dénombrait 670 000 décès liés à cette maladie. Présent dans tous les pays, il affecte des femmes de tous âges dès la puberté, mais son incidence augmente avec l'âge (OMS, 2025). Si les avancées en dépistage précoce et en traitements ont amélioré considérablement le pronostic dans les pays développés, la situation est toujours préoccupante dans les pays en développement où le diagnostic est souvent tardif et l'accès aux soins spécialisés limité.

En Afrique subsaharienne, l'incidence du cancer du sein augmente, accompagnée d'une mortalité élevée. Cette situation résulte de plusieurs facteurs, tels que le retard dans le diagnostic, des systèmes de santé fragiles, le manque d'infrastructures spécialisées et des représentations socioculturelles influençant l'accès aux soins (Anyigba et al., 2021). En conséquence, cette maladie est souvent vécue comme une épreuve particulièrement difficile, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique.

Au Burundi, le cancer du sein devient une préoccupation croissante en santé publique. Même si les données épidémiologiques nationales sont limitées, une publication de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2023) estime que c'est l'un des cancers les plus courants chez les femmes burundaises, avec une incidence en hausse et une mortalité élevée, principalement due à un diagnostic tardif et à un accès limité aux soins spécialisés.

La même source rapporte des données recueillies au Centre Médico-Chirurgical de Kinindo (CMCK), à Bujumbura. Selon le Dr Jean-De-Dieu Nziyumvira, médecin au service d'oncologie de ce centre, 1 427 patients avaient été reçus depuis la création du service d'oncologie, parmi lesquels 467 cas de cancer avaient été diagnostiqués. Chez les adultes, le cancer du sein représentait 159 cas, soit 40,7 % des cancers diagnostiqués dans ce groupe (OMS, 2023).

Ces données montrent l'importance du cancer du sein dans le contexte burundais et permettent de mieux comprendre l'intérêt de s'intéresser à l'expérience des femmes confrontées à cette maladie.

Au-delà de sa dimension biomédicale, le cancer du sein constitue une expérience de vie profondément marquante (Gunes, 2025). Fischer, (2013) apporte un nouveau regard sur le cancer montrant que la maladie cancéreuse ne se limite pas à un dysfonctionnement biologique, mais implique toute la personne dans ses aspects émotionnels, identitaires, relationnels et sociaux. L'annonce du diagnostic, souvent ressentie comme un choc, confronte la femme à la perspective de la souffrance, de la mutilation corporelle et parfois de la mort. Les traitements tels que la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie entraînent des changements corporels importants, comme la mastectomie, la perte de cheveux ou des modifications de l'apparence physique. Ces transformations peuvent perturber l'image du corps, l'estime de soi et le sentiment de féminité, éléments clés de l'identité féminine (Fingeret et al., 2014).

Plusieurs études mettent en évidence l'apparition de troubles psychologiques, notamment l'anxiété, la dépression, la peur de la récidive et le sentiment de stigmatisation sociale (Carreira et al., 2018). Dans les sociétés africaines, en particulier celles où la solidarité familiale et communautaire est essentielle, l'expérience du cancer du sein est également influencée par les représentations culturelles de la maladie, les croyances spirituelles et les dynamiques relationnelles. Le soutien familial, communautaire et religieux peut constituer une ressource importante pour y faire face, mais il peut également devenir une source de pression ou de malentendus (Yao Yao, 2021).

Au Burundi, la gestion des maladies cancéreuses reste un enjeu majeur pour le système de santé, en raison de défis structurels, financiers et organisationnels (Bagorane et al., 2023). Le cancer du sein, en particulier, soulève des préoccupations liées à sa fréquence croissante, à la complexité des traitements et à son impact sur la vie des femmes. L'absence d'infrastructures spécialisées a souvent entraîné des prises en charge tardives ou un recours aux soins à l'étranger (OMS, 2025).

Dans ce contexte, le Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge (CHUK) constitue une avancée importante dans l'amélioration de l'accès aux soins oncologiques. Il s'impose comme l`une des structures de référence pour le diagnostic, le traitement et le suivi des patientes atteintes de cancer du sein, en assurant une certaine continuité des soins malgré des ressources limitées.

Il est donc essentiel de comprendre l'expérience des femmes suivies au CHUK afin d'améliorer la qualité des soins. Analyser leur vécu permet d'identifier les besoins non satisfaits et de promouvoir une prise en charge plus holistique et centrée sur la personne.

Ainsi donc, dans la présente recherche, une question s'impose : « **Comment une femme vivant avec un cancer du sein fait l'expérience de sa maladie au quotidien ?** »

Très précisément, la présente recherche s'articule sur trois dimensions : les réactions psychologiques des femmes après l'annonce du diagnostic, leur vécu psychologique tout au long des parcours de soins ainsi que les stratégies d'adaptation qu'elles développent pour faire face à la maladie.

Afin d'atteindre ces dimensions de notre recherche, nous avons effectué des entretiens avec les femmes atteintes du cancer du sein prises en charge au sein du CHUK. Nous avons ensuite analysé et interprété ces entretiens.

Schématiquement, le présent travail se subdivise en deux grandes parties :

La première partie concerne la revue de littérature et se compose de quatre chapitres à savoir l'élucidation des concepts-clés (chapitre 1), généralités sur le cancer du sein (chapitre 2), vie avec un cancer du sein (chapitre 3) et le chapitre 4 qui traite de la problématique et de la méthodologie de la recherche.

La deuxième partie concerne la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats. Elle se compose de quatre chapitres à savoir : la présentation des cas (chapitre 5), les réactions liées à l'annonce du diagnostic (chapitre 6), le vécu psychologique des femmes atteintes du cancer du sein (chapitre 7) et les stratégies d'adaptation (chapitre8).

Le travail se termine par une conclusion générale et l'émission de quelques suggestions.

0.1. Justification du choix du sujet

Le choix de ce thème s'inscrit dans une double préoccupation, à la fois scientifique et sociale, répondant à des enjeux majeurs de santé publique, de recherche académique et de pratique clinique, particulièrement dans le contexte burundais.

Sur le plan scientifique, cette recherche répond à un besoin réel de production de connaissances qualitatives sur l'expérience vécue des femmes atteintes de cancer du sein dans les pays africains, et plus spécifiquement au Burundi. Si de nombreuses études internationales ont documenté les dimensions biomédicales du cancer du sein, ainsi que ses conséquences psychologiques dans les pays à haut revenu, les données issues de contextes africains restent encore limitées, fragmentaires et souvent centrées sur des indicateurs épidémiologiques ou cliniques. Or, l'expérience de la maladie est profondément influencée par le contexte socioculturel, économique et spirituel dans lequel elle s'inscrit.

Dans cette perspective, l'exploration du vécu subjectif des femmes atteintes de cancer du sein s'avère importante car cela permet de dépasser une vision strictement biomédicale de la maladie. En s'appuyant sur une approche qualitative, ce travail vise à comprendre comment les femmes perçoivent la maladie, interprètent les événements liés au diagnostic et aux traitements, et donnent du sens à leur expérience dans leur environnement social et culturel. Une telle démarche contribue à enrichir le champ de la psychologie de la santé, en produisant des connaissances contextualisées et ancrées dans la réalité burundaise.

Sur les plans social et clinique, le choix de ce thème se justifie par la nécessité de donner la parole aux femmes directement concernées par la maladie. Le cancer du sein est une pathologie qui affecte non seulement le corps, mais également l'identité, la féminité, les relations familiales et sociales, ainsi que la place de la femme au sein de la communauté. Dans de nombreux contextes africains, la maladie cancéreuse demeure entourée de silence, de stigmatisation et de représentations négatives, ce qui peut accentuer l'isolement et la souffrance psychologique des patientes.

En permettant aux femmes de s'exprimer sur leur vécu, leurs émotions, leurs difficultés et leurs ressources, cette recherche vise à rendre visibles des expériences souvent peu entendues aux dispositifs de soins. Elle contribue ainsi à une meilleure compréhension des besoins psychologiques, sociaux et existentiels des patientes, besoins qui ne sont pas toujours pris en compte de manière systématique dans les pratiques cliniques.

Cette approche centrée sur la parole des patientes s'inscrit dans une logique de respect de la subjectivité et de reconnaissance de la personne malade comme actrice de son parcours de soins.

0.2. Délimitation du sujet

Le choix de circonscrire cette étude aux femmes prises en charge au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK) repose sur le rôle majeur que joue cet établissement dans la prise en charge du cancer du sein au Burundi. En tant qu'hôpital public de référence, le CHUK accueille des patientes provenant de différentes régions du pays et présentant des profils socio-économiques et cliniques variés. Cette diversité en fait un terrain particulièrement pertinent pour explorer l'expérience de vie des femmes confrontées au cancer du sein dans le contexte burundais.

La présente recherche est ainsi délimitée aux femmes atteintes d'un cancer du sein et prises en charge au CHUK. Elle porte spécifiquement sur les répercussions psychologiques et sociales de la maladie ainsi que sur l'expérience vécue tout au long de leur parcours de soins. En revanche, les aspects biologiques de la maladie, les modalités techniques des traitements et l'évaluation de leur efficacité ne constituent pas l'objet principal de cette étude. Ils ne sont abordés que dans la mesure où ils contribuent à mieux comprendre le vécu psychosocial des participantes.

Après cette introduction générale, nous passons à la première partie de notre travail consacrée au cadre théorique et la démarche méthodologique de la recherche.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET DEMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : ÉLUCIDATION DES CONCEPTS CLÉS

Ce chapitre a pour objectif de définir et d'analyser les principaux concepts qui fondent cette recherche. L'élucidation conceptuelle est une démarche incontournable dans tout travail scientifique : elle permet de délimiter précisément le champ d'étude, de prévenir les glissements de sens et d'ancrer l'analyse dans un cadre théorique cohérent (Scott, 2024). Les quatre concepts retenus, le cancer, le cancer du sein, l'expérience de vie et la féminité, ont été sélectionnés parce qu'ils se situent au cœur de la problématique et forment un réseau de sens indissociable. Ils permettent d'appréhender la maladie non seulement dans sa réalité biologique, mais aussi dans ses dimensions psychologique, identitaire et socioculturelle.

I.1. Cancer

Selon l'Institut National de Cancer des États-Unis (NCI) (2021), le cancer est une maladie caractérisée par la prolifération incontrôlée de cellules anormales dans l'organisme. Ces cellules peuvent former une tumeur maligne, envahir les tissus voisins et se propager à distance vers d'autres organes par le sang ou la lymphe, un phénomène appelé métastase. Cette capacité d'extension et de dissémination dans le corps est ce qui rend le cancer particulièrement grave et potentiellement mortel.

Cette définition met en évidence les principaux mécanismes du cancer, notamment la prolifération incontrôlée des cellules et leur capacité de propagation par métastase.

Brown et al. (2023) propose une nouvelle définition révisée de celle proposée par L'institut National de Cancer (NCI) considérant que le cancer est une maladie évolutive caractérisée par la transformation de cellules normales en cellules anormales capables de proliférer de manière incontrôlée, d'envahir les tissus voisins, de se propager à d'autres parties du corps. Les cellules cancéreuses subissent des modifications génétiques et épigénétiques leur permettant de s'adapter, d'envahir les tissus et de résister aux traitements. Cette conception permet de mieux comprendre les récidives et les résistances thérapeutiques observées chez certains patients.

Par ailleurs, le cancer ne constitue pas uniquement une atteinte biologique. Selon Dauchy et Rouby (2007)cette maladie affecte également la vie psychologique, émotionnelle et sociale des patients, en les confrontant souvent à la souffrance, à l'incertitude et à la peur de la mort.

Au vue de ces différentes définitions du cancer, il apparaît que cette maladie ne peut être réduite à une simple anomalie cellulaire.

Les définitions de l'Institut National de Cancer NCI (2021) et de Brown et al. (2023) sont complémentaires : l'une ancre le cancer dans une réalité biologique mesurable, l'autre en souligne le caractère évolutif et adaptatif. Cette double lecture est particulièrement pertinente dans le cadre de cette recherche, car elle invite à ne pas dissocier le corps malade de la personne qui le vit.

Comme le rappelle Dauchy & Rouby (2007), l'expérience du cancer affecte le sujet dans toutes ses dimensions physique, émotionnelle, relationnelle et existentielle. Ainsi, comprendre le cancer, c'est nécessairement comprendre l'être humain qui lui résiste ou qui y succombe, et c'est dans cet espace que s'inscrit l'objet de cette étude.

I.2. Cancer du sein

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2025), le cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe à partir des cellules du tissu mammaire. Il résulte d'une prolifération anormale et incontrôlée de cellules initialement normales, principalement au niveau des canaux ou des lobules mammaires. Ces cellules cancéreuses peuvent envahir les tissus voisins et se propager à d'autres organes par le phénomène de métastase.

Au-delà de la dimension médicale, le cancer du sein possède également des répercussions psychologiques et sociales importantes. Selon Dauchy et Rouby (2007), cette maladie constitue une expérience traumatique susceptible de bouleverser l'équilibre psychologique, l'image corporelle et les relations sociales de la personne atteinte.

Chez les femmes, le sein possède une forte valeur symbolique liée à la féminité, à la maternité et à l'identité corporelle. Ainsi, les transformations physiques provoquées par les traitements peuvent affecter l'estime de soi et le bien-être psychologique des patientes.

À la lumière des définitions examinées, le cancer du sein se révèle comme une maladie à double visage : celui médical et celui humain. Sur le plan biologique, il s'agit d'une prolifération incontrôlée de cellules mammaires, dont la gravité varie selon le type histologique et le stade d'extension. Sur le plan humain, il représente une expérience potentiellement dévastatrice, qui touche l'identité profonde de la femme.

L'aspect qui paraît le plus significatif dans ce double registre est la dimension symbolique du sein lui-même : cet organe concentre, dans la conscience collective et intime, des significations liées à la maternité, à la féminité et à la séduction. Lorsqu'il est atteint par la maladie, c'est toute une architecture identitaire qui vacille.

Dans le contexte burundais, où ces significations sont renforcées par des normes culturelles très présentes, l'impact psychologique du cancer du sein dépasse largement la seule souffrance physique. C'est précisément pour cela que cette étude adopte une approche qui articule l'aspect biomédical et l'aspect psychosocial.

I.3. Expérience de vie

L'expérience de vie renvoie à l'ensemble des événements, situations et réalités vécus par une personne au cours de son existence, ainsi qu'à la manière dont celle-ci les perçoit, les ressent et leur attribue une signification.

Selon Meyor (2007), l'expérience de vie correspond au sens qu'un individu donne subjectivement à ce qu'il vit dans son parcours personnel. Cette définition montre que l'expérience humaine ne se limite pas aux faits objectifs, mais inclut également les émotions, les perceptions et les interprétations propres à chaque personne.

Le concept d'expérience de vie occupe une place importante dans l'approche phénoménologique. Selon Edmund Husserl, fondateur de la phénoménologie, toute expérience humaine doit être comprise à partir de la conscience vécue du sujet et de la manière dont celui-ci donne sens au monde qui l'entoure (Husserl, 1913/1985). Ainsi, la phénoménologie s'intéresse moins aux faits eux- mêmes qu'à la façon dont ils sont vécus intérieurement par la personne.

Dans le domaine de la santé, l'expérience de vie prend une signification particulière lorsqu'une personne est confrontée à une maladie grave comme le cancer. La maladie constitue souvent une rupture dans le parcours de vie, car elle modifie profondément les habitudes, les relations sociales, les projets personnels ainsi que la perception de soi. Selon Dauchy et Rouby (2007), l'annonce du cancer représente un traumatisme psychique pouvant désorganiser l'équilibre psychologique antérieur du patient.

En intégrant les apports phénoménologiques de Husserl et de Merleau-Ponty ainsi que la perspective clinique de Dauchy et Rouby (2007), il est possible de proposer une conception opérationnelle de l'expérience de vie telle qu'elle sera utilisée dans cette étude. L'expérience de vie face au cancer du sein désigne le vécu subjectif, singulier et multidimensionnel à travers lequel chaque femme perçoit, ressent et interprète sa maladie, les transformations qu'elle engendre et les réponses qu'elle mobilise pour y faire face.

Ce concept ne s'intéresse pas à la maladie comme fait objectif, mais à la façon dont elle est vécue de l'intérieur, dans un corps, dans une histoire personnelle et dans un contexte socioculturel donné. Adopter cette perspective, c'est reconnaître que deux femmes ayant le même diagnostic peuvent vivre des expériences radicalement différentes, et que ces différences ont une valeur scientifique et clinique considérable pour améliorer la prise en charge.

I.4. Féminité

La féminité ne renvoie pas uniquement à une réalité biologique liée au sexe féminin, mais également à une construction sociale, culturelle et symbolique qui définit les rôles, les normes et les représentations associées aux femmes dans une société donnée. Elle est donc le produit de processus de socialisation et d'interactions sociales qui influencent l'identité féminine.

Dans cette perspective, Simone de Beauvoir affirme que « on ne naît pas femme, on le devient », mettant en évidence le caractère construit de l'identité féminine à travers les normes sociales et culturelles (De Beauvoir, 1949). De même, Judith Butler considère le genre comme une réalité performative, produite et reproduite par des pratiques sociales et des normes intériorisées (Butler, 1990).

Sur le plan sociologique, Pierre Bourdieu montre que les représentations du féminin s'inscrivent dans des rapports sociaux de pouvoir qui structurent les rôles attribués aux femmes dans la société (Bourdieu, 1998). Dans le domaine de la santé, Nathalie Bruchon-Schweitzer souligne que les rôles de genre influencent la manière dont les femmes vivent la maladie et mobilisent des stratégies d'adaptation face aux situations de stress (Bruchon-Schweitzer, 2009).

Au regard de ces différentes approches, la féminité apparaît comme une réalité multidimensionnelle qui dépasse les caractéristiques biologiques pour intégrer des dimensions sociales, culturelles, psychologiques et identitaires. Ainsi, dans le cadre de cette étude, la féminité est définie opérationnellement comme l'ensemble des perceptions, des sentiments et des représentations que les femmes atteintes d'un cancer du sein construisent à propos de leur corps, de leur identité féminine, de leur image corporelle, de leur sexualité et de leur rôle social, en lien avec les transformations engendrées par la maladie et les traitements. Cette définition servira de cadre d'analyse pour comprendre leur expérience de vie.

Conclusion du premier chapitre

Ce premier chapitre a permis de clarifier les principaux concepts qui fondent cette recherche, à savoir le cancer, le cancer du sein, l'expérience de vie et la féminité. L'analyse des différentes approches théoriques a montré que ces concepts ne se limitent pas à leur dimension biomédicale, mais intègrent également des dimensions psychologiques, sociales, culturelles et identitaires. La confrontation des points de vue des différents auteurs a conduit à l'élaboration de définitions opérationnelles adaptées aux objectifs de cette étude, constituant ainsi un cadre conceptuel cohérent pour l'analyse de l'expérience vécue des femmes atteintes d'un cancer du sein.

L'examen de ces concepts met en évidence la complexité de l'expérience liée au cancer du sein. Au-delà des manifestations physiques de la maladie, cette dernière affecte profondément l'identité, l'image corporelle, la féminité ainsi que les relations sociales des femmes concernées. Ainsi, l'expérience de vie des patientes résulte de l'interaction entre les transformations induites par la maladie, les traitements reçus et les ressources personnelles et sociales mobilisées pour y faire face. Ce cadre conceptuel constitue dès lors une référence essentielle pour comprendre les données qui seront recueillies auprès des participantes.

Le chapitre suivant prolongera cette réflexion en présentant les principales connaissances relatives au cancer du sein. Il abordera successivement les aspects épidémiologiques, les facteurs de risque, la sémiologie, la classification, les modalités de prise en charge thérapeutique ainsi que les répercussions psychologiques et sociales de la maladie. Cette mise en perspective permettra de mieux situer l'expérience de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein dans son contexte clinique et psychosocial, avant d'aborder la problématique et démarche méthodologique de cette recherche.

CHAPITRE II : GÉNÉRALITES SUR LE CANCER DU SEIN

Ce chapitre présente une vue d'ensemble du cancer du sein en intégrant à la fois ses dimensions biomédicales et psychosociales. L'objectif est de situer la maladie dans sa complexité, en décrivant ses caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques, tout en mettant en évidence les répercussions psychologiques qu'elle peut entraîner chez les femmes atteintes. Ainsi, seront abordés successivement la sémiologie, la classification et la stadification du cancer du sein, ses principaux facteurs de risque, son épidémiologie, les modalités de sa prise en charge médicale ainsi que les conséquences psychologiques associées à cette pathologie.

II.1. Sémiologie, classification et stadification du cancer du sein

Le cancer du sein constitue une pathologie complexe et hétérogène dont les manifestations cliniques, les caractéristiques biologiques et l'évolution diffèrent considérablement d'une patiente à une autre. Cette diversité nécessite une évaluation multidimensionnelle reposant sur trois éléments complémentaires : la sémiologie, qui permet d'identifier les manifestations cliniques de la maladie ; la classification, qui précise les caractéristiques histologiques et moléculaires de la tumeur ; et la stadification, qui détermine l'étendue de la maladie au moment du diagnostic. Ces différents éléments jouent un rôle essentiel dans l'orientation thérapeutique, l'évaluation du pronostic et l'adaptation de la prise en charge aux caractéristiques individuelles de chaque patiente.

II.1.1. Sémiologie du cancer du sein

Le cancer du sein commence souvent de façon asymptomatique, ce qui rend le dépistage précoce crucial pour améliorer le pronostic. En avançant, différents signes cliniques peuvent se manifester. Le symptôme le plus courant est une masse ou un épaississement au sein, souvent sans douleur (OMS, 2025).

Selon l'OMS (2025), les principales manifestations cliniques comprennent une modification de la taille, de la forme ou de l'aspect du sein, des altérations cutanées telles que des fossettes, des rougeurs ou un aspect en « peau d'orange », des changements au niveau du mamelon ou de l'aréole, incluant une rétraction ou une déformation et un écoulement anormal, parfois sanglant, provenant du mamelon.

La détection d'une masse mammaire inhabituelle, même sans douleur, nécessite une consultation médicale. Même si la plupart des masses sont bénignes, il est crucial d'agir rapidement en cas de cancer, surtout lorsque la tumeur est petite et que les ganglions lymphatiques ne sont pas encore affectés.

Le cancer du sein peut également évoluer vers une dissémination métastatique. Les ganglions lymphatiques axillaires sont généralement le premier site de propagation, même si leur atteinte n'est pas toujours détectable à l'examen. À un stade avancé, les cellules cancéreuses peuvent se propager vers des organes distants, tels que les poumons, le foie, le cerveau et les os, provoquant des symptômes spécifiques, comme des douleurs osseuses ou des céphalées (Jacot et al., 2010).

II.1.2. Classification du cancer du sein

La classification du cancer du sein consiste à regrouper les tumeurs selon leurs caractéristiques histologiques, biologiques et moléculaires. Elle vise à préciser la nature du cancer et à guider la stratégie thérapeutique (Lamy et al., 2010).

Sur le plan histologique, les cancers du sein sont principalement représentés par le carcinome canalaire infiltrant, qui constitue la forme la plus fréquente, et le carcinome lobulaire infiltrant. D'autres formes histologiques plus rares peuvent également être observées, présentant des caractéristiques évolutives et thérapeutiques particulières (Franchet, 2024). L'identification du type histologique permet ainsi de mieux comprendre le comportement biologique de la tumeur.

La classification prend également en compte le grade tumoral, qui correspond au degré de différenciation des cellules cancéreuses et reflète leur niveau d'agressivité. Selon Galant et al. (2010), le grade I correspond aux tumeurs bien différenciées, généralement moins agressives ; le grade II concerne les tumeurs présentant une différenciation intermédiaire ; tandis que le grade III correspond aux tumeurs peu différenciées, caractérisées par une agressivité plus importante et un potentiel évolutif plus élevé.

Au-delà des caractéristiques morphologiques, la classification moléculaire occupe aujourd'hui une place centrale dans la compréhension du cancer du sein. Elle permet d'identifier plusieurs sous-types biologiques, notamment les cancers luminal A, luminal B, HER2 positif et triple négatif. Ces sous-types se distinguent par leur expression des récepteurs hormonaux et de certaines protéines impliquées dans la croissance tumorale.

Le sous-type triple négatif, dépourvu de récepteurs hormonaux et de surexpression de HER2, est généralement associé à un pronostic plus défavorable en raison de son agressivité et des options thérapeutiques plus limitées (Lamy et al., 2010).

II.1.3. Stadification du cancer du sein

La stadification constitue une étape essentielle dans la prise en charge du cancer du sein, car elle permet de déterminer l'étendue de la maladie au moment du diagnostic. Selon Lamy et al.,(2010), elle repose principalement sur le système TNM, largement reconnu en oncologie. Le critère T (*Tumor*) évalue la taille de la tumeur primitive et son extension locale dans les tissus environnants. Le critère N (*Nodes*) renseigne sur l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, tandis que le critère M (*Metastasis*) indique la présence éventuelle de métastases à distance, témoignant d'une dissémination systémique de la maladie. Cette classification anatomoclinique est aujourd'hui complétée par des paramètres biologiques et moléculaires tels que le statut des récepteurs hormonaux, le statut HER2 (*Human Epidermal Growth factor Receptor 2*) et le grade tumoral, qui permettent d'affiner le pronostic et d'orienter les stratégies thérapeutiques personnalisées.

Sur le plan clinique, Saglier (2005)distingue cinq stades du cancer du sein, allant du stade 0 au stade IV, correspondant à différents degrés d'évolution de la maladie. Le stade 0 correspond aux carcinomes in situ, caractérisés par la présence de cellules cancéreuses limitées aux structures mammaires sans invasion des tissus environnants. Le stade I concerne les petites tumeurs (T1) sans atteinte ganglionnaire (N0), présentant généralement un pronostic favorable. Le stade II, subdivisé en IIA et IIB, regroupe des tumeurs présentant une extension locale plus importante, avec ou sans atteinte ganglionnaire. Les stades III (A, B et C) correspondent aux cancers localement avancés, marqués par une taille tumorale importante ou une atteinte ganglionnaire significative.

Enfin, le stade IV correspond aux cancers métastatiques, caractérisés par la présence de métastases à distance, indépendamment des caractéristiques initiales de la tumeur et de l'atteinte ganglionnaire. À ce stade, les objectifs thérapeutiques visent principalement à contrôler l'évolution de la maladie, à réduire les symptômes et à préserver la qualité de vie des patientes. Ainsi, la stadification, associée aux caractéristiques biologiques de la tumeur, constitue un élément majeur de l'orientation thérapeutique et de l'évaluation pronostique.

II.2. Facteurs de risque et épidémiologie du cancer du sein

II.2.1. Facteurs de risque

Le cancer du sein est considéré comme une maladie multifactorielle résultant de l'interaction complexe entre plusieurs facteurs génétiques, hormonaux, environnementaux et comportementaux (Bray et al., 2018). Ces différents facteurs peuvent influencer la probabilité de développer la maladie, sans pour autant constituer des causes uniques et systématiques de son apparition.

Plusieurs facteurs sont associés à une augmentation du risque de cancer du sein, notamment l'âge, l'obésité, la consommation excessive d'alcool, les antécédents familiaux, l'exposition aux radiations, certains facteurs gynécologiques tels que l'âge aux premières règles et à la première grossesse, le tabagisme ainsi que l'utilisation de traitements hormonaux après la ménopause. Toutefois, environ la moitié des cancers du sein surviennent chez des femmes ne présentant aucun facteur de risque identifiable autre que le sexe féminin et l'âge, particulièrement après 40 ans (Nkondjock & Ghadirian, 2005).

Les antécédents familiaux constituent également un facteur de risque important, notamment lorsqu'un cancer du sein a été diagnostiqué chez des parentes proches. Cependant, la majorité des femmes atteintes ne présentent pas d'histoire familiale connue de cancer du sein, ce qui signifie que l'absence d'antécédents familiaux ne garantit pas une absence de risque (Nkondjock & Ghadirian, 2005). Par ailleurs, certaines mutations génétiques héréditaires à forte pénétrance augmentent considérablement la probabilité de développer cette maladie. Les principales mutations identifiées concernent les gènes **BRCA1**, **BRCA2** et **PALB2**. Chez les femmes porteuses de ces mutations, des stratégies spécifiques de réduction du risque peuvent être envisagées, notamment une surveillance renforcée, une chimioprévention ou, dans certaines situations, une chirurgie prophylactique (OMS, 2025).

II.2.2. Épidémiologie

Sur le plan épidémiologique, le cancer du sein constitue aujourd'hui le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes dans le monde. Son incidence continue d'augmenter dans les pays développés ainsi que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en lien notamment avec les changements démographiques, les modes de vie et l'amélioration progressive des capacités diagnostiques (Sancho-Garnier & Colonna, 2019).

En Afrique subsaharienne, la mortalité demeure particulièrement élevée. Cette situation s'explique principalement par un diagnostic souvent tardif, une couverture insuffisante des programmes de dépistage, ainsi qu'un accès limité aux structures spécialisées et aux traitements oncologiques adaptés (Anyigba et al., 2021). Dans ce contexte, de nombreuses patientes consultent à des stades avancés de la maladie, ce qui réduit les possibilités thérapeutiques et compromet le pronostic.

Au Burundi, les données épidémiologiques spécifiques au cancer du sein restent encore limitées et fragmentées en raison des difficultés liées à la collecte systématique des données oncologiques. Toutefois, les études disponibles dans la région indiquent que les diagnostics sont fréquemment établis à un stade avancé, ce qui complique la prise en charge et contribue à un pronostic souvent défavorable pour de nombreuses patientes (Manirakiza et al., 2020). Cette situation constitue un enjeu majeur, non seulement sur le plan médical, mais également sur les plans psychologique et social, car l'évolution avancée de la maladie peut exposer les femmes à des traitements plus lourds et à une expérience de la maladie particulièrement éprouvante.

Un rapport de l'OMS (2023) permet toutefois d'illustrer cette situation à partir de données rapportées par le service d'oncologie du Centre Médico-Chirurgical de Kinindo (CMCK), à Bujumbura. Selon les informations rapportées par le Dr Jean-De-Dieu Nziyumvira, médecin au sein de ce service, 1 427 patients avaient été reçus depuis la création du service d'oncologie, dont 467 avaient été diagnostiqués d'un cancer. Parmi les patients adultes, 390 cas de cancer avaient été enregistrés, soit 84 % de l'ensemble des cas diagnostiqués. Le cancer du sein occupait la première place avec 159 cas, représentant 40,7 % des cancers diagnostiqués chez les adultes.

La même source met également en évidence l'importance du diagnostic à un stade avancé. Parmi les 159 cas de cancer du sein, 99, soit 62 %, avaient été diagnostiqués au stade IV, tandis que 52, soit 32 %, étaient au stade III, correspondant à une maladie localement avancée. Ces données, bien qu'elles proviennent d'un seul service d'oncologie et ne puissent être considérées comme des statistiques représentatives de l'ensemble du pays, donnent néanmoins une indication de la place importante du cancer du sein parmi les cancers pris en charge dans ce contexte, ainsi que de la fréquence des diagnostics à des stades avancés.

Cette situation peut avoir des répercussions importantes non seulement sur la prise en charge de la maladie, mais également sur l'expérience vécue par les femmes concernées. En effet,

l'évolution de la maladie à un stade avancé peut s'accompagner de traitements plus lourds, de changements corporels importants et d'une plus grande incertitude quant à son évolution. Ces éléments permettent ainsi de mieux situer le contexte dans lequel s'inscrit notre étude, menée auprès des femmes atteintes de cancer du sein suivies au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK).

II.3. Prise en charge du cancer du sein

Après avoir présenté la sémiologie du cancer du sein, sa classification, sa stadification et son épidémiologie, ainsi que ces facteurs de risques, il est essentiel d'examiner les modalités de sa prise en charge. Celle-ci repose sur une approche multidisciplinaire et associe différentes stratégies thérapeutiques adaptées aux caractéristiques de la tumeur et à la situation clinique de chaque patiente. Les sections suivantes présenteront successivement les principes généraux de cette prise en charge, les traitements médicaux et leurs principales composantes, à savoir la chirurgie, la radiothérapie et les traitements systémiques.

II.4. Principes généraux de la prise en charge du cancer du sein

La stratégie thérapeutique du cancer du sein repose sur une évaluation individualisée réalisée par une équipe multidisciplinaire comprenant notamment des chirurgiens, des oncologues médicaux, des radiothérapeutes, des anatomopathologistes et d'autres professionnels impliqués dans l'accompagnement des patientes. Cette organisation permet de proposer un traitement adapté aux caractéristiques biologiques de la tumeur et aux besoins spécifiques de chaque femme (OMS, 2025).

Les principales modalités thérapeutiques comprennent la chirurgie, qui vise à retirer la tumeur primitive ; la radiothérapie, qui permet de détruire les cellules cancéreuses résiduelles et de réduire le risque de récidive locale ; ainsi que les traitements systémiques tels que la chimiothérapie, l'hormonothérapie et les thérapies ciblées, destinés à agir sur les cellules tumorales présentes ou susceptibles d'être présentes dans l'organisme. Le choix de ces traitements dépend notamment du stade de la maladie et du profil biologique de la tumeur (OMS, 2025).

L'efficacité de la prise en charge dépend fortement de la précocité du diagnostic et de la continuité du traitement. Un diagnostic tardif ou une prise en charge incomplète peut réduire les possibilités thérapeutiques et compromettre le pronostic.

Dans les contextes où les ressources médicales sont limitées, comme dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, les difficultés d'accès au dépistage et aux soins spécialisés représentent ainsi un obstacle majeur à une prise en charge optimale (Anyigba et al., 2021).

II.4.1. Prise en charge médicale

La prise en charge du cancer du sein est complexe et dépend étroitement du sous-type tumoral ainsi que du stade d'extension de la maladie. Elle varie entre les formes localisées (stades précoces et localement avancés) et les formes métastatiques (stade IV). L'objectif principal du traitement est de contrôler la maladie, de réduire le risque de récidive et d'améliorer la survie ainsi que la qualité de vie des patientes (OMS, 2025).

II.4.2. Traitement chirurgical

La chirurgie constitue souvent une étape centrale dans le traitement des cancers du sein localisés. Elle vise principalement à retirer la tumeur afin d'obtenir un contrôle local de la maladie. Deux principales techniques chirurgicales sont utilisées selon l'étendue de la tumeur et les caractéristiques de la patiente : la tumorectomie, qui consiste à enlever uniquement la tumeur en conservant le sein, et la mastectomie, qui correspond à l'ablation complète du sein lorsque cela est nécessaire (Clere, 2016; OMS, 2025).

Dans les cancers invasifs, une évaluation de l'atteinte ganglionnaire est généralement réalisée afin de déterminer si les cellules cancéreuses se sont propagées vers les ganglions lymphatiques.

La technique du ganglion sentinelle est aujourd'hui largement utilisée, car elle permet d'évaluer l'extension de la maladie tout en réduisant les complications associées aux curages ganglionnaires plus importants, notamment le lymphœdème du membre supérieur (Saglier, 2005).

II.4.3. Radiothérapie

La radiothérapie est un traitement local utilisant des rayonnements ionisants afin de détruire les cellules cancéreuses résiduelles après une intervention chirurgicale. Elle joue un rôle essentiel dans le contrôle local de la maladie et contribue à diminuer le risque de récidive après traitement chirurgical (Saglier, 2005).

Elle est particulièrement indiquée après une chirurgie conservatrice du sein, notamment après une tumorectomie, mais peut également être proposée après une mastectomie chez certaines patientes présentant un risque élevé de récidive. Dans certaines formes précoces du cancer du sein, elle participe à une stratégie thérapeutique permettant d'éviter une ablation complète du sein (Tariq et al., 2023).

II.4.4. Traitements systémiques

II.4.4.1. Chimiothérapie

La chimiothérapie repose sur l'utilisation de médicaments anticancéreux capables de détruire les cellules tumorales ou d'empêcher leur multiplication. Elle peut être administrée avant la chirurgie, dans une approche néoadjuvante, afin de réduire la taille de la tumeur et faciliter l'intervention chirurgicale, ou après la chirurgie, dans une approche adjuvante, afin d'éliminer d'éventuelles cellules cancéreuses résiduelles et réduire le risque de récidive (Frénel & Campone, 2010).

Les protocoles actuels permettent généralement une administration ambulatoire et ont contribué à améliorer le contrôle de la maladie dans plusieurs formes de cancer du sein (Frénel & Campone, 2010). Toutefois, la chimiothérapie demeure souvent associée à une expérience difficile pour les patientes en raison de ses effets secondaires, notamment la fatigue, les nausées, les troubles digestifs et surtout la chute des cheveux. Ces transformations visibles peuvent avoir un impact important sur l'image corporelle et la perception de soi.

II.4.4.2. Hormonothérapie

Le traitement hormonal des cancers du sein a pour objectif principal de réduire le risque de récidive locale ou à distance dans les formes hormono-dépendantes, et d'améliorer ainsi la survie à long terme des patientes. Il est indiqué lorsque la tumeur exprime des récepteurs hormonaux, notamment les récepteurs aux œstrogènes (ER) et/ou à la progestérone (PR), ce qui signifie que la croissance tumorale est stimulée par les hormones sexuelles (de Cremoux, 2011). Les principales molécules utilisées sont le tamoxifène et les inhibiteurs de l'aromatase. Ces traitements sont administrés par voie orale et prescrits sur une durée prolongée, généralement de 5 à 10 ans (de Cremoux, 2011).

Bien qu'ils soient très efficaces pour réduire significativement le risque de récidive, ils peuvent entraîner des effets indésirables liés à la suppression hormonale, similaires aux symptômes de la ménopause (bouffées de chaleur, troubles du sommeil, sécheresse vaginale, entre autres)(Saghatchian & Lesur, 2019).

II.4.4.3. Thérapies ciblées

Les thérapies ciblées représentent une évolution majeure dans la prise en charge personnalisée du cancer du sein. Elles reposent sur des médicaments capables d'agir spécifiquement sur certaines anomalies moléculaires impliquées dans la croissance tumorale. Elles concernent notamment les cancers présentant une surexpression du récepteur HER2.

Le trastuzumab constitue l'une des principales thérapies ciblées utilisées dans les cancers HER2 positifs. Souvent associé à une chimiothérapie, il permet d'améliorer l'efficacité du traitement et le contrôle de la maladie chez les patientes concernées (OMS, 2025; Rachdi et al., 2018).

II.5. Dimensions psychologiques du cancer du sein

Le cancer du sein est souvent considéré comme un événement potentiellement traumatisant, pouvant provoquer une détresse psychologique importante chez les femmes atteintes. La découverte du diagnostic intervient généralement comme une rupture brutale dans le cours de leur vie, provoquant un choc émotionnel profond (Fortin, 2021).

Cette étape est fréquemment accompagnée de réactions fortes telles que la peur de la mort, l'angoisse face à l'incertitude du pronostic, le sentiment d'injustice, et parfois un sentiment d'effondrement psychique (Cordova et al., 2007). La confrontation brusque avec la maladie remet en question la vision de leurs projets, leur perception d'elles-mêmes et leur sentiment de sécurité personnelle.

Au fil de l'évolution de la maladie, nombreuses femmes présentent des symptômes anxieux et dépressifs de gravité variable. L'anxiété résulte souvent de la crainte d'une évolution négative, de la peur de la récidive et de l'appréhension des examens médicaux, tandis que les symptômes dépressifs sont généralement liés à un sentiment de perte de contrôle, de désespoir et à une diminution de l'autonomie (Carreira et al., 2018; Rajae, 2018).

La peur de la récidive reste l'une des préoccupations psychologiques les plus fréquentes chez ces patientes, même après la fin des traitements, impactant durablement leur qualité de vie (Simard et al., 2013).

Les traitements médicaux, essentiels pour la survie, peuvent cependant accroître la vulnérabilité psychologique. Des effets secondaires comme la chute des cheveux, la fatigue persistante, la douleur ou les séquelles chirurgicales, telles que la mastectomie, provoquent souvent des transformations corporelles difficiles à accepter. Ces changements peuvent nuire à l'image du corps, à l'estime de soi et au sentiment de féminité, suscitant des sentiments de honte, de perte ou de dévalorisation personnelle (Fobair et al., 2006). L'impact psychologique de ces modifications est souvent amplifié par les normes sociales et culturelles liées au corps féminin (Falk Dahl et al., 2010).

De plus, certaines femmes peuvent développer des troubles psychologiques plus graves, comme des troubles de l'adaptation ou des symptômes de stress post-traumatique. Plusieurs études montrent que le cancer du sein peut être vécu comme une expérience traumatisante, surtout lorsque le diagnostic survient à un stade avancé, que les traitements sont difficiles ou que la patiente manque de soutien social et institutionnel (Cordova et al., 2001)). Les signes de stress post-traumatique comprennent des reviviscences, une hypervigilance, l'évitement de stimuli liés à la maladie et une détresse émotionnelle persistante (Mehnert & Koch, 2007).

Dans les environnements à ressources limitées comme le Burundi, ces souffrances psychologiques peuvent s'aggraver en raison de contraintes économiques, d'une insuffisance de services de soutien psychosocial et de certaines représentations culturelles du cancer (Anyigba et al., 2021).

L'absence d'un accompagnement psychologique structuré peut intensifier la détresse émotionnelle des patientes et compromettre leur adhérence aux traitements. Ces observations mettent en évidence la nécessité d'intégrer systématiquement la prise en charge psychologique au parcours de soins oncologiques, afin d'aider les femmes atteintes d'un cancer du sein à mieux s'adapter à la maladie, à diminuer la souffrance psychique et à améliorer la qualité de vie.

Conclusion du deuxième chapitre

Ce chapitre a permis de présenter le cancer du sein dans une perspective globale, en montrant qu'il ne constitue pas uniquement une problématique biomédicale, mais également une expérience susceptible d'affecter les dimensions psychologiques et sociales des femmes atteintes. L'analyse de sa sémiologie, de sa classification histologique et moléculaire, de sa stadification, de son épidémiologie et de ses modalités de prise en charge met en évidence la complexité et l'hétérogénéité de cette maladie. Les caractéristiques tumorales, notamment le type histologique, le profil moléculaire, l'atteinte ganglionnaire et la présence éventuelle de métastases, permettent d'évaluer le pronostic et d'orienter les stratégies thérapeutiques adaptées à chaque patiente.

Au-delà des aspects médicaux, le cancer du sein et ses traitements peuvent entraîner des répercussions importantes sur la qualité de vie, l'image du corps, l'estime de soi et la perception de la féminité. Ces éléments soulignent la nécessité d'une approche globale intégrant les dimensions psychologiques et sociales dans l'accompagnement des patientes.

Le chapitre suivant sera consacré à l'exploration du vécu subjectif des femmes face au cancer du sein, en analysant leurs réactions à l'annonce du diagnostic, leur expérience tout au long du parcours de soins ainsi que les stratégies d'adaptation qu'elles mobilisent pour faire face à cette épreuve.

CHAPITRE III : VIE AVEC UN CANCER DU SEIN

Le cancer du sein constitue une expérience qui dépasse largement la dimension médicale de la maladie. Au-delà du diagnostic, des traitements et du suivi clinique, il représente pour de nombreuses femmes une épreuve existentielle susceptible de modifier profondément leur rapport au corps, à elles-mêmes et à leur environnement social. L'annonce de la maladie, les transformations physiques liées aux traitements, l'incertitude concernant l'évolution future ainsi que les changements dans la vie familiale et professionnelle peuvent entraîner une importante détresse psychologique (Fobair et al., 2006; Stanton, 2012).

Ce chapitre s'intéresse ainsi à l'expérience subjective des femmes confrontées au cancer du sein en examinant les différentes étapes de leur parcours psychologique. Il abordera d'abord les réactions émotionnelles suscitées par l'annonce du diagnostic ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer cette expérience. Il analysera ensuite le vécu psychologique durant les différentes phases de la maladie, notamment pendant les traitements actifs et lors de la phase de stabilisation des symptômes et de suivi post-traitement. Enfin, il présentera les stratégies d'adaptation (coping) mobilisées par les patientes pour faire face aux exigences physiques, émotionnelles et existentielles liées à la maladie.

III.1. Réactions liées à l'annonce du diagnostic du cancer du sein

L'annonce d'un diagnostic de cancer du sein constitue un événement majeur dans la trajectoire de vie d'une femme. Elle représente souvent une rupture brutale avec la continuité du quotidien et introduit une période marquée par l'incertitude, la peur et la confrontation à la possibilité de la souffrance, de la perte d'autonomie ou de la mort (Pinault, 2020). Cette annonce ne correspond pas uniquement à la transmission d'une information médicale ; elle constitue une expérience psychologique complexe dont l'impact dépend de la signification attribuée à la maladie par la patiente.

Sur le plan émotionnel, l'annonce du diagnostic peut provoquer différentes réactions, parmi lesquelles le choc, l'incrédulité, la peur, la tristesse, la colère ou encore un sentiment d'injustice. Certaines femmes décrivent une impression de rupture dans leur parcours de vie, comme si l'avenir devenait soudainement incertain. Cette période initiale peut également être accompagnée de manifestations anxieuses ou dépressives, particulièrement lorsque la patiente perçoit la maladie comme une menace importante pour son intégrité physique, son identité ou ses projets futurs (Ndjengue Bengone et al., 2024).

L'incertitude liée au pronostic, aux traitements et aux conséquences de la maladie constitue une source importante de détresse psychologique (Fortin et al., 2024).

Dans certains cas, l'annonce du cancer du sein peut être vécue comme un événement potentiellement traumatique. Le caractère inattendu du diagnostic, la confrontation à une maladie grave et la perception d'une menace vitale peuvent provoquer une rupture psychologique comparable à celle observée lors d'événements traumatiques. Certaines patientes peuvent ainsi présenter des manifestations proches du stress post-traumatique, telles que des pensées intrusives, une anxiété importante ou un sentiment persistant de vulnérabilité face à la maladie (Negri & Baas, 2014).

Toutefois, la réaction au diagnostic n'est pas uniforme. Certaines femmes développent rapidement des capacités d'adaptation leur permettant d'intégrer progressivement la maladie dans leur parcours de vie, tandis que d'autres peuvent éprouver une détresse plus importante nécessitant un accompagnement psychologique spécifique. La manière dont l'annonce est vécue dépend donc de plusieurs facteurs individuels, relationnels et contextuels.

III.1.1. Facteurs influençant la réaction à l'annonce

La manière dont une femme réagit à l'annonce d'un cancer du sein dépend de plusieurs facteurs qui influencent son interprétation de la maladie et ses capacités d'adaptation. Parmi les facteurs individuels, l'âge occupe une place importante. Chez les femmes jeunes, notamment celles qui sont encore engagées dans des projets familiaux ou professionnels, le diagnostic peut être vécu comme particulièrement bouleversant, car il menace des dimensions essentielles de leur identité et de leur avenir, notamment les projets de maternité ou la construction familiale (Dauchy & Rouby, 2007).

Au-delà de l'âge, les caractéristiques psychologiques personnelles jouent également un rôle déterminant. L'histoire de vie de la patiente, ses expériences antérieures face aux difficultés, sa représentation du cancer ainsi que sa relation avec le système médical influencent la manière dont elle comprend et intègre l'annonce de la maladie. Une femme qui associe le cancer à une issue nécessairement fatale pourra ressentir une détresse plus importante qu'une patiente disposant d'une représentation plus nuancée de la maladie et de ses possibilités thérapeutiques (Edery, 2011)

Les modalités de communication du diagnostic constituent également un élément essentiel. La façon dont l'information est transmise par le professionnel de santé peut influencer profondément l'expérience émotionnelle de la patiente. L'attitude du médecin, son écoute, son empathie, le temps accordé aux explications ainsi que sa capacité à répondre aux inquiétudes peuvent contribuer soit à diminuer l'impact anxiogène de l'annonce, soit au contraire à renforcer le sentiment de peur et d'abandon (Ferraton-Rollin et al., 2013)

Ainsi, les conditions dans lesquelles l'annonce est réalisée représentent un enjeu majeur dans la prise en charge globale du cancer du sein. Une communication adaptée, prenant en considération les besoins psychologiques de la patiente, permet de favoriser une meilleure compréhension de la maladie et de soutenir progressivement son processus d'adaptation. Dans cette perspective, la collaboration entre l'oncologue et le psycho-oncologue apparaît essentielle afin d'intégrer précocement la dimension psychologique dans le parcours de soins (Ferraton-Rollin et al., 2013).

III.2. Vécu psychologique tout au long de la maladie

Le vécu psychologique du cancer du sein évolue tout au long du parcours de soins. Chaque étape confronte la patiente à des défis spécifiques qui concernent non seulement sa santé physique, mais également son identité, ses relations sociales, son autonomie et sa perception de l'avenir. La maladie impose ainsi une adaptation permanente face aux changements corporels, aux contraintes thérapeutiques et aux incertitudes liées à son évolution.

III.2.1. Phase des traitements

La phase des traitements actifs constitue une période particulièrement éprouvante durant laquelle la maladie devient une réalité quotidienne. Les traitements tels que la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie ou encore l'hormonothérapie représentent des moyens essentiels de contrôle de la maladie, mais ils sont également associés à des effets secondaires susceptibles d'altérer considérablement la qualité de vie des patientes.

La fatigue chronique, les douleurs, les troubles du sommeil, les modifications de l'appétit ainsi que certaines difficultés cognitives peuvent limiter les activités quotidiennes et renforcer un sentiment de perte de contrôle.

Ces manifestations physiques peuvent favoriser une détresse psychologique importante, notamment lorsque la patiente ressent que son corps ne lui appartient plus totalement ou qu'elle devient dépendante des soins médicaux(Bower, 2014; Mitchell et al., 2011) .

Les transformations corporelles représentent également une dimension centrale de l'expérience du cancer du sein. La perte des cheveux liée à certains traitements et les modifications du sein après une chirurgie peuvent affecter profondément l'image corporelle. Le sein possède une forte dimension symbolique associée à la féminité, à la maternité et à l'identité personnelle ; sa modification peut ainsi être vécue comme une atteinte à l'intégrité de soi et entraîner une diminution de l'estime personnelle (Fobair et al., 2006).

Ces changements corporels peuvent également influencer les relations sociales et affectives. Certaines femmes peuvent craindre le regard des autres, ressentir une gêne face à leur apparence ou limiter leurs interactions sociales. Dans la vie conjugale, les conséquences physiques et psychologiques de la maladie peuvent perturber l'intimité, la sexualité et la communication avec le partenaire, particulièrement lorsque les préoccupations liées au corps et à la féminité deviennent importantes (Ussher et al., 2012).

Enfin, cette période peut provoquer un bouleversement du rapport au temps et au sens de l'existence. Le rythme quotidien est souvent organisé autour des consultations, des examens et des traitements, donnant parfois l'impression d'une suspension temporaire de la vie habituelle. Cette expérience peut conduire certaines femmes à réfléchir profondément à leurs priorités, à leurs relations et au sens qu'elles donnent à leur existence face à la maladie (Folkman, 2010).

III.2.2. Phase de stabilisation des symptômes

La phase de stabilisation des symptômes et de suivi post-traitement constitue une étape importante dans le parcours des femmes atteintes d'un cancer du sein. Elle survient généralement après la période intensive des traitements, lorsque l'état clinique est stabilisé et que la fréquence des soins diminue progressivement. Toutefois, cette phase ne correspond pas nécessairement à une guérison complète, car certaines patientes peuvent poursuivre des traitements d'entretien, vivre avec une maladie contrôlée ou rester sous surveillance médicale régulière (Khatcheressian et al., 2013).

Bien qu'elle puisse être associée à un soulagement après l'épreuve des traitements, cette période demeure marquée par certaines difficultés psychologiques. La diminution du suivi médical rapproché peut entraîner un sentiment d'insécurité et raviver les inquiétudes concernant l'avenir. La peur de la récidive représente notamment une préoccupation majeure, pouvant se manifester par une anxiété persistante, une vigilance accrue envers les sensations corporelles ou une inquiétude lors des examens de contrôle (Lebel et al., 2016; Simard et al., 2013; Stanton, 2012)).

Par ailleurs, le retour progressif à la vie quotidienne peut constituer un défi pour certaines femmes. Malgré l'amélioration de leur état physique, elles peuvent continuer à vivre avec des séquelles liées aux traitements, des modifications de l'image corporelle ou une vulnérabilité émotionnelle. Le décalage entre le regard de l'entourage, qui considère parfois la maladie comme terminée, et le vécu réel de la patiente peut favoriser un sentiment d'incompréhension ou d'isolement (Stanton et al., 2015).

Cependant, cette période peut également représenter une étape de reconstruction psychologique. Certaines femmes développent de nouvelles ressources personnelles, redéfinissent leurs priorités et accordent davantage d'importance à leurs relations ou à leur qualité de vie. Ce processus témoigne des capacités d'adaptation et de résilience mobilisées face à l'expérience du cancer du sein (Stanton, 2012).

III.3. Stratégies d'adaptation Psychologiques

Le diagnostic et l'évolution d'un cancer du sein constituent une expérience susceptible de provoquer une importante perturbation émotionnelle, corporelle et existentielle. Face aux différentes exigences liées à la maladie, les femmes mettent en place des stratégies d'adaptation, également appelées stratégies de coping, afin de gérer les émotions négatives, maintenir un équilibre psychologique et s'ajuster aux changements imposés par la maladie (Kelkil et al., 2022).

Selon Lazarus et Folkman (1984) cité dans (Biggs et al., 2017), le coping correspond à l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux qu'une personne mobilise pour faire face à une situation évaluée comme stressante. Ces stratégies ne représentent pas nécessairement des réponses fixes ou permanentes ; elles évoluent selon les caractéristiques de la situation, les ressources personnelles disponibles et la perception que la personne a de sa capacité à agir sur l'événement.

III.3.1. Cadre conceptuel du coping

Le modèle transactionnel du stress et du coping proposé par Lazarus et Folkman (1984) constitue une référence majeure dans l'étude des processus d'adaptation face aux situations stressantes. Selon cette approche, l'impact psychologique d'un événement ne dépend pas uniquement de sa gravité objective, mais également de la manière dont la personne l'évalue et interprète les ressources dont elle dispose pour y faire face.

Ce modèle repose sur deux processus cognitifs principaux. Le premier correspond à l'évaluation primaire, au cours de laquelle la personne détermine la signification de l'événement pour son bien-être. Dans le contexte du cancer du sein, le diagnostic peut être perçu comme une menace pour la vie, une perte liée aux changements corporels pouvant affecter l'image de soi et le sentiment de féminité, ou encore comme un défi nécessitant une mobilisation personnelle. Le second processus correspond à l'évaluation secondaire, durant laquelle la personne examine les ressources disponibles pour gérer la situation, telles que le soutien familial, les connaissances médicales, les ressources psychologiques ou les possibilités thérapeutiques (Biggs et al., 2017).

À partir de ces évaluations, Lazarus et Folkman distinguent principalement deux grandes orientations du coping : les stratégies centrées sur le problème, qui cherchent à agir directement sur la situation stressante, et les stratégies centrées sur l'émotion, qui visent à réguler les réactions émotionnelles provoquées par cette situation (Biggs et al., 2017).

Cependant, dans le contexte des maladies graves comme le cancer, certaines dimensions de la situation échappent au contrôle direct de la personne. C'est pourquoi Folkman a proposé ultérieurement le concept de coping centré sur le sens (*meaning-focused coping*), qui désigne la capacité à reconstruire une signification positive ou cohérente autour de l'expérience vécue lorsque la situation ne peut être modifiée directement (Folkman, 2010).

Ainsi, dans le cadre du cancer du sein, l'analyse des stratégies d'adaptation peut s'organiser autour de trois grandes catégories : les stratégies centrées sur le problème, les stratégies centrées sur l'émotion et les stratégies centrées sur le sens.

III.3.2. Stratégies centrées sur le problème

Ces stratégies sont particulièrement mobilisées lorsque la femme estime que des actions concrètes peuvent modifier sa situation. Elles prédominent pendant la phase active des traitements (Biggs et al., 2017).

Face à l'incertitude générée par le diagnostic, de nombreuses femmes s'engagent dans une quête d'informations sur leur pathologie (type histologique, grade, statut réceptoral), les options thérapeutiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie), les effets secondaires et le pronostic. Cette stratégie vise à reprendre un sentiment de maîtrise et à participer aux décisions médicales (Lambert et al., 2009; Van Der Molem, 1999).

Les sources privilégiées sont multiples : oncologues, documents remis en consultation, sites internet spécialisés (associations de patientes) et forums de discussion entre pairs.

De plus, comme les traitements du cancer du sein sont longs, intenses et contraignants, une autre forme de stratégie d'adaptation courante consiste à réorganiser sa vie quotidienne et professionnelle : demander un arrêt de travail ou un mi-temps thérapeutique, déléguer les tâches ménagères, organiser les transports vers les centres de soins, anticiper la garde des enfants. Cette planification réduit le stress lié aux contraintes logistiques et préserve l'énergie pour faire face aux traitements (Muller & Spitz, 2003).

D'autres patientes développent des stratégies concrètes pour faire face aux effets des traitements. Celles-ci incluent notamment l'adaptation à l'alopécie par le recours à des perruques ou des foulards (Aubry & Wüthrich, 2015), des ajustements alimentaires visant à limiter les nausées (Fontas, 2017), ainsi que la gestion de la fatigue par la priorisation des activités (Ngnintedem, 2021). Elles mobilisent également des soins spécifiques pour prévenir ou traiter le lymphœdème, et ont recours à des traitements antalgiques ou à des approches complémentaires pour la gestion de la douleur (Ngnintedem, 2021).

Dans certains cas, d'autres femmes souhaitent devenir des « patientes actrices » de leur prise en charge. Cette stratégie implique de poser des questions à l'oncologue, d'exprimer ses préférences (par exemple, conservation mammaire versus mastectomie, reconstruction immédiate ou différée), de solliciter un second avis et de négocier les modalités des traitements (Oh, 2017).

Enfin, les stratégies centrées sur le problème peuvent inclure le recours volontaire aux soins de support : Consultations avec un psychologue ou un psychiatre, participation à des programmes d'activité physique adaptée (yoga, marche, renforcement musculaire), suivi nutritionnel par un diététicien, prise en charge de la douleur par une équipe spécialisée, soins esthétiques et paramédicaux (perruque, prothèse externe, tatouage aréolaire)(Muller & Spitz, 2003).

III.3.3. Stratégies centrées sur l'émotion

Ces stratégies dominent dans les situations où la maladie évolue défavorablement ou lorsque les actions concrètes ne peuvent modifier le cours des événements (par exemple, en phase métastatique). Elles sont également mobilisées lors des phases aiguës du parcours, comme l'annonce du diagnostic ou la survenue d'une rechute(Biggs et al., 2017).

La verbalisation des émotions auprès de l'entourage (conjoint, famille, amis proches) constitue une stratégie centrale. Partager sa peur, sa tristesse, sa colère ou son angoisse permet de réduire le sentiment d'isolement et de normaliser les réactions affectives. (Muller & Spitz, 2003).

Dans cette même logique, de nombreuses femmes intègrent des groupes de soutien animés par des associations de patientes. Ces espaces offrent un partage d'expérience entre personnes ayant vécu la même épreuve. Le groupe permet de se sentir comprise, de découvrir des stratégies d'adaptation utilisées par d'autres, et de briser le silence autour de sujets tabous (sexualité, image corporelle, peur de la récidive) (Fobair, 1997).

En plus, Mullet et Spitz (2003) soulignent la notion d'acceptation et de pleine conscience qui consistent à cesser de lutter contre les émotions négatives ou contre la réalité de la maladie, à reconnaître ce qui ne peut être changé (risque de récidive, séquelles morphologiques irréversibles), et à se concentrer sur le moment présent (Muller & Spitz, 2003).

La pleine conscience entraîne à observer ses pensées et ses sensations corporelles sans jugement, ce qui réduit l'anxiété anticipatoire et la rumination mentale(Lengacher et al., 2019).

III.3.4. Stratégies centrées sur le sens

Dans la perspective élargie proposée par Susan Folkman (1997) cité dans (Paulhan, 1992), ces stratégies apparaissent lorsque la situation ne peut être modifiée directement. Elles visent à reconstruire une cohérence psychologique et existentielle.

Ici, on indique la **réinterprétation positive** qui consiste à donner une signification constructive à l'épreuve, favorisant une perception de transformation personnelle, la **spiritualité** qui constitue une ressource de sens, d'espoir et de régulation émotionnelle et la **redéfinition des priorités** consistant en une reconfiguration des valeurs, avec une importance accrue accordée aux relations et à la qualité de vie (Muller & Spitz, 2003).

Au-delà des stratégies d'adaptation, certaines patientes développent des changements psychologiques positifs durables, appelés croissance post-traumatique, conceptualisée par Richard Tedeschi et Lawrence Calhoun (1996) cité dans Calhoun & Tedeschi (2014).

Ce phénomène se manifeste par une meilleure appréciation de la vie, un renforcement des relations, une perception accrue de la force personnelle, l'ouverture à de nouvelles possibilités et un développement spirituel (Calhoun & Tedeschi, 2014).

La croissance post-traumatique ne constitue pas une stratégie de coping, mais une issue possible du processus d'adaptation, particulièrement lorsqu'il implique des stratégies centrées sur le sens(Cordova et al., 2001).

III.3.5. Stratégies d'adaptation moins adaptatives

Bien que les stratégies d'adaptation permettent généralement aux patientes de gérer les exigences psychologiques liées au cancer du sein, certaines modalités de coping peuvent s'avérer moins favorables lorsqu'elles deviennent persistantes ou dominantes. Ces stratégies ne doivent pas être considérées comme des réactions anormales, car elles peuvent parfois avoir une fonction protectrice temporaire, notamment au moment de l'annonce du diagnostic. Cependant, lorsqu'elles s'installent dans la durée, elles peuvent limiter l'adaptation à la maladie et augmenter la détresse psychologique (Biggs et al., 2017).

Parmi ces stratégies, l'évitement et le déni occupent une place importante. L'évitement correspond à une tendance à fuir les pensées, les émotions ou les informations liées à la maladie, tandis que le déni consiste à minimiser ou à refuser temporairement la réalité du diagnostic.

Dans les premiers moments suivant l'annonce, ces mécanismes peuvent permettre à la patiente de se protéger face au choc émotionnel. Toutefois, lorsqu'ils persistent, ils peuvent entraver la recherche d'informations, limiter la participation aux décisions thérapeutiques et compromettre l'adaptation au parcours de soins (Muller & Spitz, 2003).

La rumination constitue également une stratégie peu efficace lorsqu'elle devient excessive. Elle correspond à une répétition persistante de pensées négatives centrées sur la maladie, son évolution ou ses conséquences (« pourquoi moi ? », « vais-je guérir ? », « le cancer va-t-il revenir ? »). Contrairement à une réflexion constructive permettant de rechercher des solutions, la rumination enferme la personne dans un cycle de préoccupations anxieuses sans favoriser une action adaptée. Elle est associée à une augmentation de l'anxiété, des symptômes dépressifs et une diminution de la qualité de vie (Papageorgiou & Wells, 2004).

Certaines patientes peuvent également recourir à des comportements de fuite tels que l'automédication, l'augmentation de la consommation d'alcool ou de tabac afin d'atténuer temporairement la souffrance émotionnelle. Ces comportements peuvent cependant avoir des conséquences négatives sur la santé générale, la tolérance aux traitements et l'adhésion aux recommandations médicales (Muller & Spitz, 2003).

Conclusion du troisième chapitre

En résumé, ce chapitre a mis en évidence la complexité de l'expérience vécue par les femmes confrontées au cancer du sein. L'annonce du diagnostic apparaît comme un événement majeur susceptible de provoquer une rupture psychologique, marquée par le choc, l'incertitude et diverses réactions émotionnelles. Toutefois, l'intensité de cette expérience varie selon les caractéristiques individuelles de la patiente, son histoire personnelle, ses représentations de la maladie ainsi que les conditions dans lesquelles l'annonce est réalisée et accompagnée.

L'analyse du vécu psychologique tout au long du parcours de soins montre que le cancer du sein dépasse largement sa dimension biomédicale. Les traitements actifs, bien qu'indispensables au contrôle de la maladie, peuvent entraîner des transformations corporelles, une altération de l'image de soi, des difficultés relationnelles et une souffrance psychologique importante. De même, la phase de stabilisation des symptômes et de suivi post-traitement peut rester marquée par certaines préoccupations, notamment la peur de la récidive, les séquelles liées aux traitements et les difficultés de réadaptation à la vie quotidienne.

Face à ces différentes épreuves, les femmes mobilisent diverses stratégies d'adaptation afin de maintenir un équilibre psychologique et de donner un sens à leur expérience. Ces stratégies peuvent être centrées sur le problème, l'émotion ou le sens attribué à la maladie. Si certaines favorisent l'ajustement et la reconstruction personnelle, d'autres, lorsqu'elles deviennent persistantes, peuvent contribuer au maintien de la détresse psychologique. Ainsi, l'étude du cancer du sein nécessite une approche globale prenant en considération non seulement les aspects médicaux de la maladie, mais également les dimensions psychologiques, sociales et existentielles du vécu des patientes.

Ces éléments théoriques soulignent l'importance d'explorer la manière dont les femmes vivent concrètement cette expérience dans un contexte donné. Le chapitre suivant sera consacré à la formulation de la problématique de recherche, aux objectifs de l'étude ainsi qu'à la présentation de la méthodologie adoptée pour analyser cette expérience de vie.

CHAPITRE IV : PROBLÉMATIQUE ET DEMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre vise à clarifier l'assise empirique de la recherche. Il reformule la problématique en tenant compte du cadre théorique développé, expose les objectifs de l'étude et détaille la démarche méthodologique utilisée pour examiner les expériences de vie des femmes atteintes du cancer accompagnées par le CHUK.

IV.1. Problématique de la recherche

Le cancer du sein constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2023), il représente le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes, avec environ 2,3 millions de nouveaux cas et 685 000 décès enregistrés chaque année. Malgré les progrès réalisés dans le domaine du dépistage et des traitements, cette maladie demeure une expérience profondément éprouvante, car elle confronte les femmes à l'incertitude, à la souffrance physique et à la possibilité de la mort. Au-delà de sa dimension biomédicale, le cancer du sein constitue une épreuve psychologique et existentielle susceptible de modifier la perception que la femme a d'elle-même, de son corps et de son avenir (Sancho-Garnier & Colonna, 2019).

L'annonce d'un cancer du sein représente souvent un moment de rupture dans la trajectoire de vie de la patiente. Elle ne correspond pas seulement à la transmission d'une information médicale, mais constitue une expérience émotionnelle complexe pouvant provoquer un choc, de la peur, de l'anxiété, de la tristesse ou un sentiment d'incertitude face à l'avenir. Cette réaction est notamment liée aux représentations sociales négatives associées au cancer, souvent perçu comme une maladie grave pouvant conduire à la souffrance ou au décès. Par ailleurs, les atteintes possibles du sein, organe fortement associé à la féminité, à la maternité et à l'identité corporelle, peuvent également affecter profondément l'image de soi et le sentiment d'intégrité personnelle (Baize et al., 2008).

Au-delà de l'annonce du diagnostic, le parcours thérapeutique constitue également une période marquée par de nombreux bouleversements. Les traitements tels que la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie ou l'hormonothérapie, bien qu'indispensables au contrôle de la maladie, peuvent entraîner des effets secondaires importants ainsi que des transformations corporelles susceptibles d'altérer la qualité de vie des patientes.

La perte des cheveux, les modifications du sein, la fatigue, les douleurs et les changements dans les relations sociales ou familiales peuvent influencer le rapport au corps, à la féminité et aux autres. Ainsi, vivre avec un cancer du sein implique pour les femmes un processus permanent d'adaptation face aux changements physiques, émotionnels et sociaux liés à la maladie.

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, la problématique du cancer du sein demeure particulièrement préoccupante. Plusieurs facteurs, notamment l'accès limité au dépistage précoce, les difficultés économiques, le manque d'information sanitaire et certaines représentations socioculturelles de la maladie, contribuent à des diagnostics souvent réalisés à des stades avancés (Kibret et al., 2024). Cette situation augmente non seulement les difficultés médicales liées à la prise en charge, mais également la souffrance psychologique des patientes, qui doivent faire face à une maladie grave dans des contextes parfois marqués par des ressources limitées et un soutien psychosocial insuffisant (Anyigba et al., 2021).

Au Burundi, le cancer du sein représente également une préoccupation croissante dans le domaine de la santé. Face à cette réalité, le Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK) occupe une place importante en tant qu'hôpital public de référence assurant le diagnostic, la prise en charge thérapeutique et le suivi des patients atteints de cancer. Le service d'oncologie du CHUK accueille ainsi des femmes présentant des parcours variés, tant sur le plan clinique que social, ce qui en fait un terrain pertinent pour explorer leur expérience vécue de la maladie.

Cependant, au-delà des aspects médicaux liés au diagnostic et aux traitements, la manière dont les femmes vivent subjectivement le cancer du sein dans ce contexte demeure encore peu documentée. Comprendre leur expérience apparaît pourtant essentiel, car la maladie ne se limite pas aux symptômes physiques ; elle touche également l'identité personnelle, les relations sociales, les représentations culturelles du corps féminin ainsi que la capacité de la personne à maintenir un équilibre psychologique face à l'épreuve.

Dans le contexte socioculturel burundais, certaines représentations de la féminité peuvent être fortement associées à la maternité, au mariage et au rôle familial. Les modifications corporelles liées au cancer du sein et à ses traitements peuvent alors être vécues comme une atteinte importante à l'identité féminine.

De plus, certaines croyances sociales ou culturelles attribuant parfois la maladie à des causes surnaturelles, à une punition ou à un malheur peuvent influencer la manière dont les femmes perçoivent leur maladie et sont perçues par leur entourage. Toutefois, les ressources familiales, communautaires et spirituelles peuvent également constituer des sources importantes de soutien et d'adaptation face à cette expérience difficile (Zhu et al., 2025).

Ainsi, l'étude du vécu des femmes atteintes du cancer du sein nécessite de dépasser une approche exclusivement médicale afin de prendre en considération les dimensions psychologiques, sociales et culturelles de la maladie. Explorer leur expérience permettrait de mieux comprendre leurs réactions face au diagnostic, les difficultés psychologiques rencontrées au cours du parcours de soins ainsi que les stratégies d'adaptation qu'elles mobilisent pour faire face aux changements imposés par la maladie.

C'est dans cette perspective que s'inscrit cette recherche, qui vise à explorer l'expérience vécue par des femmes atteintes d'un cancer du sein suivies au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge. Elle cherche à comprendre comment ces femmes perçoivent leur maladie, comment elles vivent les différentes étapes de leur parcours et quelles ressources elles mobilisent pour s'adapter à cette nouvelle réalité.

La question principale de cette étude est donc formulée comme suit :

Comment les femmes vivant avec un cancer du sein font-elles l'expérience quotidienne de leur maladie ?

De cette question générale découlent les questions spécifiques suivantes :

1. Comment les femmes réagissent-elles lorsque le diagnostic de cancer du sein leur est annoncé ?
2. Comment vivent-elles leur maladie sur le plan psychologique tout au long de leur parcours de soins ?
3. Quelles stratégies d'adaptation psychologique les femmes atteintes d'un cancer du sein mobilisent-elles pour faire face à leur maladie ?

Après avoir soulevé toutes ces questions, il est crucial de clarifier les objectifs que cette recherche vise à atteindre.

IV.2. Objectifs de la recherche

IV.2.1. Objectif général

L'objectif de cette recherche est d'explorer l'expérience vécue par les femmes vivant avec un cancer du sein.

IV.2.2. Objectifs spécifiques

Pour opérationnaliser l'objectif général, nous l'avons scindé en objectifs spécifiques suivants :

1. Identifier les réactions liées à l'annonce du diagnostic du cancer du sein.
2. Analyser le vécu psychologique associé à la vie avec un cancer du sein.
3. Examiner les stratégies de coping utilisées par les femmes vivant avec un cancer du sein.

IV.3. Démarche méthodologique de la recherche

Toute étude scientifique exige du chercheur qu'il adopte une ou plusieurs méthodes lui permettant de conduire son travail de manière rigoureuse et d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés. Dans le cadre de ce mémoire, nous exposons successivement la méthode retenue, le lieu et la population d'enquête, la technique d'échantillonnage retenue, la phase de pré-enquête, les techniques de collecte des données et les outils utilisés, le procédé d'analyse des données adopté dans la recherche.

IV.3.1. Méthode de recherche : Méthode qualitative

Le choix d'une méthode de recherche est toujours guidé par la nature du phénomène que l'on souhaite étudier et par les objectifs que l'on poursuit (Aktouf, 1992). Dans le cadre de ce travail, nous cherchons à comprendre comment des femmes atteintes de cancer du sein vivent leur maladie, y réagissent et s'y adaptent. Face à un tel objet d'étude, la méthode qualitative s'est imposée comme le choix le plus cohérent.

En effet, l'expérience de vie face à une maladie grave comme le cancer du sein est profondément subjective : elle varie d'une femme à l'autre en fonction de son histoire personnelle, de son environnement familial et social, de ses croyances et de ses ressources intérieures. Ces réalités complexes et singulières ne peuvent être réduites à des chiffres ni saisies par une simple quantification.

C'est pourquoi l'approche qualitative, qui s'intéresse aux perceptions, aux attitudes et aux expériences vécues des individus, constitue le cadre le mieux adapté pour explorer notre problématique (Mucchielli, 1996).

Cette méthode nous a permis d'approcher chaque participante dans la singularité de son vécu, d'accéder au sens qu'elle attribue à sa maladie et aux stratégies qu'elle a développées pour y faire face. Elle offre ainsi un espace d'écoute et d'analyse qui respecte la complexité de l'être humain et la diversité des expériences individuelles, deux dimensions qui sont au cœur de cette recherche.

IV.3.2. Techniques de collecte des données

Le choix des techniques de collecte des données est une étape déterminante car il conditionne la nature et la fiabilité des informations recueillies (Zagre, 2013). En recherche qualitative, ces techniques doivent permettre d'accéder aux expériences subjectives et aux significations que les participants attribuent à leur vécu (Paillé & Mucchielli, 2016). Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour l'entretien semi-directif, dont la pertinence est exposée ci-après.

IV.3.2.1. Entretiens semi-directifs

L'entretien semi-directif est une méthode couramment utilisée en psychologie qualitative. Il permet d'explorer des sujets en profondeur tout en conservant une structure garantissant que tous les thèmes importants sont abordés (Mucchielli, 1996). Cette technique est particulièrement adaptée à notre étude, car elle permet de recueillir, dans leurs propres termes, les informations subjectives des participantes, expériences personnelles, ressentis et significations attribuées à leur maladie.

Les entretiens ont été conduits à l'aide d'un guide élaboré à l'avance, enregistrés avec le consentement des participantes, puis retranscrits intégralement avant analyse. Lors de chaque entretien, nous avons introduit l'objectif de la recherche, instauré un climat de confiance, expliqué les raisons de l'enregistrement et remercié chaque participante pour le temps accordé.

IV.4. Terrain et population d'enquête

Dans toute recherche, la définition de la population et du terrain d'enquête découle directement des objectifs fixés (Aktouf, 1992). Le choix du terrain doit être guidé par sa pertinence par rapport à l'objet d'étude et par sa capacité à fournir les informations nécessaires pour répondre à la problématique posée.

Notre étude a été menée au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK), plus précisément au sein du service d'oncologie. Ce choix se justifie par le fait que le CHUK représente actuellement l'une des principales structures publiques assurant la prise en charge oncologique au Burundi. Il accueille des patientes aux profils variés, différentes tranches d'âge, différents milieux sociaux, différents stades de la maladie, ce qui en fait un terrain particulièrement riche pour l'exploration de notre sujet. La population cible était composée de femmes diagnostiquées d'un cancer du sein, suivies en ambulatoire au CHUK, capables de s'exprimer et disposées à participer librement à la recherche.

IV.5. Technique de choix de sujets d'enquête

Il est difficile de travailler avec toutes les femmes atteintes de cancer du sein suivies au CHUK. C'est pour cette raison que nous avons privilégié la technique de l'échantillonnage par choix raisonné, aussi appelée échantillonnage non probabiliste ciblé (Le Maux, 2007). Cette technique permet de sélectionner les participantes sur la base de critères spécifiques définis en fonction de nos objectifs de recherche, afin de s'assurer que les personnes retenues sont en mesure de nous fournir des informations pertinentes et approfondies sur le phénomène étudié.

Les critères de choix de nos enquêtées étaient les suivants : être une femme diagnostiquée d'un cancer du sein ; être suivie au CHUK en ambulatoire; être en mesure de s'exprimer et de donner son consentement libre et éclairé.

La saturation des informations a guidé la décision d'arrêt de la collecte des données, c'est-à-dire que les entretiens se sont poursuivis jusqu'à ce qu'aucun élément nouveau n'émerge des données.

IV.6. Travail de terrain

IV.6.1. Préenquête

La pré-enquête est une étape exploratoire importante dans une recherche qualitative. Elle permet de tester la faisabilité de l'étude, de vérifier la pertinence de l'outil de collecte des données et de repérer les éventuelles difficultés pouvant survenir lors des entretiens. Elle contribue également à améliorer la conduite de l'entretien avant le début de l'enquête proprement dite (Dumez, 2016).

Dans le cadre de notre recherche, nous avons réalisé une pré-enquête auprès d'une femme atteinte d'un cancer du sein prise en charge au CHUK. Cette pré-enquête avait pour objectif de tester le guide d'entretien, de nous familiariser avec le terrain de recherche et d'observer les conditions dans lesquelles les entretiens allaient se dérouler.

À l'issue de cette pré-enquête, nous avons constaté que le guide d'entretien était adapté aux objectifs de l'étude et permettait d'obtenir les informations recherchées. Toutefois, nous avons rencontré des difficultés pour aborder le thème des stratégies d'adaptation psychologique. Après avoir échangé avec notre directeur de mémoire, nous avons reçu des orientations sur la manière d'introduire ce thème et de formuler les questions de façon plus naturelle afin de faciliter la compréhension des participantes et de favoriser leur expression. Ces ajustements ont concerné la conduite de l'entretien plutôt que le contenu du guide. Les données recueillies lors de cette pré-enquête ont été conservées et intégrées à l'analyse finale, les modifications apportées n'ayant pas changé les thèmes explorés.

IV.6.2. Enquête proprement dite

Nous avons commencé notre stage au CHUK le 02 Mars 2026. La collecte des données a débuté le 10 Mars 2026 au sein du service d'oncologie, et a terminé le 26 Avril 2026.

Pour identifier les participantes à l'enquête, nous avons bénéficié de l'appui du chef de service d'oncologie, qui nous présentait les femmes atteintes d'un cancer du sein répondant aux critères de notre étude. Après cette présentation, nous nous installions avec chaque participante dans un endroit calme, à l'écart des autres patients, afin de garantir la confidentialité des échanges et de faire valoir une discussion libre.

Au début de chaque entretien, nous nous présentions et expliquions les objectifs de la recherche ainsi que le déroulement de l'entretien. Nous informions également que les informations recueillies vont rester confidentielles et que leur anonymat serait respecté. Nous leur demandions ensuite leur consentement libre et éclairé pour participer à l'étude. Avant de commencer l'enregistrement, nous sollicitions également leur accord pour enregistrer l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés en kirundi afin de permettre aux participantes de s'exprimer librement. Avec leur accord, les échanges ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone afin de faciliter leur retranscription. Chaque entretien a duré entre 30 et 60 minutes.

A la fin de chaque entretien, nous remerciions chaque participante pour le temps accordé, la confiance et la précieuse contribution à l'étude.

IV.7. Procédé d'analyse des données

Les données issues des entretiens ont été analysées selon la méthode de l'analyse thématique (AT), telle que formalisée par Braun & Clarke (2008). Cette méthode est particulièrement adaptée à une recherche qualitative exploratoire centrée sur le vécu subjectif, car elle permet d'identifier, d'organiser et d'interpréter des patterns de signification à travers l'ensemble du corpus. Inductive dans sa démarche, elle part des données elles-mêmes pour faire émerger les thèmes, sans les plaquer sur un cadre prédéterminé. Elle offre ainsi la flexibilité nécessaire pour restituer la complexité et la singularité des expériences des participantes.

L'analyse thématique s'est déroulée en six phases séquentielles, conformément au cadre de Braun & Clarke(2008): (1) la familiarisation avec les données, par une lecture active et répétée de l'ensemble des retranscriptions ; (2) la génération des codes initiaux, en attribuant à chaque segment de discours un code descriptif ; (3) la recherche des thèmes, en regroupant les codes en thèmes potentiels ; (4) la révision des thèmes, en vérifiant leur cohérence interne et leur pertinence par rapport à l'ensemble des données ; (5) la définition et la dénomination des thèmes, en précisant l'essence de chacun d'eux ; et (6) la rédaction du rapport d'analyse, en articulant chaque thème à des extraits des entretiens et au cadre théorique des chapitres précédents.

En cohérence avec les concepts définis au Chapitre I et les dimensions de l'expérience de vie explorées au Chapitre III, les thèmes attendus se sont organisés autour de trois axes : (a) les réactions à l'annonce du diagnostic ; (b) le vécu psychologique au cours des traitements et en phase de rémission ; (c) les stratégies d'adaptation mobilisées, notamment les ressources spirituelles et communautaires propres au contexte burundais.

IV.8. Difficultés rencontrées

Toute recherche de terrain comporte des obstacles qu'il est important de relever car cette transparence renforce la crédibilité scientifique du travail (Paillé & Mucchielli, 2012). Au cours de la collecte des données, nous avons été confrontée à beaucoup de difficultés que nous présentons ci-dessous.

La première difficulté a été la fragilité émotionnelle des participantes. Les femmes atteintes du cancer du sein traversent une épreuve de vie particulièrement intense. Certaines se sont montrées réticentes à partager leur expérience, tandis que d'autres ont été envahies par l'émotion au cours de l'entretien.

La deuxième difficulté a été l'absence d'espace dédié aux entretiens individuels au sein du service d'oncologie du CHUK. Le manque de confidentialité lié à la promiscuité des lieux a pu inhiber certaines participantes, qui ne se sentaient pas toujours libres de s'exprimer en présence d'autres personnes. Cette contrainte a parfois limité la profondeur des échanges et nous a obligé à faire preuve de créativité pour trouver d'autres espaces plus isolés.

Enfin, la troisième difficulté a été la confusion sur notre rôle de chercheur en psychologie. Plusieurs participantes ne faisaient clairement la distinction entre notre rôle et celui du personnel médical. Elles nous apportaient parfois leurs résultats d'examens en espérant une interprétation médicale, et paraissaient déçues lorsqu'elles réalisaient que nous ne pouvions pas répondre à leurs attentes. Cette situation nous a amenée à clarifier régulièrement la nature de notre recherche et la spécificité du rôle du psychologue, distinct de celui du médecin.

Conclusion du quatrième chapitre

Ce chapitre a permis de présenter les fondements problématiques et méthodologiques de cette recherche portant sur l'expérience vécue des femmes atteintes d'un cancer du sein suivies au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge. La problématique développée met en évidence que le cancer du sein constitue une expérience complexe dépassant la seule dimension médicale de la maladie. Dans le contexte burundais, l'exploration du vécu des patientes apparaît essentielle afin de mieux comprendre leurs réactions face au diagnostic, les difficultés psychologiques rencontrées au cours du parcours de soins ainsi que les ressources mobilisées pour s'adapter à cette épreuve.

Afin d'appréhender cette réalité subjective, une approche qualitative a été privilégiée. Le recours aux entretiens semi-directifs, complétés par l'observation directe, a permis d'accéder aux discours, aux émotions et aux significations attribuées par les participantes à leur expérience de la maladie. Le choix raisonné des participantes, la réalisation des entretiens en kirundi ainsi que l'analyse thématique inspirée du modèle de Braun et Clarke ont constitué un cadre méthodologique adapté à l'exploration approfondie de ce phénomène.

Malgré les difficultés rencontrées sur le terrain, notamment la vulnérabilité émotionnelle des participantes, les contraintes liées à la confidentialité des échanges et la nécessité de clarifier le rôle du chercheur, cette démarche a permis de recueillir des données riches sur le vécu des femmes interrogées. La partie suivante sera consacrée à la présentation des cas, à l'analyse des données recueillies et à l'interprétation des résultats à la lumière du cadre théorique développé précédemment, afin de mieux comprendre l'expérience du cancer du sein des cas observés dans le contexte burundais.

DEUXIEME PARTIE: PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS

CHAPITRE V : PRÉSENTATION DES CAS

Dans cette étude qualitative, nous avons choisi la méthode de l'étude de cas pour examiner l'expérience des femmes atteintes d'un cancer du sein. Cette approche permet d'obtenir une compréhension détaillée de chaque participante, en prenant en compte leur parcours personnel, familial, social et médical.

Les informations de ce chapitre proviennent d'entretiens semi-directifs avec les participantes et d'observations lors des rencontres. Pour respecter l'anonymat, les participantes sont désignées par des lettres : A, B, C et D, et non par leurs noms.

Chaque cas est présenté sous forme d'une monographie synthétique qui retrace le parcours de vie de la participante avant la maladie, son histoire avec le cancer du sein, les bouleversements causés par la maladie, ainsi que les principales ressources mobilisées pour y faire face.

V.1. Présentation du cas « A »

A est une femme de 46 ans, mariée, mère de deux enfants de 9 et 3 ans, vivant à Gitega. Avant sa maladie, elle menait une vie active sur le plan familial et professionnel, travaillant dans un secrétariat public et s'occupant aussi de l'éducation et des soins quotidiens de ses enfants. Son identité était fortement liée à ses rôles de mère, d'épouse et de femme active.

L'histoire familiale d'A est marquée par plusieurs cas de cancer. Sa mère est décédée d'un cancer du sein, et sa sœur a été elle aussi diagnostiquée avec cette maladie en 2024. La sœur a bénéficié d'une prise en charge précoce, d'abord au Burundi, puis en Ouganda. Ces antécédents familiaux jouent un rôle clé dans sa perception de la maladie, car le cancer n'était pas totalement étranger à sa famille.

Sur le plan conjugal, A raconte avoir rencontré des difficultés à concevoir après son mariage. Trois ans après, elle a eu son premier enfant après une grossesse difficile, puis cinq ans plus tard, elle a donné naissance à son deuxième enfant. La maternité joue un rôle central dans sa vie personnelle et constitue aujourd'hui une grande source de motivation dans sa lutte contre la maladie.

L'histoire médicale de A commence en 2024 lorsqu'elle ressent des douleurs au sein droit. Après consultation, les examens révèlent une tumeur in situ. Elle subit une intervention chirurgicale et reçoit un traitement médicamenteux.

Cependant, quelques mois plus tard, ses symptômes réapparaissent avec une aggravation : faiblesse du bras, limitation des mouvements, et douleurs au sein et aux aisselles.

Elle est ensuite dirigée vers le CMCK, où des examens complémentaires confirment qu'il s'agit d'un cancer du sein déjà métastasé. Elle entame alors un parcours de soins oncologiques, comprenant notamment des séances de chimiothérapie, avant d'être suivie au CHUK.

L'annonce de l'aggravation avancée de la maladie est une étape particulièrement douloureuse pour A. Elle regrette la prise en charge initiale, se demandant si une intervention plus radicale aurait pu freiner l'évolution de la maladie. Sa conscience que son cancer est difficilement guérissable la mine en permanence et alimente ses inquiétudes concernant son avenir et celui de ses enfants.

Depuis l'apparition de la maladie, sa vie quotidienne a fortement changé. Son état de santé ne lui permet plus de travailler, et elle doit souvent se rendre à Bujumbura pour des consultations et traitements, ce qui la sépare régulièrement de son domicile et de ses enfants. Cette séparation est une grande souffrance pour elle, car elle éprouve des difficultés à remplir complètement son rôle de mère.

Cependant, A reçoit un soutien significatif de son mari, qui s'occupe des enfants pendant ses absences et la soutient dans cette période difficile. Elle voit ce soutien conjugal comme une ressource clé pour s'adapter à la maladie.

Face à cette épreuve, A s'appuie principalement sur deux ressources : ses enfants et sa foi religieuse. Elle dit que ses enfants sont sa principale motivation pour continuer à lutter. Sa spiritualité lui donne aussi un sentiment d'espoir et une force intérieure qui l'aident à supporter les traitements et l'incertitude de la maladie.

V.2. Présentation du cas « B »

B est une femme de 61 ans, mère de huit enfants, originaire de Muyinga. Elle a été récemment diagnostiquée avec un cancer du sein. Avant cette nouvelle, elle a traversé une longue période marquée par des visites médicales répétées et beaucoup d'incertitude.

Son parcours met en évidence les difficultés liées au diagnostic du cancer du sein, notamment lorsque l'accès à une information médicale claire est limité. Avant de bénéficier d'une prise en charge spécialisée, B consulte plusieurs établissements de santé et différents médecins.

Lors de certaines visites, on lui propose une intervention chirurgicale pour retirer une tumeur considérée comme in situ, sans lui donner de détails précis sur la nature de sa maladie.

Face à cette situation, sa famille lui conseille de recueillir davantage d'informations avant de décider d'une intervention. Après plusieurs consultations médicales, ils consultent finalement un spécialiste qui suspecte un cancer et la réfère à une structure spécialisée à Bujumbura. Le diagnostic est confirmé au CMCK, puis elle est transférée au CHUK pour poursuivre le traitement.

L'annonce du diagnostic suscite chez B une forte inquiétude, principalement liée à la crainte de l'évolution de la maladie et des traitements à venir. L'incertitude concernant l'avenir devient une composante majeure de son vécu psychologique.

Sur le plan familial, son expérience se caractérise par un soutien inconstant. Trois de ses fils sont présents de manière significative pendant cette période. Cependant, elle souligne qu'elle ne bénéficie pas d'un soutien important de la part de son époux, ce qui rend son parcours encore plus difficile.

Malgré ses inquiétudes liées à la maladie, B s'appuie sur ses liens familiaux pour poursuivre ses soins. Le soutien de ses enfants est une ressource psychologique clé pour son adaptation.

V.3. Présentation du cas « C »

Pour C, c'est une femme de 54 ans qui réside à Kayanza. Son expérience avec la maladie commence lorsqu'elle détecte une petite masse dans son sein gauche lors d'une autopalpation.

Au début, elle ne consulte pas immédiatement, estimant que c'est un problème mineur. Cependant, face à la croissance progressive de la masse et à l'apparition de douleurs occasionnelles, elle finit par se décider à consulter dans une structure de santé.

Les examens confirment le diagnostic de cancer du sein. Pour C, cette nouvelle est extrêmement bouleversante. Elle subit un choc émotionnel intense, éprouve une peur profonde de mourir, s'inquiète pour l'avenir de ses enfants et ressent un fort sentiment d'injustice face à cette situation.

Pendant ses traitements, C ressent plusieurs effets secondaires, notamment une grande fatigue, des nausées et une diminution de ses capacités physiques. Ces manifestations nuisent à son quotidien et limitent certaines de ses activités habituelles.

Elle a subi une mastectomie partielle, ce qui a été une expérience difficile, car le traitement a changé sa perception de son corps et de son identité féminine.

Dans sa vision personnelle de la maladie, C intègre une dimension spirituelle et culturelle dans son expérience. Elle pense que son état pourrait résulter d'un ensorcellement, ce qui façonne sa compréhension de sa maladie et constitue un aspect central de son vécu.

Pour faire face à cette situation, C s'appuie fortement sur sa spiritualité. Sa foi lui procure de l'espoir et lui permet de mieux supporter les difficultés liées aux traitements et à l'incertitude.

V.4. Présentation du cas « D »

D est une femme de 40 ans, épouse et mère vivant à Kinama. Son aventure avec le cancer du sein inclut une mastectomie et un traitement de chimiothérapie complet.

Après avoir terminé ses traitements, elle revient pour une consultation de suivi. Bien que la phase intense des soins soit finie, elle porte encore les marques profondes des conséquences physiques et psychologiques de la maladie.

Pour elle, la mastectomie représente une expérience extrêmement douloureuse. Elle exprime avec émotion la perte de son sein et son souhait de le récupérer. Pour D, le sein n'est pas simplement une partie du corps, mais un symbole de féminité, de maternité, et de son identité féminine.

Elle associe également cette perte à une évolution dans son rôle de mère. Selon elle, elle ne pourra plus être une mère « comme les autres », surtout parce qu'elle ne pourra plus allaiter avec ses deux seins ou reproduire certains gestes maternels qu'elle effectuait auparavant.

Les traitements ont provoqué des changements visibles, comme la perte de cheveux liée à la chimiothérapie. En outre, les moqueries et réactions négatives de son entourage ont renforcé ses problèmes d'image corporelle et d'estime sociale.

Malgré ces souffrances, D continue son suivi médical et essaie de reconstruire sa relation avec elle-même. Son expérience démontre que l'arrêt des traitements ne signifie pas forcément la fin des troubles psychologiques liés au cancer du sein.

Conclusion du cinquième chapitre

*L'analyse des cas A, B, C et D fournit un aperçu initial de la diversité des parcours et profils des femmes atteintes d'un cancer du sein au CHUK. Ces histoires illustrent une gamme variée de circonstances sociodémographiques (âges allant de 40 à 61 ans, origines diverses, statuts matrimoniaux et familiaux variés) ainsi que leurs parcours de soins. On observe des trajectoires caractérisées par des retards au diagnostic, des erreurs médicales, et des traitements souvent commencés à un stade avancé de la maladie, comme le révèlent les cas A (métastases) et B (plusieurs consultations sans diagnostic définitif).

Ces éléments mettent en évidence les obstacles structurels et informatifs auxquels les patientes font face en Burundi, où un diagnostic précoce et une prise en charge coordonnée restent un défi majeur. Ils illustrent également la profondeur du vécu psychologique et émotionnel des femmes confrontées à la maladie. Les réactions après l'annonce varient, allant du choc à la peur de la mort, en passant par la tristesse et le sentiment d'injustice (cas C). De plus, les traitements et leurs effets secondaires, tels que la mastectomie, l'alopécie ou la fatigue, provoquent d'importants remaniements identitaires, modifiant leur rapport à la féminité, la maternité et leur image de soi (cas D).

La famille et la sphère spirituelle jouent un rôle central, que ce soit à travers la crainte pour l'avenir des enfants (cas A et C), le soutien spécifique de l'entourage (cas B), ou le recours à la foi et aux interprétations culturelles de la maladie (cas C). La diversité de ces expériences, en partie illustrée ici, ouvre la voie à une analyse thématique approfondie pour identifier les motifs communs et les particularités du vécu de ces femmes, en lien avec les cadres théoriques et méthodologiques mentionnés.

CHAPITRE VI: REACTIONS LIEES A L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC DU CANCER DU SEIN

L'annonce d'un diagnostic de cancer du sein est un moment très éprouvante pour les femmes concernées. Elle intervient souvent comme une rupture soudaine de leur routine quotidienne et engendre une gamme variée d'émotions et de réactions psychologiques et comportementales.

Ce chapitre détaille la manière dont les participantes réagissent après avoir reçu leur diagnostic de cancer du sein, afin de mieux comprendre leur vécu psychosocial durant cette étape cruciale de leur parcours médical.

VI.1. Réactions émotionnelles à l'annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic du cancer du sein apparaît, dans les récits des participantes, comme un moment marqué par une profonde détresse émotionnelle. Les premières réactions rapportées se caractérisent principalement par les pleurs, la perte d'espoir, la peur et le sentiment que la vie est désormais compromise.

À ce propos, le cas **A** témoigne :

« Bamaze kumbwira ko bantoye iyo ndwara naciye ndira kuko nibaza ko ubuzima bwanje buheze. »

Ce qui signifie :

« Lorsqu'on m'a annoncé que j'avais un cancer du sein, j'ai pleuré car j'ai senti que ma vie était terminée. »

Les propos de cette participante montrent que l'annonce du diagnostic marque une rupture immédiate dans sa vie. Le cancer est vu non seulement comme une maladie à traiter, mais aussi comme une menace existentielle qui remet en question son avenir. La sensation que « la vie est terminée » reflète une vision de la maladie comme une condamnation plutôt qu'une étape à franchir.

Cette réaction émotionnelle peut s'expliquer par le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman, selon lequel la réponse dépend de l'évaluation cognitive de la situation.

Lorsqu'un événement est perçu comme une menace dépassant ses ressources, cela peut provoquer une détresse émotionnelle intense (Lazarus & Folkman, cités dans Biggs et al., 2017).

Dans le cas de cette participante, le diagnostic semble avoir été évalué immédiatement comme une situation incontrôlable et dangereuse pour sa survie, ce qui explique l'intensité de sa réaction émotionnelle.

Cette expérience est également retrouvée chez le cas **B** qui déclare :

« Bambwiye ko mfise iyo ndwara narihebuye cane kuko numvise umenga ni umusaraba bankoreye. »

Ce qui signifie :

« Lorsqu'on m'a annoncé que j'avais un cancer du sein, j'ai perdu espoir car j'ai eu l'impression qu'un lourd fardeau avait été déposé sur moi. »

L'utilisation de la métaphore du « fardeau » est très significative car elle indique que la participante voit la maladie non seulement comme une faiblesse physique, mais aussi comme une charge mentale et sociale difficile à accepter. Cette image reflète le poids émotionnel du diagnostic et les préoccupations concernant l'impact potentiel de la maladie sur sa famille et ses responsabilités sociales.

Les résultats obtenus rejoignent ceux de Fortin (2021), qui soulignent que les femmes atteintes d'un cancer du sein peuvent éprouver des niveaux élevés de stress, d'anxiété et de dépression à différentes étapes de leur maladie. Dauchy et Rouby (2007) soulignent que cette maladie est particulièrement perturbante, car elle touche à l'intégrité corporelle, à l'identité en tant que femme et à la perception de l'avenir.

Dans le contexte burundais, ces réactions peuvent également être renforcées par les représentations sociales du cancer. Comme l'ont montré Manirakiza et al. (2020), le cancer continue d'être lié à un taux élevé de mortalité et à des difficultés pour accéder aux soins spécialisés au Burundi. Pour certaines patientes, recevoir un diagnostic peut sembler comme une sentence de fin de vie plutôt que le début d'un traitement.

Les témoignages des cas A et B montrent que l'annonce d'un cancer du sein peut provoquer une rupture psychologique profonde. Les réactions émotionnelles ne dépendent pas uniquement de la maladie elle-même, mais aussi des représentations que les patientes et leur entourage en ont. Cette première confrontation avec la maladie est une étape cruciale où un soutien psychologique est indispensable, pour aider les femmes à exprimer leurs émotions, à mieux comprendre leur situation, et à mobiliser progressivement leurs capacités d'adaptation.

VI.2. Choc et la sidération émotionnelle

Après l'annonce du diagnostic du cancer du sein, plusieurs participantes rapportent avoir vécu un état de choc et de sidération émotionnelle. Cette réaction traduit une difficulté à intégrer immédiatement la réalité de la maladie, perçue comme une menace pour la vie, les projets personnels et l'avenir familial. Selon Dauchy & Rouby (2007), l'annonce d'un cancer constitue une expérience psychologiquement éprouvante, susceptible de provoquer une forte détresse émotionnelle, un sentiment de vulnérabilité et une désorganisation temporaire.

À ce propos, **B** déclare :

« Muganga amaze kumenyesha ko mfise iyo ndwara, jewe vyarangoye kwemera no gutahura kuko mu karere dusanzwe turimwo, iyo ndwara ntayo twari tumenyereye kuko ntabo nari bwumve bayirwaye. »

Ce qui signifie :

« Lorsque le médecin m'a annoncé que j'avais un cancer du sein, il m'a été difficile de l'accepter et de le comprendre, car dans notre localité, cette maladie ne nous était pas familière. Par ailleurs, je n'avais jamais connu quelqu'un qui souffrait de cette maladie dans notre localité. »

Les propos de B soulignent que le choc du diagnostic est renforcé par l'incertitude entourant la maladie. Le cancer du sein semble une réalité difficile à appréhender et à accepter, car la participante manque de références pour mieux comprendre cette nouvelle situation. Cette expérience est en accord avec les travaux de Yao Yao (2021), qui indiquent que les représentations culturelles de la maladie influencent la manière dont les individus perçoivent et vivent leur expérience de santé.

Cette réaction apparaît également chez **D**, qui affirme :

«Muganga amaze kumpima akantora iyi ndwara, niyumvisemwo ko ubuzima buhagaze. Narumva amajambo ariko arambwira ariko sinayategera neza. Naciye mera nkuwutaye ubwenge, ntashobora no kubaza ikibazo. Jewe nibaza ko iyi ndwara itoshobora kumfata.»

Ce qui signifie :

« Lorsque le médecin m'a annoncé que j'avais un cancer du sein, j'ai eu l'impression que le temps s'était arrêté. J'entendais ses paroles, mais je ne parvenais pas réellement à les comprendre. Je me suis sentie comme désorientée et je n'arrivais même pas à poser une question. Je pensais que cette maladie ne pouvait pas m'atteindre. »

Le témoignage de D met en évidence la dimension cognitive de la sidération émotionnelle. Son incapacité à comprendre rapidement les informations médicales et à poser des questions témoigne d'un blocage occasionné par la forte charge émotionnelle forte liée à l'annonce. Selon Edery (2011), il est aussi observé que le diagnostic de cancer peut provoquer une période de vulnérabilité psychologique importante, durant laquelle les capacités d'adaptation normales peuvent être temporairement affectées.

Ainsi, les expériences rapportées par B et D montrent que le choc du diagnostic ne dépend pas uniquement de la gravité de la maladie, mais aussi de la manière dont celle-ci est perçue et évaluée par la personne. Selon le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (repris par (Bruchon-Schweitzer, 2009), la réaction émotionnelle dépend de l'évaluation de la menace et des ressources disponibles pour y faire face. Chez ces participantes, le cancer du sein est initialement vécu comme une réalité inattendue et difficilement contrôlable, nécessitant un accompagnement psychologique pour favoriser progressivement son acceptation.

VI.3. Peur de mort et angoisse de l'avenir

La peur de la mort apparaît fréquemment après l'annonce du diagnostic du cancer du sein. Pour plusieurs patientes, le cancer reste associé à la souffrance, à la perte de contrôle et au décès, ce qui peut provoquer une forte détresse émotionnelle. Selon Fortin (2021), l'annonce d'un cancer peut entraîner des réactions psychologiques importantes liées à l'incertitude concernant l'évolution de la maladie, les traitements et les perspectives de survie.

À ce propos, **C** déclare :

«Bahejeje kunkora naratashe mugabo ngumana ubwoba kuko nibaza ko ngiye gupfa.»

Ce qui signifie

« Après avoir été opérée, je suis retournée à la maison mais je suis restée avec la peur car je pensais que j'allais mourir. »

Les propos de C montrent que, même après le traitement chirurgical, la peur de la mort reste présente. L'intervention médicale ne suffit pas toujours à restaurer un sentiment de sécurité, car la patiente demeure confrontée à l'incertitude concernant son avenir. Le cancer continue ainsi d'être vécu comme une menace persistante pour sa vie.

Cette inquiétude concernant l'avenir apparaît également dans le récit de B :

« Maze kumenya ko ngwaye, imbere yo kubandanya kwivuza nabanje kuvuza umwana wanje mukuru kuko nawe yari arwaye izindi ndwara kubera nibaza ko ariwe azoca asigara ararima jewe napfuye. »

Ce qui signifie :

« Après avoir appris que j'étais malade, avant de poursuivre mes traitements, j'ai d'abord fait soigner mon enfant aîné qui souffrait également d'autres maladies, car je pensais que ce serait lui qui s'occuperait des travaux des champs après ma mort. »

Le témoignage de B révèle que la peur de la mort ne concerne pas uniquement sa propre existence, mais également les conséquences de sa disparition sur sa famille. Son inquiétude traduit une anticipation de l'avenir sans elle, notamment concernant les responsabilités familiales et économiques qu'elle assume. Ainsi, la maladie vient questionner sa place au sein de la famille et la continuité de ses rôles sociaux.

Cette peur apparaît également dans le discours de **A** :

« Harageze igihe mbwira abana banje bariko baramvuza ati nimwirekere kwirigwa mwiruka mumvuza kuko ndazi ko ntazokira. »

Ce qui signifie :

« Il est arrivé un moment où j'ai dit à mes enfants qui s'occupaient de moi de ne pas continuer à poursuivre mes traitements car je savais que je n'allais pas guérir. »

Les propos de A traduisent une perte d'espoir thérapeutique et une forme de résignation face à la maladie. La patiente semble percevoir le cancer comme une maladie dont l'issue serait nécessairement négative, ce qui influence son rapport aux soins et à la poursuite des traitements.

Ces résultats peuvent être compris à travers le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984), selon lequel la réaction émotionnelle dépend de l'évaluation que la personne fait de la menace et des ressources dont elle dispose pour y faire face. Chez les participantes, le cancer du sein est initialement évalué comme une menace majeure pour leur survie et leur avenir familial, ce qui explique l'intensité de la peur exprimée (Biggs et al., 2017).

Ainsi, la peur de la mort et l'angoisse face à l'avenir constituent des aspects majeurs de l'expérience du cancer du sein. Elles vont au-delà du simple risque de décès, englobant aussi la peur de perdre sa place dans la famille, de ne plus pouvoir remplir ses responsabilités, et d'être confronté à un avenir bouleversé par la maladie.

VI.4. Chimiothérapie et radiothérapie : fatigue, souffrance et endurance

Chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, la chimiothérapie et la radiothérapie constituent des étapes importantes du parcours thérapeutique, mais elles sont souvent vécues comme des périodes difficiles, marquées par la fatigue, les douleurs physiques et une forte charge émotionnelle. Selon l'Institut National du Cancer (Institut national du cancer [INCa, 2023), la fatigue liée aux traitements du cancer se distingue de la fatigue ordinaire par son intensité et sa persistance, pouvant affecter les activités quotidiennes et la qualité de vie des patientes.

À ce propos, **B** s'exprime ainsi :

«Aha rero naho bankoze, umugongo wose waragiye kuko nguma nryamye minsi yonse.»

Ce qui signifie :

« Quand bien même j'ai été opérée, je continue à souffrir au niveau du dos parce que je reste toujours couchée.»

Les propos de B montrent que les conséquences de la maladie et des traitements dépassent la seule dimension médicale. L'immobilité prolongée et la douleur entraînent une limitation dans ses activités quotidiennes et modifient son rapport à son propre corps. La souffrance physique devient ainsi une expérience qui influence son autonomie et son vécu de la maladie.

Cette souffrance apparaît également dans son témoignage concernant les douleurs ressenties pendant les traitements :

« Nguma numva mbabara umubiri wose, iyo bihumuye ndaheza ngafungura, no kuryama sinryama neza kuko mpengeka urubavu rumwe. »

Ce qui signifie :

« Je ressens constamment des douleurs dans tout le corps. Lorsque celles-ci diminuent, je parviens alors à manger. Je dors également difficilement, car je ne peux m'allonger que sur un seul côté. »

Ce récit illustre l'impact quotidien des effets secondaires des traitements, tels que la douleur, les difficultés à manger et les troubles du sommeil, qui contribuent à une souffrance globale affectant le corps et le bien-être psychologique. Comme le mentionne Fischer (2013), le cancer n'est pas seulement une problématique biologique, mais une expérience qui modifie profondément le vécu corporel, émotionnel et social du patient.

Cependant, malgré ces difficultés, les participantes mobilisent également des ressources leur permettant de faire face à la maladie. Le soutien de l'entourage apparaît comme un élément important dans ce processus d'adaptation. À ce propos, **B** explique :

« Iyo mbonye ababanyi baje kundaba kwa muganga, nca niyumva neza kuko ucumenga ndakize. »

Ce qui signifie :

« Quand je vois mes voisins venir me voir à l'hôpital, je me sens bien car j'ai l'impression d'être guérie. »

Le témoignage de B montre que la présence sociale et affective de l'entourage contribue à renforcer son espoir et son endurance face aux traitements. Le soutien des proches devient une ressource psychologique permettant de mieux supporter les difficultés liées à la maladie.

Cette observation rejoint le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (repris par (Bruchon-Schweitzer, 2009), selon lequel les ressources personnelles et sociales jouent un rôle es sentiel dans les stratégies d'adaptation face aux situations stressantes.

Ainsi, la chimiothérapie et la radiothérapie apparaissent dans les récits des participantes comme des expériences ambivalentes : elles représentent à la fois une source de fatigue, de douleur et de souffrance, mais également une étape associée à l'espoir de guérison. Face aux contraintes des traitements, les femmes développent des capacités d'endurance en s'appuyant sur leurs ressources personnelles, familiales et sociales.

VI.5. Suivi médical et la peur de la récidive

Même après la fin des traitements, plusieurs femmes continuent à vivre avec une inquiétude liée à la possibilité d'une récidive du cancer du sein. Cette peur peut apparaître lors de l'apparition de nouveaux symptômes corporels ou à l'approche des consultations de suivi. Selon Simard et al. (2013), la peur de la récidive constitue une préoccupation fréquente chez les personnes ayant vécu un cancer et peut influencer leur bien-être psychologique ainsi que leur capacité à se projeter dans l'avenir.

À ce propos, **C** rapporte :

« Bahejeje kunkora naratashe, inyuma y'iminsi mikeya ukuboko kumwe guca kuravyimba. Nca ntagura kwibaza nti noneho ya ndwara iragarutse ifatiye mu kuboko. »

Ce qui signifie :

« Après l'opération, je suis retournée à la maison, mais après quelques jours, j'ai constaté un gonflement de l'un de mes bras. J'ai alors paniqué en pensant que le cancer du sein était revenu en passant par le bras. »

Le témoignage de C montre que certains changements corporels peuvent être interprétés comme des signes d'une éventuelle reprise de la maladie. Ainsi, même après un traitement, la patiente reste attentive aux manifestations de son corps, ce qui peut maintenir un sentiment d'insécurité face à l'avenir.

Cette inquiétude apparaît également dans le récit de B :

« Muganga ahejeje kunkora, sinabonye ko nkize neza, nagumye nibaza ko nubundi indwara izogaruka, ngaca mbona ko ata migambi yo muri kazoza mfise kuko nubundi iyo ndwara izonyica. »

Ce qui signifie :

« Après l'opération, je ne me suis pas sentie complètement guérie. J'ai continué à penser que la maladie finirait par revenir. Je voyais alors que je ne pouvais pas avoir de projets d'avenir car cette maladie finirait par me tuer. »

Les propos de B révèlent que la peur de la récidive dépasse la simple inquiétude médicale. Elle affecte sa capacité à envisager l'avenir et entraîne une forme de renoncement aux projets personnels. La maladie reste ainsi présente dans son quotidien, même en dehors des périodes de traitement.

Ces résultats rejoignent les travaux de Lebel et al. (2016), qui montrent que la peur de la récidive peut devenir une source importante de détresse émotionnelle chez les personnes touchées par un cancer. Dans cette perspective, le suivi médical ne représente pas seulement un contrôle de l'état de santé, mais peut également constituer un moment où les patientes recherchent une réassurance face à leurs inquiétudes.

Ainsi, les récits de C et B montrent que l'expérience du cancer du sein ne s'arrête pas avec la fin des traitements. La possibilité d'une récidive demeure une source d'angoisse qui influence la perception de la guérison, la confiance dans l'avenir et la capacité des femmes à reconstruire leurs projets de vie.

Conclusion du sixième chapitre

L'analyse des réactions des participantes après l'annonce du diagnostic du cancer du sein met en évidence l'impact psychologique important de cet événement, vécu comme une rupture dans leur parcours de vie. Les témoignages recueillis révèlent des réactions dominées par le choc, la sidération, la peur de la mort et l'incertitude face à l'avenir. Ces résultats rejoignent les travaux en psycho-oncologie qui montrent que l'annonce d'un cancer peut provoquer une profonde vulnérabilité émotionnelle et une remise en question des repères personnels (Dauchy & Rouby, 2007; Edery, 2011; Pinault, 2020).

L'expérience de la maladie ne se limite toutefois pas au moment du diagnostic. Les traitements, la fatigue, les douleurs, les changements corporels et la crainte de la récidive prolongent les inquiétudes des patientes et influencent leur capacité à se projeter dans l'avenir. Les récits des participantes montrent également que le cancer du sein touche leurs rôles familiaux et sociaux, comme l'illustre le témoignage de B préoccupée par l'avenir de ses enfants.

Ainsi, ce chapitre montre que le cancer du sein représente une expérience qui dépasse la seule dimension médicale. Il affecte la vie émotionnelle, familiale et personnelle des femmes, tout en mobilisant des ressources d'adaptation importantes. Le chapitre suivant s'intéressera davantage au vécu psychologique global des participantes, en explorant les transformations liées à la maladie, les difficultés rencontrées et les stratégies mises en place pour y faire face.

CHAPITRE VII : VECU PSYCHOLOGIQUE D'UNE FEMME ATTEINTE DU CANCER DU SEIN

L'analyse du vécu psychologique permet de mieux comprendre comment les femmes atteintes d'un cancer du sein perçoivent et vivent cette expérience, tout en faisant face à des défis émotionnels.

Ce chapitre met en avant les principaux résultats relatifs à leur vécu psychologique, en insistant notamment sur leur perception de leur corps après le traitement, leurs relations sociales avec leur entourage et leur vie conjugale.

VII.1. Corps marqué par la maladie et les traitements

Le cancer du sein et ses traitements, tels que la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie, entraînent d'importantes transformations corporelles. La mastectomie, les cicatrices, la perte de cheveux, les variations de poids et la fatigue chronique altèrent l'apparence physique des femmes et jouent sur leur perception d'elles-mêmes. Ces modifications dépassent la simple dimension biologique, car elles touchent aussi à l'image corporelle, à l'estime de soi et à la féminité (Fobair et al., 2006; INCa, 2023).

À ce propos, **D** déclare :

« Maze gushika muhira, sinashaka ko ababanyi bamenya ko bankuyeko ibere kuko nabona umenga sinsa nabandi bagore. »

Ce qui signifie :

« Lorsque je suis rentrée de l'hôpital, je ne voulais pas que les voisins sachent que l'on m'avait enlevé un sein, car je me sentais différente des autres femmes. »

Ce témoignage illustre un changement profond dans la perception de l'image corporelle. Pour cette participante, la perte d'un sein dépasse le simple aspect médical ; elle représente une transformation de son identité en tant que femme. Son souhait de cacher cet état reflète également la crainte d'être vue différemment par ses proches et de n'être plus considérée qu'à travers sa maladie.

Cette perception concorde avec les recherches de Fingeret et al. (2014), qui montrent que les changements corporels liés aux traitements contre le cancer peuvent nuire à l'image de soi, diminuer l'estime personnelle, et accroître la sensibilité au regard des autres.

Par ailleurs, Fobair et al. (2006) mettent en évidence que les séquelles physiques du cancer du sein constituent souvent une source majeure de souffrance psychologique chez les femmes, surtout lorsqu'elles touchent un organe emblématique de la féminité.

Les paroles de D peuvent également être interprétées via la théorie de la stigmatisation d'Erving Goffman. Selon cette approche, une modification corporelle visible peut être perçue comme un attribut stigmatisant, pouvant affecter les interactions sociales et la perception de soi (Goffman, 1975). Dans ce contexte, la mastectomie devient une marque identitaire que la participante cherche à dissimuler afin d'éviter les réactions de son entourage.

Cette inquiétude apparaît également lorsque D raconte :

« Umuganga wa mbere nagiyeko yambwiye ko azonkata akanyama gatoya kw'ibere... Nca nibaza nti none ka kanyama kazosubirako gute? Kuko sinashobora gutahura ingene nzoca mbaho bankuyeko ibere. »

Ce qui signifie :

« Le premier médecin m'a expliqué qu'il allait prélever une partie de mon sein pour les examens. Je me demandais alors comment cette partie pourrait revenir, car je ne comprenais pas comment j'allais continuer à vivre après l'ablation du sein. »

Ce témoignage souligne l'angoisse anticipatoire associée à la chirurgie. Avant l'intervention, la participante projette déjà les implications de la perte du sein sur sa vie à venir. Cette inquiétude révèle que le sein possède une valeur symbolique profonde, allant au-delà de sa fonction physique. Il symbolise la féminité, l'identité personnelle et la perception de soi en tant que femme.

Cette interprétation, corroborant celle de Katz (2009), met en évidence que pour beaucoup de femmes, le sein est un symbole clé de l'identité féminine, de la maternité et de la sexualité. La perte de celui-ci peut provoquer un sentiment d'inachèvement, affecter l'estime de soi et remettre en question l'image de leur corps.

Des préoccupations similaires apparaissent dans le témoignage de B :

« *Sinashaka ko ababanyi bamenya ko mfise uruguma mu gikiriza. kuko niyumvira ko boca baza kuraba uko merewe, kandi nanje ntari nkibona ko meze nk'abandi bagore»*

Ce qui signifie :

« Je ne voulais pas que les voisins sachent que j'avais une cicatrice sur la poitrine, car je pensais qu'ils viendraient tous voir dans quel état j'étais, étant donné que je ne me considérais plus comme les autres femmes. »

À travers ces propos, la cicatrice devient un symbole visible de la maladie. Au-delà de la douleur physique, c'est le regard des autres qui semble le plus redouté. La participante anticipe des attitudes de curiosité, de compassion ou de jugement, ce qui la pousse à cacher sa situation.

Les récits de B et D montrent que les modifications corporelles liées au cancer du sein ne sont pas perçues uniquement comme des séquelles médicales, mais aussi comme des atteintes à l'identité personnelle et sociale. Les femmes deviennent plus vigilantes quant à leur apparence et à l'attention qu'elles génèrent, ce qui peut entraîner un repli sur soi et nuire à leur bien-être psychologique.

En somme, cette étude démontre que le corps constitue un espace clé de l'expérience psychologique du cancer du sein. Les transformations physiques affectent l'image corporelle, l'identité féminine et les relations sociales. Ces résultats confirment ceux de Fingeret et al. (2014), Fobair et al. (2006) et Katz (2009), qui soulignent que les effets psychologiques des changements corporels posent un enjeu majeur en psycho-oncologie.

VII.2. Sein associé à la féminité et à la maternité

Au-delà de leur fonction biologique, les seins portent aussi une forte symbolique dans de nombreuses cultures. Ils sont souvent associés à la féminité, à la maternité, à la sexualité, à la beauté et à l'identité des femmes. Ainsi, les changements corporels causés par le cancer du sein, comme la mastectomie, peuvent profondément impacter l'image personnelle et le sentiment d'être femme. Plusieurs recherches montrent que ces transformations peuvent souvent entraîner une diminution de l'estime de soi, une perception réduite de l'attractivité, et une remise en question de l'identité féminine (Baize et al., 2008; Cousson-Gélie et al., 2009; Katz, 2009).

Cette perception apparaît clairement dans le témoignage de la participante **D** :

« *Muganga ambwiye ko azonkurako ibere, naragize ubwoba kuko nagira nti barankuyeko icatuma nitwa umugore.* »

Ce qui signifie :

« Lorsque le médecin m'a annoncé qu'il allait pratiquer une mastectomie, j'ai eu peur car je pensais qu'il allait me faire perdre ce qui faisait de moi une femme. »

Les déclarations de cette participante montrent que la perte du sein dépasse ses effets physiques. Pour elle, le sein représente un pilier essentiel de son identité féminine. La pensée d'une mastectomie est perçue comme une menace à sa valeur personnelle, son image de femme et sa place dans la société. Cela illustre combien le sein a une grande importance symbolique dans la construction de l'identité féminine.

Ces résultats confirment ceux de Baize et al. (2008), qui montrent que le cancer du sein remet en question la féminité des patientes, notamment en raison de la forte charge symbolique associée au sein. Katz (2009) indique que les changements corporels liés aux traitements peuvent entraîner un sentiment de perte de féminité, réduire l'estime de soi et provoquer une souffrance psychologique liée à l'image corporelle. De plus, Cousson-Gélie et al. (2009) soulignent que les femmes doivent souvent reconstruire progressivement leur perception de leur corps afin de retrouver une image d'elles-mêmes en accord avec les transformations imposées par la maladie.

Dauchy et Rouby (2007) abordent la remise en question de la féminité, soulignant que le cancer du sein touche un organe investi affectivement, relationnellement et identitairement. La chirurgie mammaire va au-delà d'un simple traitement médical ; elle peut aussi représenter une expérience psychologique qui remet en cause le sentiment d'identité féminine.

Dans le contexte burundais, où la maternité et la féminité sont très valorisées dans la perception sociale de la femme, la perte d'un sein peut causer une douleur émotionnelle encore plus profonde. Les femmes peuvent craindre d'être perçues comme diminuées ou incomplètes, ce qui intensifie leur souffrance mentale et leur anxiété face au regard des autres.

En résumé, cette étude montre que le sein dépasse sa simple fonction physique. Pour les femmes, il symbolise la féminité, la maternité et une composante clé de leur identité. Toute perte ou modification du sein entraîne une remise en question profonde de l'image de soi. Ces résultats valident les observations de Baize et al. (2008), Katz (2009), Cousson-Gélie et al. (2009), ainsi que Dauchy et Rouby (2007), qui perçoivent le cancer du sein comme une épreuve affectant à la fois l'identité psychologique et l'intégrité physique.

VII.3. Image du corps et relations sociales

VII.3.1. Regard des autres et le retrait social

Le cancer du sein ne se limite pas uniquement à une dimension médicale ou biologique ; il constitue aussi une épreuve sociale. Les modifications corporelles causées par la maladie et ses traitements, telles que la perte de cheveux, la mastectomie, les cicatrices ou les changements de poids, rendent souvent les femmes plus conscientes du regard de leur entourage. Ce regard peut être empreint de pitié, de curiosité, de peur ou de stigmatisation, ce qui impacte profondément leur bien-être psychologique et leurs relations sociales (Fingeret et al., 2014 ; Guité-Verret & Vachon, 2023).

Les participantes de cette étude expliquent qu'après leur diagnostic et traitements, elles ressentent une perception différente de leur environnement. Elles deviennent plus conscientes des réactions des autres et peuvent voir les gestes de compassion comme des rappels incessants de leur maladie. Cette perception amplifie leur sentiment d'être distinctes, ce qui peut provoquer des émotions négatives comme la honte, l'embarras, la vulnérabilité ou la peur d'être uniquement considérées comme malades.

À ce propos, B témoigne :

« Hariho abantu bashaka kuza kunsengera ariko sinshake ko tubonana kuko wamenga baje gutuma nihebura. Naca mpitamwo rero kutabiyereka. »

Ce qui signifie :

« Il y avait des personnes qui souhaitaient venir prier pour moi, mais je refusais de les recevoir parce que j'avais l'impression qu'elles allaient renforcer les émotions négatives qui m'envahissaient. Je préférais alors ne pas les voir. »

Ce témoignage montre que le retrait social de cette participante n'est pas lié à un manque d'affection, mais à un besoin de protection mentale. Même si ses visites, motivées par des bonnes intentions, visent à lui apporter du soutien, elles peuvent être perçues comme des rappels de la gravité de sa maladie, ravivant chez elle des sentiments de découragement et de désespoir. Limiter ses interactions sociales apparaît donc comme une stratégie pour maintenir son équilibre émotionnel.

Cette perspective concorde avec le modèle transactionnel du stress et du coping de Lazarus et Folkman, qui suggère que les individus utilisent différentes stratégies pour réduire la détresse lorsqu'ils perçoivent une situation comme menaçante (Biggs et al., 2017; Folkman, 2010). Dans ce contexte, l'évitement des interactions sociales constitue une stratégie axée sur la gestion des émotions. Toutefois, si cette solution peut apporter un soulagement temporaire, elle risque également de provoquer un isolement progressif et une diminution du soutien social, essentiels à l'adaptation psychologique des personnes atteintes d'un cancer (Fortin et al., 2024; Guité-Verret & Vachon, 2023).

Les mêmes préoccupations apparaissent dans les propos de C :

« Ndavye ingene abantu bandaba ukamenga ndabateye ikigongwe, naca nibaza ko bizorangira mpfuye. Nico gituma hagera igihe nkumva ntashaka ko haza abantu kundaba. »

Ce qui signifie :

« Quand je voyais la manière dont les gens me regardaient avec pitié, je pensais que j'allais finir par mourir. C'est pourquoi il y avait des moments où je ne voulais plus que les gens viennent me voir. »

Ce témoignage montre que la pitié de l'entourage est perçue comme un signe que l'issue est inévitable. Le regard des autres ne crée pas seulement un malaise social, il façonne aussi la vision que la participante se forge de sa maladie et de son futur. Même si les gestes de compassion sont bien intentionnés, ils sont vus comme une confirmation implicite de la gravité du cancer, ce qui nourrit la peur de la mort et accroît le désir de s'isoler.

Ces résultats confirment ceux de Fingeret et al. (2014), montrant que les modifications corporelles liées au cancer du sein augmentent la sensibilité aux regards d'autrui et peuvent conduire à un sentiment de stigmatisation. Ils soutiennent également les travaux de Fischer (2013), qui soulignent que les réactions de l'entourage sont essentielles dans l'ajustement psychologique des personnes atteintes de cancer. Par ailleurs, Guité-Verret et Vachon (2023) soulignent que le retrait social est une réaction fréquente lorsque les patientes perçoivent leur identité comme étant principalement celle de malade.

Les résultats de cette étude montrent que le retrait social chez certaines participantes ne résulte pas uniquement des effets physiques du cancer du sein, mais aussi de leur perception des attitudes et du regard de leur entourage.

La crainte d'être regardées avec pitié, jugées ou réduites à leur maladie diminue leurs interactions sociales, malgré l'importance du soutien social pour leur adaptation. Ces résultats confirment que l'expérience psychologique des femmes atteintes d'un cancer du sein est fortement influencée par leurs relations sociales et leur vécu relationnel, au-delà des aspects médicaux de la maladie.

VII.3.2. Vie conjugale et intimité

Le cancer du sein entraîne souvent des répercussions importantes sur la vie conjugale et l'intimité des femmes. Les traitements, les modifications corporelles ainsi que les difficultés psychologiques influencent la relation avec le partenaire, la communication au sein du couple et la sexualité. L'intensité de ces changements dépend notamment de la qualité de la relation conjugale, du soutien du partenaire et de la manière dont la femme s'adapte aux transformations de son corps (Fobair et al., 2006; Ussher et al., 2012)

En ce qui concerne le soutien du partenaire, B témoigne :

«Umugabo wanje, iyi ndwara ntaco yayivugako. Naganira n'abana banje gusa, nkabona umenga ntabwo anyitayeho. »

Ce qui signifie :

« Mon mari ne disait rien à propos de cette maladie ; c'était comme s'il ne me voyait pas. Je dialoguais seulement avec mes enfants. »

À travers ce témoignage, la participante exprime un sentiment de solitude et un manque de soutien émotionnel de la part de son conjoint. L'absence de communication est interprétée comme une forme de désintérêt, ce qui accentue sa souffrance psychologique. Les travaux de (Ussher et al., 2012) montrent que le soutien affectif du partenaire constitue une ressource essentielle pour favoriser l'adaptation psychologique des femmes atteintes d'un cancer du sein. À l'inverse, un manque de communication peut augmenter la détresse émotionnelle et fragiliser davantage la relation conjugale (Stanton et al., 2015)

Les participantes évoquent également les conséquences des transformations corporelles sur leur vie intime. A explique :

« Naragize ubwoba, nkibaza ko umugabo wanje atazosubira kumbona neza bamaze kunkurako ibere.»

Ce qui signifie :

«*J'ai eu peur que mon mari ne me trouve plus attirante après l'ablation de mon sein. »*

Dans le même sens, C affirme :

« Narumva isoni ryuko umugabo wanje yombona. »

Ce qui signifie :

«J'avais honte que mon mari découvre mon corps. »

Ces témoignages montrent que la mastectomie et d'autres modifications corporelles influencent la façon dont les participantes se perçoivent, tout en renforçant leur peur d'être rejetées par leur partenaire. Cette anxiété s'accompagne souvent d'une baisse de l'estime de soi et d'une remise en question de leur féminité. Ces observations confirment celles de Fobair et al. (2006) et de Katz (2009), qui soulignent que les changements physiques dus au cancer du sein peuvent diminuer la confiance en soi, altérer l'image corporelle et affecter le sentiment de désirabilité.

La maladie et les traitements affectent également le désir sexuel. D explique :

«Mu mutima niyumvira ingene umubiri wanje wokira gusa, ntavyo kuryoherwa niyumvira.»

Ce qui signifie :

«Je pensais uniquement à la guérison de mon corps ; le plaisir n'avait plus de place dans mes pensées. »

Par ailleurs, C ajoute :

« Nta numwe yari bwanganirire yuko kwivuza iyi ndwara hari aho bihuriye n'igabanuka ryo kwipfuza umugabo. Na jewe nyene sinigera mbwira muganga canke umugabo wanje ibijanye n'ico kibazo.»

Ce qui signifie :

« Personne ne m'avait expliqué que le traitement du cancer du sein pouvait diminuer le désir sexuel. Moi-même, je n'osais pas parler de ces difficultés ni à mon médecin ni à mon mari. »

Ces propos montrent que les inquiétudes sur la guérison, les effets secondaires du traitement, et le manque d'information affectent négativement la vie sexuelle des participantes. Les difficultés sexuelles restent souvent peu abordées, que ce soit dans la vie de couple ou avec les professionnels de santé.

Cela rejoint les conclusions de Dauchy et Rouby (2007) ainsi que celles d'Ussher et al. (2012), qui indiquent que la sexualité est encore peu prise en compte dans la prise en charge du cancer du sein chez les femmes.

Ainsi, cette étude montre que le cancer du sein affecte profondément la vie conjugale et intime des participantes. Les principaux défis comprennent le soutien du partenaire, l'altération de l'image corporelle, la peur du rejet, la baisse du désir sexuel, et les difficultés à communiquer sur la sexualité. Ces résultats soutiennent ceux de Fobair et al. (2006), Holland et al. (2015), et Ussher et al. (2012), qui soulignent que les impacts psychologiques et relationnels du cancer dépassent largement les aspects physiques et nécessitent un accompagnement psycho-oncologique adapté.

Conclusion du septième chapitre

L'analyse du vécu psychologique des femmes atteintes d'un cancer du sein met en évidence les profondes répercussions de la maladie sur leur perception d'elles-mêmes, leur image corporelle et leurs relations avec les autres. Les transformations physiques liées aux traitements, notamment la mastectomie, les cicatrices et l'alopécie, sont vécues comme une atteinte à la féminité, à l'estime de soi et à l'identité personnelle. Les témoignages recueillis montrent également que le regard de l'entourage, souvent perçu comme empreint de pitié ou de stigmatisation, favorise chez certaines participantes un retrait social destiné à se protéger de la souffrance psychologique.

Par ailleurs, la maladie affecte également la vie conjugale et l'intimité des femmes. Les difficultés de communication avec le partenaire, la peur du rejet, la diminution du désir sexuel et les inquiétudes liées à l'image corporelle constituent des préoccupations majeures. Ces résultats rejoignent les travaux de Fobair et al. (2006), Fingeret et al. (2014), Ussher et al. (2012) et Holland et al. (2015), qui montrent que les conséquences du cancer du sein dépassent largement les dimensions médicales pour toucher les sphères psychologique, relationnelle et sociale.

Ainsi, ce chapitre montre que le vécu psychologique des participantes est façonné à la fois par les effets de la maladie, les représentations de la féminité et les interactions avec leur entourage. Cette compréhension permet d'aborder, dans le chapitre suivant, les stratégies d'adaptation mobilisées par ces femmes pour faire face aux différentes épreuves engendrées par le cancer du sein.

CHAPITRE VIII : STRATEGIES D'ADAPTATION MOBILISEES PAR UNE FEMME VIVANT AVEC UN CANCER DU SEIN

L'annonce et la progression du cancer du sein représentent une expérience profondément perturbante, confrontant les femmes à de nombreux changements physiques, psychologiques, familiaux et sociaux. En réponse à cette situation, elles élaborent diverses stratégies pour préserver leur équilibre mental, gérer leurs émotions négatives, donner un sens à leur maladie et continuer leur parcours de traitement.

Selon Lazarus et Folkman (1984), cités dans (Biggs et al., 2017), le coping désigne l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux en constante évolution qu'une personne déploie pour faire face aux exigences internes ou externes qu'elle perçoit comme dépassant ses ressources personnelles. Ces stratégies ne visent pas toujours une solution complète du problème, mais permettent plutôt à l'individu de retrouver un sentiment de contrôle et de maintenir son bien-être psychologique.

Cette recherche révèle que les femmes interrogées utilisent diverses stratégies d'adaptation, notamment des méthodes de coping individuelles, le soutien familial et social, les ressources spirituelles et l'aide fournie par les professionnels de santé.

VIII.1. Stratégies individuels d'adaptation

Les stratégies d'adaptation personnelles désignent les moyens que les femmes utilisent pour faire face aux défis du cancer du sein, à ses traitements et aux modifications qu'il induit dans leur vie quotidienne. Ces stratégies peuvent viser à résoudre le problème ou à gérer les émotions éprouvées.

VIII.1.1. Coping centré sur le problème

Le coping centré sur le problème consiste à agir directement sur la situation stressante pour mieux la maîtriser. D'après Lazarus et Folkman (1984), cette stratégie se manifeste lorsque la personne tente de comprendre la situation, de rechercher des informations, de prendre des décisions appropriées et d'organiser ses comportements face au problème (Biggs et al., 2017).

Pour certaines participantes, reconnaître la réalité de la maladie représente une étape cruciale dans leur adaptation. Après le diagnostic, la compréhension progressive de la maladie aide à réduire l'incertitude et à retrouver un certain contrôle psychologique sur la situation.

Ainsi, **C** témoigne :

« Maze kumenya ikibazo, navuye kwa muganga, narihaye amahoro, kuko ibisigaye vyose nari ndabiteze amaso. »

Ce qui signifie :

« Après avoir connu mon problème, lorsque je suis revenue de l'hôpital, je me suis simplement accueillie moi-même, parce que j'attendais la suite, mais avec une certaine tranquillité. »

Ce discours montre une évolution dans la façon dont la personne intègre la maladie. La participante reconnaît la gravité de sa situation, mais adopte plutôt une attitude d'acceptation et de préparation pour ce qui l'attend. Le fait de "connaître son problème" diminue ici l'incertitude, qui est souvent une source importante d'anxiété chez ceux qui reçoivent un diagnostic de cancer.

Selon la perspective transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984), citée par Biggs et al. (2017), cette attitude correspond à une réévaluation mentale de l'événement stressant. La maladie, initialement vue comme une menace, devient progressivement une réalité face à laquelle la personne tente de s'adapter en mobilisant ses ressources internes. Ce processus de changement cognitif permet à la patiente de retrouver un sentiment de contrôle relatif sur son parcours de soins.

Cependant, dans ce témoignage, le coping axé sur le problème ne consiste pas nécessairement à rechercher activement des informations médicales ou à participer directement aux décisions de traitement, comme cela peut être observé dans certains pays occidentaux. Il se manifeste plutôt par une acceptation réaliste de la situation et une attitude prête à faire face aux différentes étapes du traitement. Cette particularité prend tout son sens dans le contexte burundais, où l'accès à l'information médicale et la relation entre médecin et patient peuvent influencer la participation des patients dans la gestion de leur maladie.

VIII.1.2. Coping centré sur les émotions

Contrairement au coping centré sur le problème, le coping centré sur les émotions vise principalement à réduire la détresse psychologique provoquée par une situation difficile. Selon Stanton et al. (2015), cette stratégie comprend différentes formes telles que l'expression émotionnelle, la recherche de réconfort auprès des proches, la verbalisation des inquiétudes ou encore les pratiques favorisant l'apaisement intérieur.

Dans le cas des femmes rencontrées, l'expression des difficultés auprès de l'entourage apparaît comme une stratégie importante permettant de diminuer le poids émotionnel associé à la maladie. La possibilité de parler de leurs souffrances permet aux participantes de ne pas rester seules face à leurs peurs et leurs inquiétudes.

C explique :

« Hariho abagenzi baza kundaba, nkababwira ko nahuye n'ibibazo, maze nabo bakambwira ati twese turamaze guca mu bibazo ariko vyaraheze. Ati nawe rero ko bariko barakuvura, vyose bizohera. Ngaca numva umenga ndaremye. »

Ce qui signifie :

« Certains de mes amis venaient me voir et je leur disais que j'avais rencontré des difficultés. Ils me répondaient qu'eux aussi avaient traversé des problèmes mais que ceux-ci avaient pris fin. Ils me rassuraient en disant que puisque j'étais sous traitement, tout finirait par aller mieux. Alors je me sentais soulagée. »

Ce témoignage montre que la parole et l'échange avec autrui jouent une fonction psychologique de régulation émotionnelle. La participante exprime d'abord sa souffrance et ses préoccupations, puis reçoit en retour des messages d'espoir et de réassurance. Le soutien émotionnel obtenu contribue ainsi à réduire le sentiment de solitude et la peur liée à l'évolution de la maladie.

Selon Biggs et al. (2017)lorsque l'événement ne peut pas être immédiatement modifié, comme c'est le cas d'une maladie chronique telle que le cancer, les stratégies visant à réguler les émotions deviennent particulièrement importantes. La patiente ne contrôle pas directement la maladie, mais elle peut agir sur la manière dont elle vit cette expérience.

De plus, ce discours souligne l'importance du soutien social dans le contexte burundais. Les relations interpersonnelles jouent un rôle clé comme ressource psychologique: les proches offrent plus que de l'aide matérielle, ils aident aussi à redonner espoir. Les paroles d'amis permettent à la participante de revoir sa perception de la maladie : au lieu de la voir uniquement comme une menace, elle commence à envisager une issue positive.

Ainsi, le coping émotionnel se présente comme un mécanisme clé qui aide les femmes interrogées à gérer l'incertitude, la peur de la mort et les changements associés au cancer du sein.

VIII.2. Recours au soutien familial

Le soutien familial constitue une ressource essentielle pour aider les femmes atteintes d'un cancer du sein à s'adapter. Il inclut non seulement une assistance pratique dans les tâches quotidiennes, mais aussi un accompagnement émotionnel, des encouragements et le maintien du lien affectif. Selon Cheng et al. (2022), le soutien social aide l'individu à se sentir aimé, valorisé et entouré, ce qui facilite la gestion du stress.

Dans le contexte du cancer du sein, la famille peut agir comme un soutien protecteur face aux préoccupations, à la solitude et aux défis liés aux traitements. Les témoignages recueillis indiquent que l'importance du soutien familial diffère selon les circonstances rencontrées par les participantes.

L'exemple de A montre à quel point le soutien conjugal reste crucial, même lorsque la maladie impose une distance. En raison de ses fréquents déplacements à Bujumbura pour ses soins, A est éloignée de son domicile, de ses enfants et de ses activités habituelles. Pourtant, cette séparation n'a pas brisé le lien familial. Elle en témoigne :

« Naho naza ndamanuka kwivuza, umugabo wanje ntiyigeze antererana, yabandanije akurikirana urugo neza, n'abana. Kandi imisi yose ku mugoroba, yarampamagara tukavugana, akampa n'abana bakamvugisha. »

Ce qui signifie :

« Même si je me déplaçais souvent à Bujumbura pour me faire soigner, mon mari ne m'a jamais délaissée. Il a continué à s'occuper correctement de la maison et des enfants. Tous les soirs, il m'appelait pour prendre de mes nouvelles et il me donnait également les enfants afin que nous puissions échanger. »

Ce témoignage illustre que le soutien du conjoint se manifeste tant par des gestes pratiques qu'émotionnels. Son mari assure la continuité des responsabilités familiales en s'occupant des enfants et de la maison. Par ailleurs, les appels quotidiens aident à maintenir le lien affectif et à atténuer le sentiment d'éloignement. Malgré les modifications dues à la maladie, A conserve une place importante dans sa famille, ce qui favorise son équilibre psychologique.

B rapporte également l'importance de la présence de son entourage dans son vécu de la maladie :

« Muri vyose, umugabo wanje yaguma yinumiye, ariko ntivyambabaza kuko abana banje baguma bamba hafi bakandemesha, eka mbere n'abandi bantu bo mu muryango wanje bakandemesha, ngaca numva ko biriko biragenda neza. »

Ce qui signifie :

« Dans toutes ces circonstances, mon mari restait calme, mais cela ne me mettait pas en colère parce que mes enfants restaient toujours près de moi pour m'encourager. Même les autres membres de ma famille venaient me voir, dialoguaient avec moi et ainsi je me sentais mieux. »

Le discours de B souligne l'importance du soutien émotionnel pour faire face à la souffrance psychologique. La présence des enfants et de la famille élargie lui offre un réconfort et contribue à maintenir l'espoir face à la maladie. Il semble aussi que le soutien familial ne provient pas seulement du conjoint, mais de tout le réseau relationnel autour de la patiente.

Selon Cheng et al. (2022), les ressources sociales influencent la manière dont une personne évalue une situation difficile et les stratégies qu'elle mobilise pour y faire face. Ainsi, la présence et le soutien de la famille peuvent transformer l'expérience de la maladie en une épreuve plus supportable.

Cependant, si ce soutien fait défaut, la patiente peut éprouver une solitude accrue et une détresse psychologique plus forte. Dans cette étude, le soutien familial est ainsi une stratégie d'adaptation clé, car il permet aux femmes de gérer les impacts émotionnels, sociaux et pratiques du cancer du sein, tout en conservant un sentiment de sécurité et d'espoir.

VIII.3. Mobilisation de la foi et des croyances spirituelles

La foi, la prière et les croyances spirituelles jouent un rôle clé dans la gestion de la maladie, surtout face à l'incertitude, la souffrance et la peur de la mort. D'après (Pargament, 2001), ces croyances religieuses aident l'individu à interpréter les événements difficiles, à préserver l'espoir et à puiser dans ses ressources intérieures pour surmonter les épreuves.

Dans le contexte du cancer du sein, la spiritualité peut aider certaines femmes à faire face au diagnostic, aux traitements et aux inquiétudes concernant l'évolution de la maladie. Le discours de D indique que croire en Dieu lui procure un réconfort psychologique et de l'espoir, surtout face à la peur de la mort. Elle témoigne :

« Kwa muganga bahejeje kunkora, nagumanye ubwoba ko nzohava mpfa, mugabo nkaguma nizeye ko Imana izomfasha ngashobora gukora. N'uwundi mugwayi twari kumwe, twaguma tuyaga tuvugana ko amasengesho ari kirumara, maze tugaheza tukarema. »

Ce qui signifie :

Après mon opération à l'hôpital, j'ai ressenti une peur constante de mourir. Cependant, je conservais l'espoir que Dieu m'aiderait à guérir. Je parlais aussi avec une autre malade qui était avec moi, et nous notions que la prière était essentielle. Grâce à notre foi en Dieu, nous retrouvions du courage.

Ce témoignage souligne comment la foi sert d'outil d'adaptation émotionnelle. Face à la peur de la mort liée à la maladie, D s'appuie sur ses croyances religieuses pour conserver une perspective optimiste sur l'avenir. La foi devient ainsi une ressource qui aide à réduire l'angoisse et à maintenir l'espoir malgré l'incertitude du pronostic.

De plus, le discours de D indique que la spiritualité n'est pas seulement une expérience personnelle. La prière et l'échange avec une autre patiente deviennent aussi une forme de soutien social. Partager des croyances communes aide les deux femmes à se soutenir mutuellement et à renforcer leur courage face à la maladie.

Selon Folkman (2013), lorsqu'une personne doit gérer une situation perçue comme hors de son contrôle, elle peut utiliser des stratégies pour gérer ses émotions et redéfinir cette expérience. Dans cette optique, la foi de D ne change pas la maladie elle-même, mais influence la façon dont elle est perçue et supportée.

Dans cette étude, les croyances spirituelles se révèlent être une ressource essentielle pour l'adaptation. Elles aident les femmes à préserver l'espoir, à mieux gérer la peur associée au cancer et à obtenir un soutien émotionnel tout au long de leur parcours de soins.

VIII.4. Recours aux professionnels de santé

Les professionnels de santé ont un rôle clé dans le soutien psychologique des femmes atteintes de cancer du sein. En plus de leur rôle médical, ils offrent aussi un soutien moral par l'information, l'écoute, la réassurance et l'accompagnement durant tout le parcours de soins. Ferraton-Rollin et al. (2013) indiquent que la disponibilité de ressources externes influence la façon dont une personne perçoit une situation stressante et les stratégies qu'elle utilise pour y faire face.

Le discours de C montre l'importance de la communication avec les soignants dans la gestion de la peur et de l'incertitude liées à la maladie. Elle témoigne :

«Bahejeje kunkora, umuganga twaganiriye yarambwiye ko nzokira kandi ko ubuzima buzobandanya bugenda neza.»

Ce qui signifie :

« Après avoir été opérée, le médecin avec qui j'ai échangé m'a dit que j'allais guérir et que ma vie continuerait à avancer normalement. »

Ce témoignage illustre comment la parole médicale peut apporter du réconfort. Après la chirurgie, C éprouve de l'inquiétude pour son avenir, mais les paroles apaisantes du médecin aident à réduire son anxiété et à raviver son espoir. La relation avec le professionnel de santé dépasse donc le simple acte technique ; elle devient aussi un soutien émotionnel.

L'attitude du soignant influence la façon dont la patiente perçoit son expérience de la maladie. Une communication claire et empathique peut aider à mieux accepter le diagnostic, renforcer la confiance dans les traitements, et encourager la poursuite des soins. Ainsi, l'accompagnement par les professionnels contribue à l'élaboration de stratégies d'adaptation plus efficaces.

Ainsi, dans cette étude, le soutien des professionnels de santé se présente comme une ressource supplémentaire aux stratégies personnelles, familiales et spirituelles que les femmes utilisent.

En fournissant des informations, du réconfort et un sentiment de sécurité, les soignants aident à renforcer l'adaptation psychologique des patientes face au cancer du sein.

Conclusion du huitième chapitre

L'analyse des stratégies d'adaptation mobilisées par les femmes vivant avec un cancer du sein suivies au CHUK met en évidence la diversité des ressources qu'elles utilisent pour faire face aux bouleversements engendrés par la maladie. Ces stratégies ne reposent pas uniquement sur des mécanismes individuels, mais s'inscrivent dans un ensemble de ressources relationnelles, familiales, spirituelles et institutionnelles. Conformément au modèle transactionnel du stress et du coping de Lazarus et Folkman (1984) repris par (Biggs et al., 2017), les participantes mobilisent à la fois des stratégies centrées sur le problème, à travers l'acceptation de la situation et l'adaptation au parcours thérapeutique, et des stratégies centrées sur les émotions, notamment par la recherche de réconfort et l'expression de leurs inquiétudes.

Les résultats montrent également que le soutien familial constitue une ressource majeure dans l'expérience de la maladie. La présence, les encouragements et l'accompagnement des proches contribuent à réduire le sentiment d'isolement et à renforcer la capacité des femmes à faire face aux difficultés liées aux traitements. Toutefois, les expériences recueillies révèlent que ce soutien peut prendre différentes formes, allant de la présence quotidienne des enfants et de la famille élargie au maintien du lien affectif du conjoint malgré la distance imposée par les soins. Par ailleurs, la foi et les croyances spirituelles apparaissent comme des ressources importantes permettant aux participantes de donner un sens à leur épreuve, de maintenir l'espoir et de mieux gérer l'incertitude liée à la maladie (Pargament, 2001).

Enfin, ce chapitre souligne que l'adaptation au cancer du sein au Burundi repose largement sur des ressources informelles, notamment familiales, sociales et spirituelles. Bien que l'accompagnement des professionnels de santé représente un soutien rassurant pour les patientes, la prise en compte de la dimension psychologique de la maladie demeure encore à renforcer. Ces résultats mettent ainsi en évidence la nécessité d'une approche globale de la prise en charge du cancer du sein, intégrant non seulement les aspects médicaux, mais également les dimensions psychologiques, familiales, sociales et culturelles qui participent au vécu et à l'adaptation des femmes face à la maladie.

CONCLUSION GENERALE ET SUGGESTIONS

Dans cette étude, notre objectif principal était de comprendre l'expérience des femmes atteintes d'un cancer du sein prises en charge au CHUK. Pour cela, nous avons fixé trois objectifs spécifiques : analyser les réactions suite à l'annonce du diagnostic, explorer le vécu psychologique des femmes face à cette maladie, et étudier les stratégies d'adaptation qu'elles utilisent pour y faire face.

Les résultats de cette étude indiquent que l'annonce d'un cancer du sein représente un épisode profondément bouleversant dans la vie des femmes touchées. Elle engendre une variété de réactions émotionnelles, notamment le choc, la peur de la mort, l'anxiété, la tristesse, le déni et des préoccupations pour l'avenir. Ces réponses soulignent que ce diagnostic marque une rupture importante, nécessitant un soutien psychologique dès le début pour aider les patientes à accepter progressivement leur nouvelle réalité.

L'étude montre que les traitements du cancer du sein entraînent des changements physiques importants, tels que la perte de cheveux, les cicatrices, la mastectomie et des modifications de l'apparence. Ces changements influencent l'image corporelle, la perception de la féminité et l'estime de soi des femmes. Toutefois, leur expérience varie en fonction des ressources personnelles et du soutien familial, social et médical qu'elles obtiennent.

De plus, les résultats indiquent que les femmes emploient différentes stratégies pour gérer les défis liés à la maladie. Ces stratégies comprennent l'acceptation progressive de leur condition, la recherche de soutien auprès de la famille et de l'entourage, la spiritualité, les échanges avec d'autres patientes, ainsi que l'utilisation de ressources personnelles pour maintenir l'espoir et poursuivre le traitement.

Cette étude révèle que l'expérience du cancer du sein dépasse le simple aspect médical. Elle touche l'identité, les émotions, les relations sociales et la perception du corps chez la femme. Comme les trois objectifs spécifiques ont été atteints, nous pouvons conclure que l'objectif principal, c'est-à-dire comprendre cette expérience vécue par ces femmes, a été aussi atteint.

Ces résultats soulignent l'importance d'une approche holistique dans la prise en charge du cancer du sein, intégrant les dimensions médicales, psychologiques, sociales et émotionnelles. Un suivi multidisciplinaire, adapté aux besoins spécifiques des patientes, est essentiel pour améliorer leur qualité de vie et renforcer leur capacité d'adaptation durant tout le traitement.

SUGGESTIONS

Au regard des résultats obtenus, cette étude propose quelques suggestions visant à favoriser le bien-être psychologique des femmes vivant avec un cancer du sein, à préserver leurs liens sociaux et à améliorer leur accompagnement durant et après les traitements.

- **Aux femmes vivant avec un cancer du sein :**

  - Encourager l'expression des émotions (peur, tristesse, colère, inquiétude) auprès des personnes de confiance ou des professionnels de santé afin de réduire la souffrance psychologique et de favoriser une meilleure adaptation à la maladie ;
  - Respecter les traitements prescrits et participer régulièrement aux consultations médicales afin de favoriser une meilleure prise en charge ;
  - Mobiliser des stratégies d'adaptation adaptées à leur situation, notamment la recherche de soutien, l'acceptation progressive de la maladie et le maintien d'activités favorisant leur bien-être.

- **À la famille des femmes vivant avec un cancer du sein :**

  - Maintenir une présence affective et réduire l'isolement social de la patiente ;
  - Favoriser des espaces d'échange permettant aux patientes et à leurs proches d'exprimer leurs difficultés et leurs préoccupations ;
  - Accompagner la patiente dans son parcours de soins en lui apportant un soutien émotionnel et pratique.

- **Aux soignants du service d'oncologie :**

  - Accueillir les patientes avec empathie, respect et bienveillance dès l'annonce du diagnostic afin de réduire le choc émotionnel et d'établir une relation de confiance ;
  - Fournir des informations claires et adaptées concernant la maladie, les traitements, les effets secondaires et les possibilités de prise en charge ;
  - Intégrer davantage l'accompagnement psychologique afin d'aider les femmes à faire face à l'anxiété, à la peur de la mort, aux difficultés liées à l'image corporelle et aux autres souffrances émotionnelles associées au cancer.

- **Aux responsables du CHUK :**

  - Renforcer les services d'accompagnement psychologique destinés aux femmes atteintes du cancer du sein ;
  - Mettre en place des groupes de parole et de soutien permettant aux patientes de partager leurs expériences, de réduire l'isolement et de développer des stratégies d'adaptation positives ;
  - Améliorer les compétences communicationnelles des professionnels de santé afin de favoriser une écoute attentive et une relation thérapeutique de qualité.

- **Au Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le Sida :**

  - Développer des campagnes de sensibilisation visant à réduire la stigmatisation liée au cancer du sein et à encourager le dépistage précoce ;
  - Soutenir les recherches portant sur les dimensions psychologiques et sociales du cancer afin d'améliorer continuellement la prise en charge des patientes ;
  - Renforcer la collaboration avec les associations de lutte contre le cancer et les organisations communautaires afin de proposer un accompagnement complémentaire en matière d'information, de soutien social et de réinsertion.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aktouf, O. (1992). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisation*. Presses de l'Université du Québec. https://www.hanhimanti.com/wp-content/uploads/2023/11/AKTOUF%20Methodologie%20des%20sciences%20sociales.pdf

Anyigba, C. A., Awandare, G. A., & Paemka, L. (2021). Breast cancer in sub-Saharan Africa: The current state and uncertain future. *Experimental Biology and Medicine (Maywood, N.J.)*, *246*(12), 1377–1387. https://doi.org/10.1177/15353702211006047

Aubry, M., & Wüthrich, J. (2015). *Belle malgré tout: Stratégies de coping des femmes vivant l'alopécie suite à une chimiothérapie*. https://doi.org/10.22005/bcu.16079

Bagorane, J., Negamiyimana, G., Kwizera, J., Morillon, M., Déo, N., Fadli, M. E., Bennouna, J., & Belbaraka, R. (2023). Management of cancer disease in Burundi, a health challenge. *Bulletin Du Cancer*, *110*(2), 145–150. https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.11.004

Baize, N., Mounier, N., Bongain, A., & Spano, J.-P. (2008). [Femininity and breast cancer, original approach of announcement in oncology]. *Bulletin Du Cancer*, *95*(9), 849–857. https://doi.org/10.1684/bdc.2008.0702

Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. In *The Handbook of Stress and Health* (pp. 349–364). John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21

Bourdieu, E. (1998). *Savoir faire: Contribution à une théorie dispositionnelle de l'action*. https://philpapers.org/rec/BOUSFC

Bower, J. E. (2014). Cancer-related fatigue—Mechanisms, risk factors, and treatments. *Nature Reviews Clinical Oncology*, *11*(10), 597–609. https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.127

Braun, V., & Clarke, V. (2008, July 21). *Using thematic analysis in psychology: Qualitative Research in Psychology: Vol 3, No 2*. 77–101. https://doi.org/https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *68*(6), 394–424. https://doi.org/10.3322/caac.21492

Brown, J. S., Amend, S. R., Austin, R. H., Gatenby, R. A., Hammarlund, E. U., & Pienta, K. J. (2023). Updating the definition of cancer. *Molecular Cancer Research*, *21*(11), 1142–1147.

Bruchon-Schweitzer, M. (2009). Faire face à un cancer: Un modèle transactionnel. In *CANCERCORPS12* (Tikigan).

Butler, J. (1990). Feminism and the Subversion of Identity. *Gender Trouble*, *3*(1), 3–17.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2014). *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Routledge.

Carreira, H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., Stanway, S., & Bhaskaran, K. (2018). Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, *110*(12), 1311–1327. https://doi.org/10.1093/jnci/djy177

Clere, N. (2016). Les traitements du cancer du sein. *Actualités Pharmaceutiques*, *55*(558), 20–25. https://doi.org/10.1016/j.actpha.2016.06.012

Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, *20*(3), 176.

Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *14*(4), 308–319. https://doi.org/10.1007/s10880-007-9083-6

Cousson-Gélie, F., Langlois, E., & Barrault, M. (2009). Faire face au cancer: Image du corps, image de soi. In *CANCERCORPS12*. Tikinagan.

Dauchy, S., & Rouby, P. (2007). Cancer du sein: Aspects psycho-oncologiques. In J.-F. Morère, M. S. Aapro, F. Penault-Llorca, & R. Salmon (Eds.), *Le cancer du sein* (pp. 291–313). Springer. https://doi.org/10.1007/978-2-287-36073-2_16

De Beauvoir, S. (1949). Woman as other. *Social Theory*, 337–339.

de Cremoux, P. (2011). Hormonothérapie des cancers du sein. *Bulletin Du Cancer*, *98*(11), 1311–1319. https://doi.org/10.1684/bdc.2011.1466

Dumez, H. (2016). Chapitre 1. Qu'est-ce que la recherche qualitative? *Hors Collection*, 9–29.

Edery, L. (2011). Facteurs psychologiques impliqués dans l'annonce du diagnostic de cancer. In M.-F. Bacqué (Ed.), *Annoncer un cancer: Diagnostic, traitements, rémission, rechute, guérison, abstention...* (pp. 81–94). Springer. https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0160-5_6

Falk Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I., Fosså, S. D., & Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, *116*(15), 3549–3557. https://doi.org/10.1002/cncr.25251

Ferraton-Rollin, M., Magné, N., Gonthier, R., Merrouche, Y., & Bois, C. (2013). L'annonce du diagnostic de cancer: Point de vue du médecin généraliste. *Bulletin Du Cancer*, *100*(10), 955–962. https://doi.org/10.1684/bdc.2013.1825

Fingeret, M. C., Nipomnick, S., Guindani, M., Baumann, D., Hanasono, M., & Crosby, M. (2014). Body image screening for cancer patients undergoing reconstructive surgery. *Psycho-Oncology*, *23*(8), 898–905. https://doi.org/10.1002/pon.3491

Fischer, G.-N. (2013). *Psychologie du cancer: Un autre regard sur la maladie et la guérison*. Odile Jacob.

Fobair, P. (1997). Cancer Support Groups and Group Therapies. *Journal of Psychosocial Oncology*. https://doi.org/10.1300/J077v15n01_05

Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(7), 579–594. https://doi.org/10.1002/pon.991

Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, *19*(9), 901–908. https://doi.org/10.1002/pon.1836

Fontas, M. (2017). Manger après le diagnostic d'un cancer. *Anthropology of food*, (12). https://doi.org/10.4000/aof.8244

Fortin, J. (2021). *La détresse psychologique associée à l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein: Une méta-analyse*.

Fortin, J., Defer, C., Brunet, A., Montreuil, M., & Marin, M.-F. (2024). Perspectives sur l'accès et la qualité des services psychosociaux en cancer du sein: Une étude qualitative sur l'expérience avant et durant la pandémie de la COVID-19. *Santé mentale au Québec*, *49*(1), 27–48. https://doi.org/10.7202/1112525ar

Franchet, C. (2024). *Réduction du biais lié à la coloration des coupes histologiques de cancer du sein pour le développement d'outils de classification par intelligence artificielle* (Issue 2024TLSES191) [Theses, Université de Toulouse]. https://theses.hal.science/tel-05063765

Frénel, J.-S., & Campone, M. (2010). Chimiothérapie des cancers du sein non métastatiques: État des lieux en 2010. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*. https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2010.10.005

Galant, C., Berlière, M., Leconte, I., & Marbaix, E. (2010). Nouveautés dans les facteurs histopronostiques des cancers du sein. *Imagerie de La Femme*, *20*(1), 9–17. https://doi.org/10.1016/j.femme.2010.02.002

Gunes, S. (2025). *Gérer sa vie, son corps et ses émotions: Le travail de gestion quotidienne après un cancer du sein* [PhD Thesis, Ecole normale supérieure de lyon-ENS LYON]. https://theses.hal.science/tel-05499161/

Husserl, E. (1985). *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures* (P. Ricoeur, Trans.). Gallimard. https://www.psychaanalyse.com/pdf/IDEES%20DIRECTRICES%20POUR%20UNE%20PHENOMENOLOGIE%20PURE%20(6%20Pages%20-%20251%20Ko).pdf (Original work published 1913)

Institut national du cancer. (2023). *Fatigue et cancer* (Guides Patients Cancer Info).

Jacot, W., Romieu, G., & Lamy, P.-J. (2010). Cancer du sein métastatique: Progrès dans la prise en charge et limites actuelles. *Médecine Nucléaire*. https://doi.org/10.1016/j.mednuc.2009.11.009

Katz, A. (2009). Le corps et le moi: L'image corporelle et la sexualité chez les femmes atteintes du cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, *19*(1), 5–8.

Kelkil, B. A., Atnafu, N. T., Dinegde, N. G., & Wassie, M. (2022). Coping strategies of stress and its associated factors among breast cancer patients in Tikur Anbesa specialized hospital, Ethiopia: Institution-based cross-sectional study. *BMC Women's Health*, *22*, 252. https://doi.org/10.1186/s12905-022-01792-0

Khatcheressian, J. L., Hurley, P., Bantug, E., Esserman, L. J., Grunfeld, E., Halberg, F., Hantel, A., Henry, N. L., Muss, H. B., Smith, T. J., Vogel, V. G., Wolff, A. C., Somerfield, M. R., & Davidson, N. E. (2013). Breast Cancer Follow-Up and Management After Primary Treatment: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, *31*(7), 961–965. https://doi.org/10.1200/JCO.2012.45.9859

Kibret, A. A., Jiang, H., Yang, H., & Liu, C. (2024). Patient journey and timeliness of care for patients with breast cancer in Africa: A scoping review protocol. *BMJ Open*, *14*(9), e081256. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081256

Lambert, S. D., Loiselle, C. G., & Macdonald, M. E. (2009). An In-depth Exploration of Information-Seeking Behavior Among Individuals With Cancer: Part 1: Understanding Differential Patterns of Active Information Seeking. *Cancer Nursing*, *32*(1), 11. https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000343372.24517.bd

Lamy, P.-J., Romieu, G., Rouanet, P., & Jacot, W. (2010). Classification moléculaire des cancers du sein: Utilité en clinique. *Médecine Nucléaire, 3e Symposium de Bioclinique*, *34*(1), 32–43. https://doi.org/10.1016/j.mednuc.2009.11.004

Le Maux, B. (2007). Le choix de l'échantillon. *Statistiques, Logiciels et Enquêtes. Université de Rennes*, *1*. https://www.fdc.ma/FDC/coursdistant/supportsprof/Zaamoun/Le-Choix-de-l'Echantillon.pdf

Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., Butow, P., & University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium attendees. (2016). From normal response to clinical problem: Definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *24*(8), 3265–3268. https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5

Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Shelton, M., Shivers, S., Ramesar, S., Pleasant, M. L., Budhrani-Shani, P., Groer, M., Post-White, J., Johnson-Mallard, V., Kane, B., Cousin, L., Moscoso, M. S., Romershausen, T. A., & Park, J. Y. (2019). A Large Randomized Trial: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) for Breast Cancer (BC) Survivors on Salivary Cortisol and IL-6. *Biological Research For Nursing*, *21*(1), 39–49. https://doi.org/10.1177/1099800418789777

Manirakiza, A. V. C., Rubagumya, F., & Ngendahayo, L. (2020). Burundi Cancer Care Needs: A Call to Action. *The Oncologist*, *25*(12), 1055–1059. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0410

Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology*, *16*(3), 181–188. https://doi.org/10.1002/pon.1057

Meyor, C. (2007). Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique. *Recherches Qualitatives*, *4*, 103–118.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, *12*(2), 160–174. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X

Mucchielli, R. (1996). *L'observation psychologique et psychosociologique*. ESF éditeur. https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=ij3FBdRvj9sC&oi=fnd&pg=PP7&dq=mucchielli+1996+&ots=PHNy2qDnUO&sig=TZ35UGtpPEjO7BD17s3lXjZOfXk

Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du Brief COPE sur une population française. *L'encéphale*, *29*(6), 507–518.

NCI, N. C. I. (2021, October 11). *What Is Cancer?* (nciglobal,ncienterprise). https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer

Ndjengue Bengone, B. C., Toniolo, J., Ngoungou, E. B., Belembaogo, E., & Preux, P.-M. (2024). P10-5—Impact émotionnel du diagnostic d'un cancer gynécologique, Gabon. *Journal of Epidemiology and Population Health, Xème Congrès International Francophone Épidémiologie et Santé Publique « Les Nouvelles Transitions Épidémiologiques »*, *72*, 202706. https://doi.org/10.1016/j.jeph.2024.202706

Negri, A., & Baas, C. (2014). Les effets de l'annonce du cancer. *Le Journal des psychologues*, *317*(4), 18–23. https://doi.org/10.3917/jdp.317.0018

Ngnintedem, E. A. (2021). *Exploration des stratégies d'autogestion des effets secondaires des traitements combinés contre le cancer* [Masters, Université du Québec en Outaouais]. https://di.uqo.ca/id/eprint/1288/

Nkondjock, A., & Ghadirian, P. (2005). Facteurs de risque du cancer du sein. *médecine/sciences*, *21*(2), 175–180. https://doi.org/10.1051/medsci/2005212175

Oh, Y. S. (2017). Communications with health professionals and psychological distress in family caregivers to cancer patients: A model based on stress-coping theory. *Applied Nursing Research*, *33*, 5–9. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.008

OMS. (2023, February 4). *Pour combattre le cancer, il faut le dépister tôt! | OMS | Bureau régional pour l'Afrique*. https://www.afro.who.int/fr/countries/burundi/news/pour-combattre-le-cancer-il-faut-le-depister-tot

OMS. (2025, August 14). *Cancer du sein*. Organisation Mondiale de la Sante. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 12-L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes. *Collection U*, 315–374.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. John Wiley & Sons.

Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford press. https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Vn5XObcpnd4C&oi=fnd&pg=PA1&dq=info:VppRkMgBrvUJ:scholar.google.com&ots=eUiw4K2Rmj&sig=HnajsFCbjpCZl4Vc7Hew-wjiUg8

Paulhan, I. (1992). *Le concept de coping*. https://doi.org/10.3406/psy.1992.29539

Pinault, P. (2020). L'annonce du diagnostic de cancer: De l'expérience traumatique vers un ajustement des défenses. *Le Journal des psychologues*, *382*(10), 66–69. https://doi.org/10.3917/jdp.382.0066

Rachdi, H., Mokrani, A., Batti, R., Ayadi, M., Chraiet, N., & Mezlini, A. (2018). Thérapies ciblées dans le cancer du sein métastatique target therapy for metastatic breast cancer. *La Tunisie Médicale*, *96*(08/09). https://latunisiemedicale.com/pdf/Vol%2096-08-N01.pdf

Rajae, E. K. (2018). *Dépression et cancer du sein: Prévalence et facteurs associés (Etude transversale à propos de100 cas)*. https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/28695

Saghatchian, M., & Lesur, A. (2019). Gestion des effets secondaires de l'hormonothérapie du cancer du sein chez la femme jeune. *Bulletin Du Cancer, Le Cancer Du Sein Chez La Femme Jeune*, *106*(12, Supplement 1), S37–S42. https://doi.org/10.1016/S0007-4551(20)30046-1

Saglier, J. (2005). Le cancer du sein non métastatique. *Journal de Chirurgie*. https://doi.org/10.1016/S0021-7697(05)80956-1

Sancho-Garnier, H., & Colonna, M. (2019). Épidémiologie des cancers du sein. *La Presse Médicale*, *48*(10), 1076–1084. https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.09.022

Scott, E. (2024, July 28). *The Importance of Conceptualization While Conducting Social Research*. Essaycorp. https://www.essaycorp.com/blog/importance-conceptualization-social-research

Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, *7*(3), 300–322. https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z

Stanton, A. L. (2012). What Happens Now? Psychosocial Care for Cancer Survivors After Medical Treatment Completion. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(11), 1215–1220. https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.7406

Stanton, A. L., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2015). Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: Contributions from psychosocial oncology research. *American Psychologist*, *70*(2), 159–174. https://doi.org/10.1037/a0037875

Tariq, M. R., Ali, S. W., Fatima, N., Jabeen, A., Qazi, A. S., Hameed, A., & Safdar, W. (2023). Radiation Therapies in Cancer. In A. S. Qazi & K. Tariq (Eds.), *Therapeutic Approaches in Cancer Treatment* (Vol. 185, pp. 59–77). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-27156-4_4

Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer Nursing*, *35*(6), 456–465. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182395401

Van Der Molem. (1999). Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy. *European Journal of Cancer Care*. https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.1999.00176.x

Yao Yao, L. (2021). *Représentations étiologiques de la maladie et pratiques préventives et thérapeutiques en Afrique: Fondements méthodologiques et théoriques du paradigme ethnoculturel de la santé et de la maladie en Afrique*. 1–102.

Zagre, A. (2013). *Méthodologie de la recherche en sciences sociales*. https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=4951202&publisher=FZ2990

Zhu, S., Zeng, Y., & Yue, P. (2025). Psychological resilience as a predictor of quality of life in ultrasound-guided chemotherapy: A retrospective cohort study. *Psycho-Oncologie*, *19*(4), 4537–4537. https://doi.org/10.18282/po4537

ANNEXES

Guide d'Entretien : L'expérience Vécue du Cancer du Sein chez les Femmes

1. **Identification**
   Code participante :……..
   Profession :…….
   Statut Matrimonial :……..
   Nombre d'enfants :……
2. **Entretien**

Introduction

Bonjour, merci d'avoir accepté cet entretien. Comme évoqué, mon étude porte sur l'expérience des femmes confrontées au cancer du sein. Je souhaite recueillir votre témoignage et votre vécu personnel, sans jugement. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses, seulement votre histoire. Tout ce que vous direz restera confidentiel. Avec votre permission, j'aimerais enregistrer cet entretien afin de mieux me concentrer sur notre échange et d'éviter d'oublier des détails. Pouvons-nous débuter ?

Thème 1 : Réaction à l'annonce du diagnostic de la maladie cancéreuse

Sous-thèmes:

1. Le contexte de la découverte : Les circonstances, le délai, les sentiments avant l'annonce
2. La perception de l'information : La compréhension du message, l'attitude du médecin et le sentiment d'être informée ou accompagnée à ce moment précis
3. Le choc initial et les émotions immédiates : Les sentiments, les pensées et les réactions corporelles au moment de l'annonce.
4. L'après-annonce immédiat : Les premières heures ou les premiers jours, le partage de la nouvelle avec les proches.

Thème 2 : Cerner le vécu psychologique tout au long du processus de traitement

Sous-thèmes:

1. L'impact émotionnel par étapes : Les sentiments liés aux traitements, à la perte de contrôle et aux changements physiques.
2. L'image de soi et la féminité : L'impact sur la perception de son corps, sa séduction, sa féminité, ainsi que sur sa vie intime et affective.
3. La vie sociale et professionnelle : Les relations avec l'entourage et la place dans le monde du travail.
4. Le rapport au temps et à l'avenir : Projection dans l'avenir, peur de la récidive, angoisse de mort, nouvelles priorités.

Thème 3 : Stratégies d'adaptation (coping) mobilisées pour faire face à la maladie cancéreuse

Sous-thèmes:

1. Stratégies actives de maîtrise : La recherche d'informations, l'adhésion aux traitements, les changements de mode de vie et la participation aux décisions médicales.
2. Stratégies de régulation émotionnelle : Exprimer ses émotions, pratiquer la relaxation, explorer la spiritualité et chercher un sens à sa vie.
3. Stratégies de recherche du soutien social : Solliciter un soutien social
4. Mécanismes de protection psychique : La régulation par la distanciation, l'évitement et la minimisation.
5. Étayage par le collectif/Soutiens externes : Le rôle des soignants, des associations, des pairs ou d'autres patientes.

Conclusion

Je vous suis très reconnaissante pour votre temps, votre confiance et la sincérité de vos commentaires. Avant de finir, y a-t-il quelque chose d'important à ajouter ou un aspect de votre expérience que nous n'avons pas abordé mais qui vous tient à cœur ? Comment vous sentez-vous après cet entretien ?