UNIVERSITE ALGER 2 – ABOU EL KACEM SAAD ALLAH

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

Fonctionnement psychologique à travers le Rorschach en système intégré et qualité de vie chez les femmes atteintes de cancer du sein

Étude comparative entre un groupe mastectomie et un groupe reconstruction mammaire

Thèse de Doctorat Es Sciences

Spécialité « Psychologie Clinique »

Présentée le 11 Mai 2020 par

Mme Leïla HASSAS BOUMGHAR

Sous la direction de

Mme la Professeure Dalila HADDADI

Membres du Jury

Moussa Fatima	Professeure, département de psychologie, Université d'Alger 2	Présidente du jury
Benkhalifa Mahmoud	Professeur, département de psychologie, Université d'Alger 2	Membre
Benachenhou Nabil	Professeur en chirurgie, Faculté de médecine, Université d'Alger 1	Membre invité
Ouandelous Nassima	Maître de conférences, département de psychologie, Université de Tizi Ouzou	Membre invitée
Fergani Louhab	Maître de conférences, département de psychologie, Université de Béjaïa	Membre invité

Dédicace

À celle qui m'a donné la vie, ma mère en témoignage de toute ma gratitude, de ma tendresse ;

À la mémoire de mon père, mon modèle, mon exemple, à jamais vivant dans mon cœur ;

À la mémoire de Assia, ma sœur, toujours présente dans ma mémoire et dans mon cœur ;

À Ammar, mon époux, en gage de mon profond amour. Tu m'as soutenue, apporté ton aide pour les aspects techniques de ce travail, tu m'as supportée dans mes moments de découragement et m'as redonné l'envie de continuer, ce que tu as fait pour moi n'as pas de prix. Je te dis toute ma gratitude. Tu es le meilleur.

À Anaïs, À Mey, mes princesses, ma raison de vivre ;

À khalou Mustapha, mon soutien de toujours ;

À mes frères et sœurs, mes belle- sœurs et mes beaux-frères

À toute ma grande famille ;

À mes amis ;

À la mémoire de tous ces êtres chers, ces parties de moi que le cancer m'a volés ; pour eux, pour tous ceux qui luttent encore pour la vie, pour les rescapés du cancer, je continue, à ma façon, ce combat et je leur dédie ce travail, avec mes plus belles pensées, mes plus beaux sentiments.

Remerciements

Au Professeur Dalila Samaï Haddadi
Vous avez mis votre confiance en moi et vous avez accepté de diriger ce travail, vous m'avez accueillie dans votre équipe de recherche du laboratoire de psychologie clinique et métrique et vous m'avez ainsi donné l'occasion de me former au Rorschach en système intégré et de participer à cette belle réalisation qu'est l'étude normative du Rorschach en Algérie. Puissiez-vous trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

Aux membres du jury
Vous avez accepté de donner de votre temps et de votre attention pour évaluer ce travail et le juger. Merci pour cet honneur que vous m'accordez

À mon ami le Docteur Louhab Fergani, je n'oublierai jamais l'aide et le soutien que vous m'avez apporté dans la réalisation de ce travail. Un grand merci à vous.

Au Professeur Anne Andronikof
Vous m'avez fait découvrir le Rorschach en système intégré, vous me l'avez enseigné et fait aimer, vous m'avez écoutée et apporté vos bons conseils lors de mon stage à Paris X Nanterre. Merci pour votre disponibilité et votre générosité.

Au Docteur Patrick Fontan,
Vous avez répondu présent à mes appels quand je faisais mes premiers pas dans le système intégré, vous m'avez ainsi évité de trébucher et ce, dès mon premier protocole. Un grand merci à vous.

Au Docteur Salima Tadjine, pour l'aide que vous m'avez apportée. Merci

Aux Professeurs Haddadi, Moussa, Messili, Belarbi, Dourari, pour le temps et l'effort que vous avez consentis pour la validation de ma traduction des échelles de qualités de vie, veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

Au Professeur Ahmed Bendib,
Vous m'avez ouvert les portes du service de sénologie du CPMC, vous m'y avez accueillie comme le membre de cette équipe que j'ai été et vous m'avez permis de m'y sentir toujours chez moi. Merci.

Aux Professeurs Benachenhou, Benzidane, Dilem, au Docteur Naït Djoudi, chers amis, vous m'avez ouvert vos portes, vous avez mis à ma disposition les dossiers des patientes, vous m'avez facilité les contacts avec elles. Merci à vous, merci à toute l'équipe médicale et paramédicale du service de sénologie pour votre aide précieuse.

Au Professeur Smaïli
Vous m'avez réservé un très bel accueil dans votre service, vous avez mis à ma disposition les moyens nécessaires à la réalisation de ce travail. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance, et je n'omettrai pas de dire tous mes remerciements et toute mon amitié aux docteurs Tarouadada, Hamdi, Boudjella, Kadi, Guidoum, à Mohamed de l'HDJ et toute la merveilleuse équipe que vous dirigez.

A mon ami le Professeur Mahfoud Achaïbou, tu n'as épargné aucun effort pour me venir en aide, pour m'encourager à continuer et aller de l'avant dans la réalisation de ce travail. Mahfoud, je ne te dirai jamais assez toute ma gratitude.

À toutes les patientes du cancer du sein qui ont accepté de faire partie de mon groupe de recherche et sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour, un grand merci.

À toutes les personnes qui m'ont soutenue et qui, de près ou de loin, ont contribué à ce travail, merci.

Résumé

Si la survenue d'un cancer du sein constitue une épreuve bouleversante dans la vie des patientes qui en sont atteintes sur le plan individuel aussi bien que social, les effets des traitements ne sont pas en reste, notamment la chirurgie, souvent mutilante, qui les marque d'une empreinte durable voire indélébile, tant sur le plan physique que psychologique. La chirurgie constitue le traitement de choix du cancer du sein, mais elle est souvent mutilante avec l'ablation de tout ou partie du sein avec, toutefois, la possibilité de sa reconstruction.

L'objectif de ce travail est de savoir si la reconstruction mammaire, en tant que chirurgie réparatrice apporte réellement tous les bienfaits qui en sont attendus après mastectomie.

Ce travail a été réalisé à travers une étude qualitative à partir d'un groupe mastectomie (N=31) et un groupe reconstruction mammaire (N=16), afin de dégager les grandes tendances dominantes dans chacun d'entre eux.

L'investigation s'est faite à travers l'échelle de qualité de vie EORTC QLQC- 30 et son module complémentaire EORTC QLQ-BR23, pour l'aspect qualité de vie. Le fonctionnement psychologique a été examiné à travers le Rorschach en système intégré, qui est une épreuve perceptivo-cognitive permettant d'explorer les différentes dimensions de la personnalité.

Les résultats auxquels nous avons abouti, montrent que hormis la dimension des relations et des comportements interpersonnels, où les résultats sont à l'avantage du groupe reconstruction. Les résultats enregistrés dans les autres dimensions n'enregistrent pas de différences majeures, entre les deux groupes. Les quelques différences que nous avons pu observer, notamment dans la dimension des émotions et des affects sont plutôt en faveur du groupe mastectomie.

Mots clés : cancer du sein, mastectomie, reconstruction mammaire, qualité de vie, fonctionnement psychologique.

ملخص

لئن كانت الإصابة بالسرطان بمثابة محنة ذات أثر بليغ على الحياة النفسية والاجتماعية للنساء اللائي يعانين منه، فإن لمختلف أنواع العلاج كذلك تأثيرها لا سيما الجراحة، التي غالبًا ما تكون مشوهة، والتي تترك بصمات مستدامة في جسم المريضة وفي نفسيتها. تعتبر الجراحة هي العلاج الأمثل لسرطان الثدي، لكنها غالبًا ما تكون مشوهة مع إزالة كل أو جزء من الثدي، مع إمكانية إعادة بنائه.

يهدف هذا العمل إلى معرفة ما إذا كانت إعادة بناء الثدي، تحقق فعلا كل الفوائد المنتظرة منها بعد استئصال الثدي.

تم إنجاز هذا العمل من خلال دراسة نوعية لمجموعة استئصال الثدي (N=31) ومجموعة إعادة بناء الثدي (N=16)، من أجل تحديد الاتجاهات السائدة في كل منها.

تم إجراء التحقيق باستعمال مقياس جودة الحياة EORTC QLQ-C30 ووحدته التكميلية EORTC QLQ-BR23 الخاص بنوعية الحياة. تم فحص الأداء النفسي من خلال رورشاخ النظام الإدماجي، وهو اختبار إدراكي حسي يسمح باستكشاف الأبعاد المختلفة للشخصية.

تظهر النتائج التي توصلنا إليها أنه ماعدا بعد العلاقات والسلوك الشخصي، الذي كانت نتائجه لصالح مجموعة إعادة بناء الثدي، فإن النتائج المسجلة في الأبعاد الأخرى لا تظهر اختلافات كبيرة بين المجموعتين. والاختلافات القليلة التي لاحظناها، خاصة في بعد الانفعالات والوجدان هي في صالح مجموعة استئصال الثدي.

الكلمات المفتاحية: سرطان الثدي، استئصال الثدي، إعادة بناء الثدي، نوعية الحياة، الأداء النفسي.

Summary

If the occurrence of breast cancer is a life-changing ordeal for women who suffer from it, the effects of treatment are no exception, especially surgery, often mutilating, which marks them with a lasting, or even indelible imprint, both physically and psychologically. Surgery is the treatment of choice for breast cancer, but it is often mutilating with the partial or total removal of the breast while still providing the possibility of its reconstruction.

The purpose of this work is to find out if breast reconstruction, as a restorative surgery really brings all the benefits that are expect after mastectomy.

This work was performed through a qualitative study from a mastectomy group (N=31) and a breast reconstruction group (N=16), in order to identify the dominant tendencies in each of them.

The investigation was carried out through the EORTC QLQ-C30 quality of life scale and its EORTC QLQ-BR23 complementary module, for the quality of life aspect. The psychological functioning has been examined through the Rorschach comprehensive system, which is a perceptual-cognitive test allowing to explore the different dimensions of the personality.

The results we have obtained show that apart from the dimension of relationships and interpersonal behaviors, where the results are to the advantage of the group reconstruction. The results recorded in the other dimensions do not record any major differences between the two groups. The few differences that we have observed, especially in the dimension of emotions and affects, are rather in favor of the mastectomy group.

Keywords: breast cancer, mastectomy, breast reconstruction, quality of life, psychological functioning.

Table des matières

Table des illustrations et index des tableaux **5**

INTRODUCTION **8**

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES **14**

1- Problématique **14**

2- Hypothèses **23**

CHAPITRE 1. ASPECTS MEDICO-CHIRURGICAUX DU CANCER DU SEIN **26**

1- Définition et Historique **26**

2- Carcinogenèse **28**

3- Le cancer du sein **29**

3.1- L'anatomie du sein *29*

3.2- Les facteurs de risque du cancer du sein *31*

3.3- Les types de cancer du sein *32*

3.4- Le diagnostic du cancer du sein *33*

3.5- Les classifications des cancers du sein *34*

3.5.1- La classification TNM 35

3.5.2– La classification SBR 36

4- Les traitements du cancer du sein **37**

4.1- La chimiothérapie *37*

4.2- La thérapie ciblée *38*

4.2.1- L'hormonothérapie 38

4.2.2- L'immunothérapie 38

4.3- La radiothérapie *39*

4.4- La curiethérapie *40*

4.5- La chirurgie *40*

4.5.1- La chirurgie conservatrice 40

4.5.2- La mastectomie 42

4.5.3- Le curage axillaire 42

4.5.4- La reconstruction mammaire 42

5- Le suivi **47**

CHAPITRE 2. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DU CANCER DU SEIN **50**

1- Le cancer du sein **50**

2- L'annonce **51**

3- Les réactions à l'annonce **53**

4- Les répercussions psychologiques de la maladie cancéreuse et du cancer du sein **54**

4.1- La quête de sens *55*

4.2- Les mécanismes de défense *55*

4.3- Les stratégies de coping 57
4.4- Les manifestations psychopathologiques 59
4.4.1- Les troubles de l'adaptation 60
5- L'image du corps et la perception de soi **64**
5.1- Image du corps et cancer 65
5. 2- Le cancer du sein, une atteinte à la féminité 66
6- Les réactions aux traitements **68**
6.1- La chimiothérapie 69
6.2- La radiothérapie 70
6.3- La chirurgie 71
6.3.1- La mastectomie 71
6.3.2- La reconstruction mammaire 74
7- Relation de couple et sexualité **76**
8- Vie familiale et sociale **79**
9- La fin des traitements **82**
10- L'idée de la mort **83**
11- La projection dans le futur **84**
CHAPITRE 3- QUALITE DE VIE ET CANCER DU SEIN **86**
1- Définition de la qualité de vie **86**
2- La qualité de vie liée à la santé **87**
3- Qualité de vie et cancer **91**
4- Évaluation de la qualité de vie en cancérologie **92**
5- Qualité de vie et cancer du sein **96**
6- Qualité de vie et traitement chirurgical **100**
CHAPITRE 4- LE RORCHACH EN SYSTEME INTEGRE **113**
1- Un peu d'histoire **113**
1.1- La naissance du Rorschach 113
1.2- Les systèmes Rorschach aux USA 116
1.3- Les techniques projectives en Algérie 119
1.4- Introduction du Système intégré en Algérie 121
2- Le Rorschach en système intégré (RSI) **122**
2.1- Définition du système intégré 123
2.2- La nature du processus de la réponse Rorschach en système intégré 125
2.3- La méthode de passation du Rorschach en système intégré 126
2.3.1- L'administration 126
2.3.2- La cotation 129
2.4- Le résumé formel 145
2.5- L'interprétation du Rorschach en système intégré 146
2.5.1- La formulation des hypothèses 147

2.6- La synthèse des résultats relatifs à chaque ensemble de variables 149
2.7- La phase d'intégration 149
CHAPITRE 5- METHODOLOGIE **151**
1- La méthode **151**
2- Le groupe de recherche **152**
2.1- Critères d'inclusion 152
2.2- Critères d'exclusion 152
2.3- Pourquoi un an après la fin des traitements ? 153
3- Les outils de recherche **155**
3.1- Les outils d'évaluation de la qualité de vie 155
3.1.1- Les instruments de mesure de la qualité de vie 156
3.1.2- Les instruments de mesure de qualité de vie relative au cancer du sein 156
3.2- Le Rorschach en système intégré (RSI) 157
4- La validité interjuges **158**
5- La stratégie de recherche **159**
5.1- La prise de contact sur le terrain 159
5.2- La validation de la traduction des échelles 160
5.3- L'administration des outils de recherche 161
CHAPITRE 6- PRESENTATION DES RESULTATS **166**
1- Présentation des résultats du Rorschach SI **167**
1.1- La déviation de la qualité formelle 170
1.2- Le score Zd (traitement de l'information) 170
1.3- Le score D et DAj (Capacité de contrôle et tolérance au stress) 171
1.4- Variables diverses 172
2- Comparaison des résultats du Rorschach SI d'un groupe de femmes opérées d'un cancer du sein avec le groupe de l'étude normative algérienne **180**
2.1 - La perception de soi 181
2.2- La perception des relations et les comportements interpersonnels 182
2.3- La Triade cognitive 184
3- Présentation et analyse des résultats des échelles **186**
3.1- Quelques précisions à propos de l'analyse des échelles 186
3.2- Résultats des échelles de qualité de vie selon la distance au diagnostic 187
3.3- Résultats des échelles de qualité de vie selon la situation matrimoniale 189
3.4- Résultats des échelles de qualité de vie selon le niveau d'instruction 191
3.5- Résultats des échelles de qualité de vie selon l'activité (situation professionnelle) 193
3.6- Résultats des échelles de qualité de vie pour l'ensemble des 2 groupes de recherche 195
3.7- Résultats des échelles de qualité de vie pour les groupes mastectomie et reconstruction mammaire 197
CHAPITRE 7- ILLUSTRATIONS CLINIQUES **201**
1- Quelques remarques préalables **201**

2- Illustration 1 : Madame MC10 ..... **204**
3- Illustration 2 : Madame MC14 ..... **213**
4- Illustration 3 : Madame RM10 ..... **223**
5- Illustration 4 : Madame RM14 ..... **234**
6- Conclusion des illustrations cliniques **247**
DISCUSSION GENERALE **248**
1- Discussion des résultats **249**
1.1- L'image du corps et la perception de soi **250**
1.2- La sexualité **253**
1.3- Les relations et les comportements interpersonnels **254**
1.4- Les émotions et les affects **258**
1.5- La dimension cognitive **261**
2- Discussion des hypothèses **263**
CONCLUSION **266**
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES **272**
ANNEXES **290**

Table des illustrations et index des tableaux

Illustrations

Page

Figure 1 : Schéma du sein chez la femme 30
Figure 2 : ganglions lymphatiques 31

Index des tableaux

Numéro et titre du tableau

Page

Tableau 1. Classification TNM des cancers du sein 35
Tableau 2. Classification de Scarff-Bloom et Richardson 36
Tableau 3. Phases et opérations du processus de la réponse (Andronikof manuel de cotation) 126
Tableau 4. Symboles et critères pour la qualité de développement (Andronikof manuel de cotation) 131
Tableau 5. Symboles, définitions et critères pour la cotation de la qualité formelle 134
Tableau 6. Catégories, symboles et critères pour la cotation des contenus 135
Tableau 7. Liste des réponses banales 137
Tableau 8. Valeurs du Z pour chacune des 10 planches 138
Tableau 9. Ensembles relatifs à différents domaines de fonctionnement psychologique 148
Tableau 10. Caractéristiques du groupe mastectomie 154
Tableau 11. Caractéristiques du groupe reconstruction mammaire 155
Tableau 12. Accord interjuges de la double cotation de 20 protocoles 158
Tableau 13. Résultats de la validation de la traduction des échelles en utilisant le test Alpha Cronbach 161
Tableau 14. Les indices du Rorschach 167
Tableau 15. Les styles cognitifs 169
Tableau 16. Déviation de la qualité formelle (médiation) 170
Tableau 17. Le score Zd 171
Tableau 18. Le score D et DAj (D ajusté) 171
Tableau 19. Le rapport Mp:Ma 172
Tableau 20. La variable FC>CF+C 172
Tableau 21. La variable Afr 173
Tableau 22. L'index d'intellectualisation 174
Tableau 23. L'index d'égocentrisme 174
Tableau 24. Les réponses reflet 175
Tableau 25. Les réponses MOR 175
Tableau 26. Les réponses An+Xy 176
Tableau 27. L'index d'isolement social 177
Tableau 28. Les réponses banales (P) 177
Tableau 29. Les réponses COP et AG 178
Tableau 30. Les cotations GHR/PHR 178
Tableau 31. Le rapport a:p 179
Tableau 32. Les réponses S 179
Tableau 33. Scores de l'EORTC QLQ-C30 selon la distance au diagnostic 187
Tableau 34. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 selon la distance au diagnostic 188
Tableau 36. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 selon la situation matrimoniale 190
Tableau 37. Scores de l'EORTC QLQ-C30 selon le niveau d'instruction 191
Tableau 38. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 selon le niveau d'instruction 192
Tableau 39. Scores de l'EORTC QLQ-C30 selon l'activité 193
Tableau 40. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 selon l'activité 194
Tableau 41. Scores de l'EORTC QLQ-C30 pour l'ensemble des deux groupes 195
Tableau 42. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 pour l'ensemble des deux groupes 196

Tableau 43. Scores de l'EORTC QLQ-C30 pour les groupes mastectomie et reconstruction mammaire **197**
Tableau 44. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 pour les groupes mastectomie et reconstruction mammaire **198**
Tableau 45. Rationnel de l'interprétation des ensembles du RSI **202**
Tableau 46. Rationnel de l'interprétation des ensembles du RSI **210**
Tableau 47. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 pour MC10 **211**
Tableau 48. Scores de l'EORTC QLQ-C30 pour MC14 **220**
Tableau 49. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 pour MC14 **220**
Tableau 50. Scores de l'EORTC QLQ-C30 pour RM10 **231**
Tableau 51. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 pour RM10 **231**
Tableau 52. Scores de l'EORTC QLQ-C30 pour RM14 **244**
Tableau 53. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 pour RM14 **244**

INTRODUCTION

Même s'il continue à être très meurtrier, avec pas moins de 3500 décès annuellement (Hamdi-Cherif et al. 2015), le cancer du sein est l'un des cancers où les taux de survie, de rémission voire de guérison sont les plus élevés.

Ainsi, grâce aux progrès réalisés dans sa prise en charge et à l'amélioration des taux de survie, le cancer du sein, considéré par bon nombre de spécialistes comme une maladie chronique, ne constitue plus une question de vie ou de mort. Il pose, plutôt, la problématique du vécu de la maladie, de ses thérapeutiques et de l'après cancer, ainsi que de la qualité de vie des femmes qui en sont atteintes et ce, tout au long de leur parcours, depuis le diagnostic jusqu'aux différentes étapes du traitement et même après la fin de celui-ci.

Le traitement du cancer du sein se fait à travers plusieurs techniques thérapeutiques complémentaires, à savoir : la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie et l'immunothérapie. La chirurgie constitue, cependant, le traitement de choix du cancer du sein. C'est souvent une chirurgie mutilante consistant en l'ablation parfois partielle, mais le plus souvent totale du sein avec, toutefois, la possibilité de sa reconstruction. Un traitement conservateur consistant en une exérèse de la tumeur peut également être proposé. Mais ce type de chirurgie est conditionné par la possibilité d'une radiothérapie post opératoire immédiate, ce qui est quasiment impossible dans nos structures, au vu de la surcharge des centres de radiothérapie et de la longueur de délais de Rendez-vous, d'où le recours, très fréquent, à la mastectomie.

Sur le plan psychologique, la survenue d'un cancer constitue un véritable traumatisme pour les personnes qui en sont atteintes. Détresse psychologique, anxiété et réactions dépressives sont souvent observées, voire, parfois même un risque suicidaire.

Si la survenue d'un cancer entame sérieusement la vie psychique et sociale, ainsi que la qualité de vie des patientes, les différents traitements ne sont pas en reste, surtout la chirurgie qui, souvent, laisse une empreinte durable, voire indélébile tant au niveau corporel que psychologique.

Ayant exercé, en qualité de psychologue clinicienne au centre anti cancéreux « Pierre et Marie Curie » d'Alger, nous avons accompagné, pendant plusieurs années, des centaines de personnes atteintes de cancer, depuis le diagnostic jusqu'à la sortie de l'hôpital, la rémission et, parfois, la fin de vie.

L'essentiel de notre activité s'étant déroulé au service de sénologie de ce centre, nous avons eu à prendre en charge, sur le plan psychologique, les femmes atteintes de cancer du sein. A une période où la reconstruction mammaire, encore à ses débuts, n'était pas proposée de façon systématique à l'ensemble des patientes, la préparation à la chirurgie, notamment la mastectomie, constituait un pôle important de notre travail.

Outre le travail institutionnel, l'amélioration et l'humanisation des conditions d'hospitalisation, l'intervention auprès des soignants, par l'institution de groupes de paroles de soignants, nous avons initiés des groupes de parole de patientes. Ces groupes de parole constituaient un espace d'expression, d'échange, où anciennes et nouvelles patientes se retrouvaient en présence de médecins du service, exprimaient leur vécu, leurs craintes, leurs préoccupations. Les anciennes patientes y partageaient leurs expériences avec les nouvelles, et les médecins répondaient aux questionnements des unes et des autres, créant ainsi un lieu de solidarité et de tissage de liens fort bénéfiques pour l'ensemble des présentes.

En 2010, alors que nous avions quitté le service depuis quelques années, il a été fait appel à nous, pour la réalisation d'une étude sur les effets psychologique du cancer du sein chez les femmes de moins de 35 ans. Nous avons, au cours de cette étude, constaté que bon nombre de patientes, au moment du diagnostic, refusaient la reconstruction mammaire et ce, en dépit de leur jeune âge.

C'est à partir de là qu'est née, chez nous, l'idée de mener une recherche, dans le cadre d'une thèse de doctorat, sur la qualité de vie des patientes opérées d'un cancer du sein selon le type de chirurgie. Nous avions, au départ, prévu une comparaison, à trois branches, entre un groupe mastectomie, un groupe reconstruction mammaire et un groupe traitement conservateur, à travers des échelles d'évaluation.

La découverte du Rorschach en système intégré et les résultats obtenus à ce test sur le fonctionnement psychologique, dont nous avons publié une illustration à travers un cas clinique, nous ont amené à nous intéresser, plus particulièrement au fonctionnement psychologique de ces patientes, à travers cet outil. Les contraintes de terrain et de temps nous ont, également, imposé de centrer notre travail, sur la comparaison entre la mastectomie et la reconstruction mammaire, parfois considérée, comme la panacée.

Notre travail se présente selon la démarche développée ci-après :

À la suite de cette introduction, nous posons la problématique de notre recherche. Cette dernière montre la pertinence de notre sujet, à la lumière des données épidémiologiques et des avancées réalisés dans le traitement du cancer du sein, ce qui entraîne des durées de survie de plus en plus longues. Cela suscite un intérêt de plus en plus grandissant aux dimensions psychologiques du cancer du sein et de ses traitements ainsi qu'à la qualité de vie des patientes après la fin des traitements. Nous présentons, dans cette partie, nos questionnements ainsi que nos hypothèses, par rapport au bénéfice de la reconstruction mammaire, comme chirurgie réparatrice, en comparaison avec la mastectomie seule.

Nous situons notre recherche dans le cadre de l'approche clinique où nous explorons le fonctionnement psychologique de nos patientes, à travers le Rorschach en système intégré, à laquelle nous associons un regard phénoménologique sur la qualité de vie des patientes par l'utilisation de deux échelles de qualité de vie, dont la première est relative à la maladie cancéreuse et la deuxième est spécifique au cancer du sein.

Dans la partie théorique qui fait l'état de l'art sur la question, nous présentons différents travaux et publications portant sur les aspects psychologiques du cancer du sein, mais surtout de la mastectomie et de la reconstruction mammaire la qualité de vie des patientes après un cancer du sein. Nous y présentons, également, le Rorschach en système intégré, en tant qu'outil nous permettant une approche plus approfondie du fonctionnement psychologique, à travers ses différentes variables.

Le premier chapitre consiste en une présentation des aspects médico-chirurgicaux du cancer du sein. Nous y abordons, notamment la partie liée à la chirurgie, aussi bien la mastectomie que la reconstruction mammaire, afin de mettre en exergue la lourdeur de ces interventions et leurs séquelles sur les patientes.

Suivra un chapitre abordant les aspects psychologiques du cancer du sein, avec une approche de la mastectomie et de la reconstruction mammaire dans le vécu des patientes. Nous y présentons, ainsi, des travaux portant sur certains aspects en lien avec les effets psychologiques du cancer du sein et de son traitement chirurgical, les manifestations psychologiques et psychopathologiques, la perception de soi et l'image du corps, la vie relationnelle, la vie du couple, la sexualité…

Le Rorschach en système intégré, de par sa richesse est, à notre sens, un précieux outil qui permet l'exploration des différentes dimensions du fonctionnement psychologique des patientes. Nous en faisons, dans le chapitre suivant, une présentation, en mettant en exergue les dimensions qui nous paraissent importantes à mettre en évidence dans le cadre de notre recherche.

On ne peut parler du cancer du sein et de la vie après le cancer sans aborder la question de la qualité de vie des patientes en post cancer. Aussi, nous consacrons un chapitre entier à cet aspect, combien important chez les « rescapées » du cancer du sein, avec tous les changements induits dans les différents domaines de leur vie. Ce dernier chapitre clôture la partie théorique de ce travail.

La deuxième partie de cette thèse est une présentation de notre recherche à proprement parler.

Nous y présentons, dans un premier chapitre, notre approche méthodologique, comportant le cadre théorique de notre recherche, le choix des groupes de recherche et leurs caractéristiques, les outils utilisés et la démarche adoptée pour la réalisation de la recherche.

La présentation des résultats de notre recherche fera l'objet du chapitre suivant, avec :

- une partie qui sera consacrée aux résultats globaux, dans laquelle nous faisons ressortir les grandes tendances, dans chaque groupe,
- une autre partie qui sera dédiée à la comparaison de nos résultats avec ceux de l'étude normative algérienne sur le Rorschach en système intégré.

Le troisième chapitre portera sur une illustration clinique, à travers quatre cas détaillés : deux cas de mastectomie seule et deux cas de reconstruction mammaire.

Le quatrième chapitre de cette partie sera consacré à la discussion de nos résultats à la lumière des travaux déjà réalisés dans le domaine,

Une conclusion générale viendra clôturer ce travail et abordera les limites de ce travail et des recommandations et pistes d'étude pouvant faire l'objet de recherches ultérieures.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

1- Problématique

Le cancer du sein est considéré comme l'un des dix premiers cancers diagnostiqués annuellement dans le monde. C'est le cancer féminin le plus répandu, tant dans les pays développés que dans les pays en développement.

Selon le Centre International de recherche sur le Cancer (CIRC), le nombre de nouveaux cas de cancer dans le monde a atteint, en 2014, les 14 millions et atteindra les 22 millions en 2031, avec, en tête, les cancers du poumon, du sein, du côlon et de la prostate. Et malgré la baisse des taux de mortalité par cancer, ces vingt dernières années, cette affection constitue encore la première cause de mortalité chez l'homme (33% de tous les décès) et la seconde chez la femme (23% de tous les décès), après les maladies cardiovasculaires.

Selon l'OMS (2018), les cancers constituent, avec 14 millions de nouveaux cas, l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde, et ce nombre est appelé à augmenter de 70% environ au cours des deux prochaines décennies. Pas moins de 8,2 millions de morts par cancer ont été enregistrés en 2012.

Le cancer du sein, qui est la première cause de mortalité par cancer chez la femme, se situe en cinquième position de tous les cancers, avec 571.000 décès, après le cancer du poumon (1,69 million de décès), le cancer du foie (788. 000 décès), les cancers colorectaux (774.000 décès) et le cancer de l'estomac (754.000 décès).

Selon Belkacemi et al. (2010), près d'un million de nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués chaque année, avec une augmentation de 5% durant les deux dernières décennies. Ces atteintes augmentent avec l'âge, avec une plus grande prévalence chez les femmes ménopausées. De même qu'il constitue la principale cause de décès par le cancer, chez les femmes, puisqu'il cause environ 400.000 cas de décès annuellement.

Dans les pays occidentaux, selon les mêmes auteurs, une femme sur huit sera atteinte d'un cancer du sein au cours de sa vie. Dans les pays du moyen orient et d'Afrique du nord, le cancer du sein arrive en tête des cancers féminins, avec un taux de 42% sur l'ensemble des cancers, et il est en augmentation constante, ce qui a incité l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] à le considérer comme une priorité de santé publique.

En Algérie, 40.000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année, avec plus de 25.000 décès. Parmi ces cancers, le cancer du sein est le premier cancer féminin, avec pas moins de 7.500 nouveaux cas par an, enregistrant environ 3.500 décès dénombrés chaque année. Le cancer du sein, en Algérie, est un cancer de la femme jeune. En effet, une augmentation non négligeable de l'incidence de ce cancer est enregistrée dans la tranche d'âge de 30-34 ans, avec des pics à 50-54 ans et 60-64 ans et une baisse à partir de 65 ans (Hamdi Cherif, 2015).

L'avènement de la maladie cancéreuse bouleverse la vie du patient dans tous ses aspects : perception de soi et rapports au corps, relations au sein de la famille (conjoint, enfant, autres membres de la famille), milieu professionnel, vie sociale et, surtout, le rapport à la vie et à la mort.

En effet, l'annonce d'un cancer est très difficile à supporter. Elle a l'effet d'un « couperet », d'un « séisme » qui bouleverse l'existence tout entière de la personne qui la reçoit. Elle change complètement le cours de sa vie et en rompt le continuum : il y a, désormais, la vie avant le cancer et la vie après le cancer.

De plus, cette annonce est souvent liée à l'idée d'une mort imminente (dimension traumatique) qui est, à ce moment-là, omniprésente, mais c'est aussi le début d'un parcours long et périlleux, d'un combat pour la survie où hospitalisations, chirurgie et traitements complémentaires bouleversent, du tout au tout, la vie du patient (idée des deuils, série de pertes, sur plusieurs plans, qui impliquent plusieurs deuils à faire ou à ne pas faire).

L'impact psychologique du cancer du sein est très particulier. En effet, l'atteinte d'un cancer, met la personne face à une nouvelle réalité liée à l'image que l'on se fait du cancer, souvent synonyme de souffrance et de mort. Mais au-delà, le cancer du sein est lié à toute la symbolique du sein, en lien avec la féminité, la sexualité et la maternité, dans les représentations sociales et psychologiques relatives au corps.
Il représente pour la patiente, autant que pour ses proches, une épreuve existentielle terrible, affectant tous les aspects de sa vie. Elle l'affecte dans sa relation à son corps et à son partenaire sexuel, à sa famille, à son milieu professionnel, à ses amis… jusqu'au sens qu'elle donne désormais au bien-être, à la santé, à la souffrance et bien sûr, à la mort.

Nul n'ignore combien les traitements des cancers, en général et, du cancer du sein, en particulier, sont lourds et agressifs et ne sont pas sans séquelles, tant physiques que psychologiques, voire sociales.

Aussi, la plus grande préoccupation ne réside pas, aujourd'hui, dans l'augmentation des chances de survie des patientes, à tout prix, car cet aspect ne peut être conçu sans la prise en considération de la qualité de vie.

Dans une étude que nous avons réalisée, au centre anti cancéreux «Pierre et Marie Curie» d'Alger, sur les effets psychologiques du cancer du sein chez les femmes de moins de 35 ans (Hassas Boumghar, 2013), il ressort que l'ablation du sein ou mastectomie est une expérience particulièrement difficile. En effet, la mastectomie, même si elle est acceptée, reste très mal vécue par l'ensemble des patientes, car elle est perçue comme un signe de gravité de la maladie, c'est une mutilation qui porte une atteinte grave et, surtout, indélébile à leur féminité.

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

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

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

Selon Lehmann (1989, cité dans Untas et al., 2009, P.135), la mastectomie est difficile à accepter pour les femmes sur trois plans :

- L'image qu'elles ont de leur corps change : pendant plusieurs mois, certaines femmes refusent de se regarder dans le miroir ou de toucher la cicatrice résultant de la mastectomie, tandis que d'autres ne se déshabillent que dans l'obscurité, par crainte du traumatisme lié à leur perception d'elle-même et au regard des autres.
- La mastectomie laisse un impact négatif sur leur identité de femmes, car après l'amputation, elles perçoivent le regard des autres comme curieux et intrusif.
- La vie sexuelle est également affectée, car des difficultés peuvent survenir dans les relations conjugales et familiales. Mais dans certains cas, faire face à la maladie renforce les liens du couple et leur donne le sentiment qu'ils sont plus forts. La mastectomie affecte donc, non seulement la patiente, mais aussi son entourage et, en particulier, son partenaire sexuel.

Plusieurs études, dont certaines sont citées ci-dessous, se sont intéressées aux effets des traitements du cancer du sein, notamment, le traitement chirurgical.

Les opinions divergent quant à l'effet de la mastectomie sur la qualité de vie, alors qu'il existe un consensus sur l'effet du facteur âge : les femmes jeunes ont une qualité de vie physique plutôt acceptable, comparativement à leur état psychologique qui est de qualité moindre.

Les effets psychologiques les plus importants, mis en évidence par différentes études, sont en lien avec la détresse psychologique, la dépression et l'anxiété. Mais avec le temps, la qualité de vie s'améliore, alors que l'image du corps et la vie sexuelle restent perturbées par la maladie. Les patientes rapportent, en effet, des difficultés particulières, liées à la gestion de la chronicité des symptômes et des effets des traitements complémentaires telles que la fatigue chronique. Cette dernière est souvent retrouvée chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, bien que les médecins spécialistes dans le domaine n'y accordent pas assez d'importance, malgré le fait que cette fatigue permanente altère, de façon significative, la qualité de vie tant physique que psychologique, sociale et professionnelle (Rotonda, 2011).

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

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

Au niveau de l'image du corps et de la perception de soi, nous relevons l'existence d'une image négative renvoyée par le manque du sein et/ou par la cicatrice parfois perçue comme monstrueuse. Il est à noter que plusieurs patientes nous ont fait part d'une grande angoisse et d'une forte appréhension quant à la vue de la mastectomie, s'attendant à voir un trou, un cratère, elles sont d'ailleurs soulagées à la vue de leur cicatrice (Hassas Boumghar, 2013).

Même si la sensation de manque, de vide est présente et, même si toutes se sentent diminuées par rapport aux autres, certaines patientes arrivent à s'accommoder de la

nouvelle image au fil du temps, d'autres la vivent comme transitoire dans l'attente de la reconstruction.

Parfois, bien que rarement, la patiente peut demander l'ablation du sein atteint, en raison de la crainte d'un résidu tumoral et d'une rechute. Cette préoccupation reste présente, selon certaines études, dans 20% des cas et ce, un à cinq ans après l'apparition du cancer. Cela est plus fréquent chez les femmes jeunes, bien qu'elles aient une meilleure qualité de vie physique que les femmes plus âgées. Quant à la dépression à long terme, elle est généralement comparable à celle de la population générale (Stanton et al., 2010 ; Krishnan et al., 2001).

Ces mêmes études montrent que la qualité de vie des femmes ayant bénéficié d'un traitement conservateur et considérées comme guéries n'est pas différente de celle des femmes qui n'ont pas eu de cancer. Cela n'est, cependant, vrai que si les patientes gardent un sein normal, en termes de forme, de souplesse, de sensibilité et de symétrie. Il a été noté que 48% des patientes ayant reçu un traitement conservateur reconnaissaient avoir des difficultés après la chirurgie (25% se plaignaient de douleur et d'œdème au bras, 30% de douleur mammaire et de sensation gênante), mais dans 80% des cas, elles affirmaient que le résultat était esthétiquement satisfaisant (Bobin & Guiochet, 2002).

La reconstruction mammaire revêt une importance capitale, car elle vise à restaurer l'intégrité physique et la féminité d'un corps cancérigène et la perte du sein.

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

Nissen et al. (2001), ont comparé la qualité de vie après chirurgie sur cancer du sein, de trois groupes : mastectomie seule, mastectomie avec reconstruction, et chirurgie conservatrice du sein. Les résultats de cette recherche montrent que les deux derniers types de chirurgie ne sont pas plus avantageux sur la qualité de vie que la mastectomie,

hormis sur l'image du corps, encore que cela soit tributaire du résultat esthétique et des autres effets secondaires.

Cette recherche a montré, en effet, que les femmes qui ont bénéficié d'une reconstruction étaient, généralement, satisfaites de leur décision, mais qu'elles n'étaient pas plus heureuses que celles qui ont choisi la mastectomie seule.

Des études récentes sur les résultats psychosociaux de la reconstruction mammaire ont montré que cette dernière n'est pas toujours bonne : la motivation et l'état mental de la patiente, au moment de la prise de décision, sont importants et doivent être pris en compte pour éviter l'échec, sur le plan psychologique, même si le résultat esthétique est bon (Bobin & Guiochet, 2002).

Selon la même étude, les femmes ayant bénéficié d'une reconstruction étaient significativement plus jeunes que celles qui bénéficiaient d'un traitement conservateur et celles ayant bénéficié d'une mastectomie seule, mais après ajustement selon l'âge et la taille de la tumeur, l'analyse des trois cohortes a montré que le niveau de qualité de vie des bénéficiaires de reconstruction était inférieur à celui des bénéficiaires d'un traitement conservateur, alors qu'il n'y a pas de différence entre un traitement conservateur et une mastectomie. Les troubles de l'humeur sont plus fréquents chez celles ayant bénéficié d'une reconstruction ou d'un traitement conservateur que dans le cas de la mastectomie. Les bénéficiaires de la reconstruction ont également eu le pire des résultats, en termes de sentiment de pression, d'activité et de vitalité, de fatigue, de dépression et d'agressivité, par rapport à celles ayant subi une mastectomie seule.

Bien que ces troubles diminuent au fil du temps après la fin du traitement, l'étude montre que les résultats négatifs des bénéficiaires de la reconstruction persistent plus longtemps que ceux des patientes ayant eu une mastectomie sans reconstruction. Inversement, Pour ce qui est des troubles de l'humeur, les résultats, après douze mois étaient, pour cette dernière cohorte, plus défavorables que pour le traitement conservateur, mais ces différences disparaissent après vingt-quatre mois. Néanmoins, la reconstruction n'élimine pas la peur de la rechute, qui reste présente dans les trois cohortes.

Dans une étude rétrospective, Rowland et al. (2000) se sont intéressés au devenir psychosocial d'un grand nombre de survivantes d'un cancer du sein, dans trois cohortes : mastectomie seule, mastectomie avec reconstruction et traitement conservateur. Les résultats de cette étude ont montré que la reconstruction mammaire permet de reconstruire l'image du corps, mais que l'impact négatif du cancer sur la qualité de vie était plus important chez celles qui ont bénéficié de la reconstruction, notamment sur leur vie sexuelle, ce qui justifie leur demande.

Ces mêmes études montrent des effets psychologiques globalement positifs du traitement conservateur par rapport à la mastectomie, mais des études plus fines ne montrent pas de différence dans les résultats à long terme. Dans les premières années, la peur de la rechute est plus grande dans le traitement conservateur, qui provoque plus d'anxiété que la mastectomie, mais cette peur diminue avec le temps.

Les effets psychologiques varient en fonction de la sensibilité de chaque patiente avant traitement. Si beaucoup de femmes n'avaient pas le choix, parce que la nature de leur blessure nécessitait une chirurgie radicale, celles qui ont eu un traitement conservateur pouvaient faire le choix d'une mastectomie. Ce choix a indubitablement un impact significatif sur la qualité de vie future des patientes.

Concernant la vie sexuelle de ces patientes, elle est très perturbée, au début de la maladie et tout au long de la période du traitement et, souvent, même après la fin des traitements. La sécheresse vaginale est quasi générale, des dyspareunies ont été signalées et l'on a même observé un cas de vaginisme. Ainsi, baisse de la libido et frigidité sont souvent observées. Certaines patientes affirment cependant avoir une vie sexuelle « normale » mais signalent une certaine pudeur, par rapport à la mastectomie qu'elles n'osent pas laisser voir par le conjoint. D'autres ont carrément signalé des changements positifs, qui pourraient s'expliquer par le grand apport du conjoint, au plan affectif.

En général, après les deux premières années ou à la fin des traitements, les patientes reprennent une vie normale. Cependant, sur le plan psychologique, elles ne sont plus

tout à fait les mêmes car, outre les effets indélébiles de la chirurgie, elles vivent désormais avec une épée de Damoclès sur la tête : la récidive et son corollaire, la mort.

La survenue d'un cancer du sein représente un tournant important, dans la vie des femmes atteintes, en raison de la gravité de cette maladie et du lien qui en est fait, avec l'idée de la mort imminente, de la souffrance et de tout le cortège des symptômes qui l'accompagnent, tels que l'anxiété et la dépression. Cela, outre la blessure narcissique liée à la perte d'un organe représentant, par excellence, un symbole de féminité, d'autant que la maladie survient à un moment où les femmes sont encore sexuellement très actives.
Elle marque aussi le début d'un parcours long et périlleux, les transportant du monde de personnes saines à celui de malades, les faisant entrer dans les dédales des examens médicaux et des traitements et les mettant face à la problématique de la perte d'un membre, ô combien important, pour elles, tant sur le plan psychologique que relationnel.

Au-delà de toutes les conséquences du cancer du sein, pour les femmes qui en sont atteintes, l'intervention chirurgicale, bien que thérapeutique, a des effets significatifs sur la vie psychologique, relationnelle et sociale des patientes et sur leur qualité de vie après traitement.

L'objet de notre recherche est d'étudier les aspects du fonctionnement psychologique et la qualité de vie des femmes ayant subi une mastectomie seule comparativement à celles ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire, et ce, au moins un an après la fin des traitements.

Dans ce contexte, notre intérêt s'est porté sur les changements induits, chez les patientes, dans chaque situation, en termes d'image corporelle et de perception de soi, de vie relationnelle et sexuelle.

Partant de là, nous nous sommes posé, à ce sujet, les questions suivantes :

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

- Est-ce que la reconstruction mammaire, en tant que chirurgie réparatrice, améliore le fonctionnement psychologique et la qualité de vie des patientes ?
- À quel type de fonctionnement psychologique les différents cas de figure sont-ils le plus corrélés ?

Nous avons tenté, dans cette recherche, d'apporter des éléments de réponses à ces questionnements dans le but d'étudier la relation entre le type de chirurgie et la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein dans chaque cas et enfin, quelles sont les caractéristiques de leur fonctionnement psychologique.

Partant de là et, à la lumière de tout ce que nous avons avancé précédemment, nous formulons les hypothèses suivantes :

2- Hypothèses

2.1- Première hypothèse générale

La mastectomie affecte négativement certains aspects du fonctionnement psychologique ainsi que la qualité de vie des patientes, notamment en termes d'image corporelle et de perception de soi, de vie sexuelle ainsi qu'au niveau des relations interpersonnelles et sociales.

Hypothèses opérationnelles

- Nous nous attendons à la mise en évidence d'une altération dans les dimensions perception de soi et perception des relations, au test de Rorschach SI, de même que nous prévoyons des scores bas des dimensions image du corps et capacité à maintenir les relations sociales aux échelles de qualité de vie.
- Nous escomptons une congruence entre les résultats du RSI et ceux des échelles de qualité de vie, dans le Groupe mastectomie (MC).

2.2- Deuxième hypothèse générale

La reconstruction mammaire pourrait être considérée comme une compensation ou une récupération du sein perdu, avec une image corporelle positive et permettrait ainsi d'améliorer la qualité de vie des patientes dans ses différents aspects.

Hypothèses opérationnelles

- Nous nous attendons à la mise en évidence d'un meilleur résultat concernant la perception de soi et la perception des relations au RSI et de meilleurs scores des dimensions image du corps et capacité à maintenir les relations sociales aux échelles de qualité de vie.
- Nous escomptons une congruence entre les résultats du RSI et celles des échelles de qualité de vie, dans le groupe reconstruction mammaire.

2.3- Troisième hypothèse générale

La maladie cancéreuse va impacter négativement l'état émotionnel des patientes, abstraction faite du type de chirurgie, puisqu'elles sont confrontées aux mêmes craintes et préoccupations, telles que la peur de la récidive, la souffrance et la mort.

Hypothèses opérationnelles

- Nous nous attendons à la mise en évidence de difficultés émotionnelles, qui seraient en lien avec les répercussions psychologique de la maladie cancéreuse, sans différences notables entre les patientes ayant eu une mastectomie seule et celles ayant bénéficiées d'une reconstruction mammaire.
- Nous escomptons une congruence entre les résultats du RSI et ceux des échelles de qualité de vie, aussi bien dans le Groupe mastectomie que dans le groupe de reconstruction mammaire.

CHAPITRE 1

ASPECTS MEDICO-CHIRURGICAUX

DU CANCER DU SEIN

Nous sommes tous cancer-nés

Pr. A. Bendib

CHAPITRE 1. ASPECTS MEDICO-CHIRURGICAUX DU CANCER DU SEIN

Le cancer constitue aujourd'hui un des grands problèmes de santé publique car il touche un nombre de plus en plus important de personnes sans distinction, d'âge, de sexe et de catégorie sociale. Il peut être défini comme une prolifération anarchique de cellules à partir d'une cellule normale, formant un nodule ou une masse, la tumeur cancéreuse ou maligne, qui va peu à peu toucher les tissus avoisinant avant de se propager dans l'ensemble de l'organisme.

Nous présenterons dans ce chapitre, l'histoire du cancer et la carcinogenèse, puis nous aborderons, plus spécifiquement, le cancer du sein, avec un aperçu sur l'anatomie du sein, les causalités et les facteurs de risque du cancer du sein, le diagnostic et les classifications ainsi que les traitements, notamment le traitement chirurgical et la reconstruction mammaire comme chirurgie réparatrice.

1- Définition et Historique

Selon l'OMS, le mot cancer «est un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases».

L'existence du cancer remonte à la préhistoire, cela a été démontré par une équipe américano-croate qui a découvert une tumeur osseuse sur un fossile d'un homme du Neandertal, datant d'environ 120.000 ans (Monge et al., cités dans Septans, 2014).

Mais le mot cancer est, en vérité, très ancien. C'est, en effet, à Hippocrate (460-370 av. J.-C.), père de la médecine grecque , que revient le mérite d'avoir, pour la première fois, parlé du cancer, le désignant sous la dénomination de « karkinos » qui veut dire écrevisse, assimilant les prolongements des tumeurs à « des *veines étendues de tous côtés, de même que le crabe a des pieds »* (cité dans Hamelin-Brelet, 2012, p. 20) ; « il vaut mieux ne pas traiter ceux qui ont des cancers occultes. Les malades meurent

bientôt s'ils sont traités, s'ils ne le sont pas, ils vivent plus longtemps» dit-il (cité dans Septans, 2014, p. 6).

Le médecin Romain Celsus (28 av. J.-C. - 50 ap. J.-C.) utilisa le mot latin «carcinos» signifiant crabe, écrevisse, en raison de la forme arrondie de certaines lésions cancéreuses et leurs ramifications que forment les veines qui les entourent et s'accrochent à l'organe et ne le lâchent pas, évoquant la forme d'un crabe (Schraub, 2007).

Plus tard, il introduisit le mot grec « carcinoma », ce dernier désignant les « lésions pré-malignes et malignes de type plutôt superficiel », alors que le premier fait référence à « des ulcères d'allure maligne avec pénétration profonde ». Cet auteur utilisa également le mot grec « cacoethes » pour désigner les tumeurs de stade précoce, difficiles à distinguer du carcinome, de « cacos » qui signifie « mauvais, sale ». Le mot « oncos » fut, par la suite, introduit par Galien (130 – 200 ap. J.-C.), pour désigner les tumeurs malignes qui seraient, selon lui, dues à un excès de bile noire qui se solidifiait dans certaines parties du corps et qu'on tentait de dissoudre par l'administration de purge avant de passer à leur excision (Hamelin-Brelet, 2012).

Les progrès anatomo-cliniques, réalisés au XIXème siècle, ont permis une définition clinique et histologique du cancer et les progrès dans le domaine de l'anesthésie, de l'asepsie et de l'antisepsie ont permis la réalisation, à la fin du XIXème siècle, aux Etats-Unis, de la première chirurgie carcinologique du sein (mastectomie). Le premier quart du XXème siècle connaîtra l'essor de la radiothérapie avec le radium et les tubes à rayons X, grâce auxquels des cas de guérisons ont été observés (Schraub, 2007).

Le développement des connaissances anatomiques, grâce à la réalisation d'autopsies, a permis des avancées importantes dans le traitement des cancers.
Bien plus tard, le rôle du système lymphatique dans l'évolution de cette maladie, a été mis en évidence, d'où l'introduction de la résection des ganglions lymphatiques locorégionaux dans la chirurgie carcinologique. Cela a été corroboré par la « théorie des humeurs » de Galien qui explique l'extension des tumeurs débutant localement vers les ganglions lymphatiques, au travers des canaux lymphatiques, ce qui explique

les localisations secondaires telles, par exemple, la migration des cellules cancéreuses du sein vers les poumons. C'est ainsi que dans la chirurgie du sein, le curage axillaire est systématiquement effectué, car l'envahissement des ganglions lymphatiques est aussi un indicateurs de gravité du cancer.
Le développement de la chimiothérapie, utilisant des drogues destinées à tuer les cellules cancéreuses, a permis une grande progression des thérapies oncologiques, qui continuent d'évoluer avec l'apparition de nouvelles thérapeutiques, telles que l'hormonothérapie, l'immunothérapie, la curiethérapie, les greffes de moelle, etc.

2- Carcinogenèse

La carcinogenèse désigne le mécanisme par lequel un tissu normal se transforme en tissu cancéreux.

La néoplasie est le fait d'une prolifération anarchique des cellules, n'obéissant pas aux lois de l'homéostasie, ce qui pousse l'organisme à poursuivre cette opération de multiplication cellulaire, même après la disparition des facteurs l'ayant déclenchée (Yaker, 1984).

Les cellules cancéreuses peuvent passer, à travers le système lymphatique ou dans le sang et toucher les tissus avoisinants, on parle alors d'extension locorégionale, de même qu'elles peuvent migrer vers d'autres organes formant des métastases. En l'absence de traitement, elles peuvent évoluer de façon fulgurante et conduire, inéluctablement à la mort (Khayat, 2005).

Toutefois, ce ne sont pas toutes les tumeurs qui évoluent vers un cancer. Selon M. Tubiana (1991), la manifestation clinique d'un cancer peut prendre une cinquantaine d'années, à partir de sa constitution. L'apparition de la maladie se fait par la transformation d'une des cellules précancéreuses en cellules cancéreuses et, dit-il, grâce aux capacités défensives de l'organisme, seulement une cellule sur six va se modifier. On ne parle, en effet, de cancer que si la tumeur poursuit son évolution. Elle est, au départ, localisée, constituant ce que l'on appelle un cancer in situ qui, par la suite, continue de grossir au détriment des tissus avoisinants, puis les cellules

cancéreuses migrent à travers le sang et le système lymphatiques vers d'autres parties de l'organisme formant des métastases, le cancer se généralise et devient alors invasif.

La cellule cancéreuse se nourrit et se développe grâce à la formation de petits vaisseaux sanguins, autour de la tumeur, ce phénomène est appelé l'angiogenèse tumorale ou néo-angiogenèse.

3- Le cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus répandu et constitue la principale cause de décès par le cancer, chez la femme, aussi bien dans le monde qu'en Algérie.

Ainsi, dans une déclaration au journal El Watan du 22 septembre 2013, le professeur Kamel Bouzid, chef de service d'oncologie médicale au centre «Pierre et Marie Curie» d'Alger, déclarait que la prévalence du cancer du sein était, en Algérie, pour cette année-là, de 80 pour 100.000 femmes alors qu'il ne représentait que 20 cas, vingt ans plus tôt. Ces chiffres sont en hausse constante et il est prévu, d'ici 2020, d'atteindre une prévalence de 100 à 110 cas pour 100.000 femmes, d'où l'importance du dépistage précoce du cancer du sein, en vue d'en améliorer le pronostic par sa prise en charge dès les premiers stades (Ouandelous, 2014).

3.1- L'anatomie du sein

Le sein comprend une glande mammaire, répartie en 15 à 20 lobes, formant des compartiments séparés par du tissu adipeux (graisse) et composés de lobules. Ces lobules ont pour rôle de fabriquer le lait maternel qui passe à travers les canaux vers le mamelon (Figure 1).

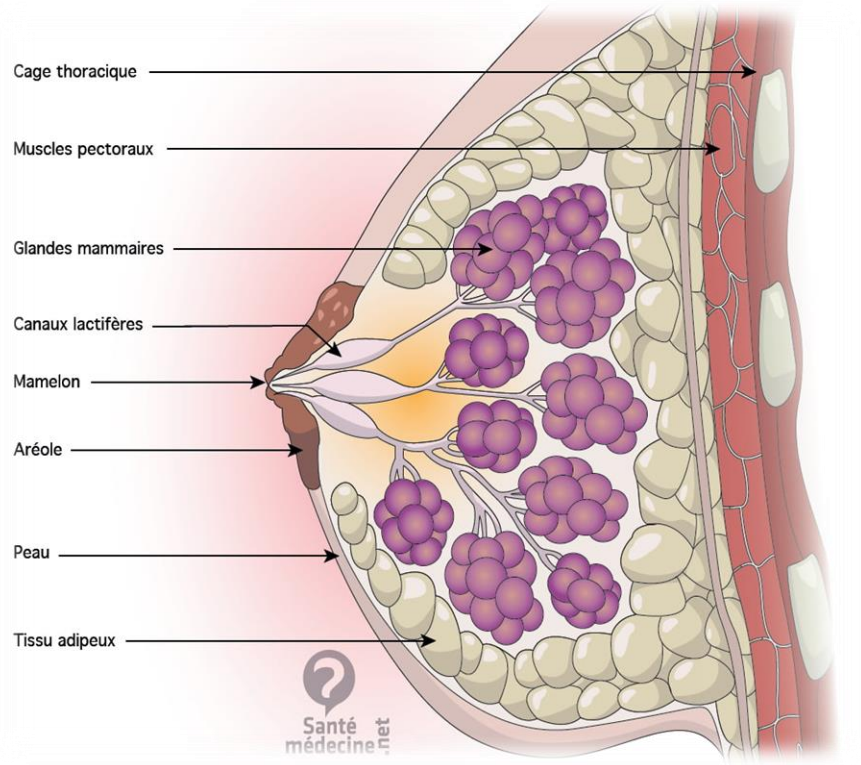


FIGURE 1 : Schéma du sein chez la femme

Santé médecine. net

https://www.google.dz/search?q=anatomie du sein images & tbm

Deux hormones sexuelles président au développement et au fonctionnement du sein : les œstrogènes et la progestérone.

Le sein est également traversé par un système lymphatique, comprenant des vaisseaux sanguins et des chaines de ganglions lymphatiques, dont l'une des fonctions est de protéger l'organisme contre les infections. Les principaux ganglions lymphatiques sont : les ganglions axillaires, situés au niveau de l'aisselle, les ganglions sus et sous claviculaires, situés respectivement au-dessus et en dessous de la clavicule et, les ganglions ou la chaine mammaire interne, comprenant les ganglions de la région intra-thoracique ou autour du sternum (figure 2).

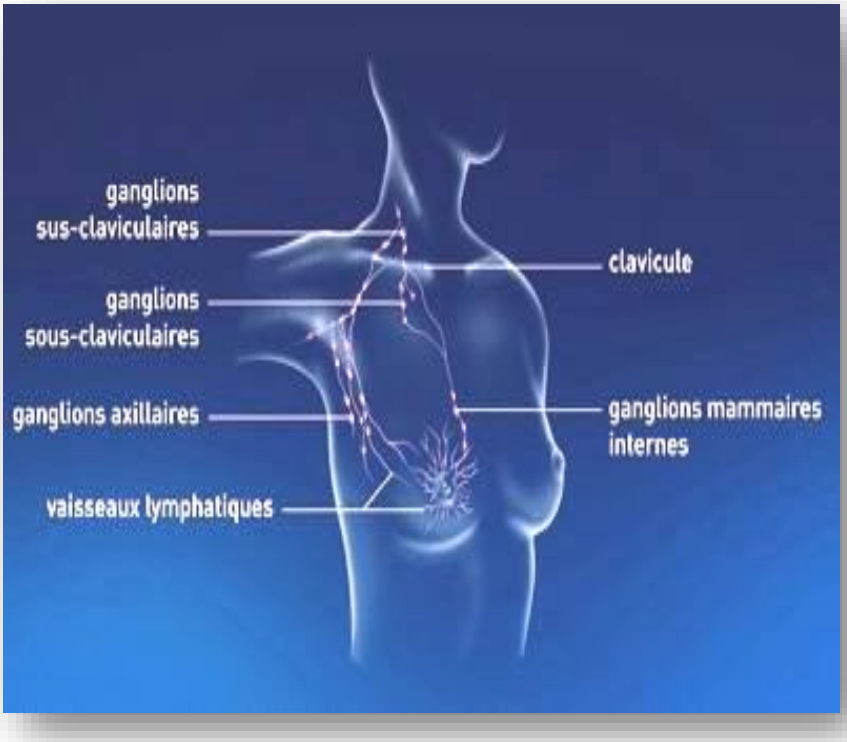


FIGURE 2 : ganglions lymphatiques

Institut National Du Cancer, ganglions-lymphatiques-web-ok
https://www.google.dz/search?q=ganglions lymphatiques sein images & tbm

Le cancer du sein se développe, généralement, au niveau de la glande mammaire, à partir des canaux galactophores (carcinome canalaire) ou des lobules (carcinome lobulaire) et peut s'étendre aux ganglions lymphatiques ou essaimer à distance, formant des métastases.

3.2- Les facteurs de risque du cancer du sein

Le sexe constitue l'un des premiers facteurs de risque du cancer du sein, ce dernier touchant principalement les femmes, puisque seulement 1% des hommes peuvent en être affectés.

L'âge est aussi un facteur important, le cancer du sein, dont l'incidence augmente régulièrement à partir de 30 ans, survient, dans 75% des cas, à partir de la cinquantaine.

L'importance du facteur génétique n'est pas des moindres, les cancers génétiques représentant environ 20% des cas. De même, le gêne de prédisposition BRCA1 ou BRCA2, incriminé dans 10% des cancers du sein est considéré comme un facteur de risque vital, dans 50 à 85% des cas et sa transmission peut être matri ou patrilinéaire. La recherche de ce gène est d'ailleurs effectuée quasi-systématiquement chez les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein, dans le cadre des consultations d'oncogénétique.

Le facteur hormonal est non moins important. Aussi, les règles précoces, la ménopause tardive et le traitement hormonal substitutif, la pauci parité et la multiparité (6 enfants et plus), la première grossesse tardive et l'absence d'allaitement, ainsi que les traitements hormonaux prolongés ou la contraception orale et la surcharge pondérale après la ménopause, sont autant de facteurs de risque de cancer du sein.

À cela viennent s'ajouter les facteurs nutritionnels et environnementaux tels que l'exposition répétée aux rayons X, la consommation excessive d'alcool, de sucres et de graisses d'origine animale, l'obésité, le diabète et l'exposition aux pesticides.

Il est à noter, cependant, que même en présence d'un ou plusieurs de ces facteurs, il est possible que cette pathologie ne survienne pas, de même qu'elle peut apparaître chez une femme ne possédant aucun de ces facteurs.

3.3- Les types de cancer du sein

Il existe plusieurs types de cancer du sein dont, principalement, le cancer non infiltrant ou in situ, le cancer infiltrant, le cancer inflammatoire et la maladie du mamelon ou maladie de Paget.

Le cancer du sein in situ ou non infiltrant, souvent infra-clinique, est un cancer qui reste confiné au niveau des canaux galactophores, c'est le carcinome canalaire in situ CCIS), ou au niveau des lobules du sein, c'est le carcinome lobulaire in situ (CLIS). Ce type de cancer est dit cancer du sein au stade 0 et il est de très bon pronostic, voire curable.

Le carcinome canalaire infiltrant (CCI) ou adénocarcinome canalaire est très courant, puisqu'il représente 80 % des cancers du sein infiltrants. Il se forme au niveau des canaux et s'étend vers les tissus voisins. Il touche souvent les ganglions lymphatiques, y formant des métastases qui peuvent envahir, dans un deuxième temps, d'autres parties du corps.

Un autre type de cancer infiltrant est **le carcinome lobulaire (CLI),** qui représente environ 10 % des cas de cancer du sein infiltrant. Il se forme dans la glande mammaire et envahit le tissu mammaire avoisinant. Il peut aussi métastaser au niveau des ganglions lymphatiques et migrer vers d'autres organes.

Le cancer du sein inflammatoire (CSI) ou mastite carcinomateuse est un cancer plutôt rare. Il représente environ 1 à 3 % des cancers du sein et touche principalement la femme jeune. Il se forme au niveau des canaux galactophores du sein et se propage aux vaisseaux lymphatiques. Il est souvent difficile à diagnostiques et plutôt, de mauvais pronostic car plus agressif et à haut risque de propagation.

La maladie de Paget du mamelon se développe dans et autour du mamelon. C'est un cancer assez peu courant, qui représente moins de 5 % des cancers du sein et survient le plus souvent après 50 ans.

3.4- Le diagnostic du cancer du sein

Trois éléments doivent concorder pour poser un diagnostic de cancer du sein. Il s'agit du trépied, comprenant :

- un examen clinique consistant en la palpation des seins effectuée par un médecin spécialisé ;
- un examen radiologique comprenant une mammographie des deux seins, qui constitue le premier examen, après l'examen clinique, en sénologie, qui permet de détecter les anomalies du sein, supérieurs ou égales à 2 ou 3 millimètres. Cet examen est souvent complété par une échographie mammaire, une IRM

(imagerie par résonance magnétique) ou un scanner peut, dans certains cas, être également réalisée en cas d'image suspecte ;

- une cytoponction, celle-ci garde toute sa valeur pour les adénopathies axillaires ;
- aujourd'hui, il est fait recours, en outre, à la microbiopsie qui contribue au diagnostic histologique, en préopératoire, avec une spécificité et une sensibilité dans plus de 95% des cas ;

Une fois le diagnostic établi, il est procédé à la classification de la tumeur.

3.5- Les classifications des cancers du sein

Le processus de formation d'un cancer du sein s'étale sur plusieurs années, passant par plusieurs phases à savoir :

- l'hyperplasie, caractérisée par une multiplication accélérée des cellules,
- la dysplasie, qui se distingue par la taille et l'orientation anormales des cellules,
- les cancers in situ, marqués par la présence d'une tumeur encore confinée à l'intérieur de la membrane basale,
- les cancers infiltrants où les cellules cancéreuses ont franchi la membrane basale, avec un risque d'envahissement vasculaire ou lymphatique et,
- les cancers métastatiques, caractérisés par un essaimage des cellules par les voies sanguine et lymphatique dans d'autres organes (Weinberg, 1996, cité dans Segrestan-Crouzet, 2010).

Il existe plusieurs types histologiques des cancers du sein, dont la classification détermine le choix des protocoles thérapeutiques.

En tête de ces cancers, nous retrouvons les adénocarcinomes, appelés carcinomes canalaires, car ils se développent dans la glande mammaire, à partir des cellules des canaux, et carcinomes lobulaires, se développant à partir des lobules.

Dans les cancers canalaires, nous pouvons distinguer les carcinomes intracanalaires non infiltrants, ou lobulaires in situ. Ils sont considérés comme des états précancéreux, car les cellules cancéreuses n'ont pas franchi la membrane des canaux ou des lobules. Le type intracanalaires évolue systématiquement vers l'invasion tandis que le lobulaire ne s'étend que dans environ 30% des cas.

Les cancers sont dit infiltrants si les cellules malignes ont franchi la membrane canalaire ou lobulaire, pour atteindre les tissus conjonctifs. Ils comportent le risque de donner des métastases, qui sont soit locorégionales, par l'atteinte des ganglions de la chaîne mammaire axillaire, qui est le siège des toutes premières atteintes métastatiques, suivie de la chaine mammaire interne et des ganglions sus claviculaires, ou générales par des localisations secondaires à distance du sein, les cellules cancéreuses migrant à travers les vaisseaux lymphatiques ou sanguins, vers les os, les poumons, le foie et le cerveau.

Il existe plusieurs types de classifications des cancers du sein que nous citerons ci-après :

3.5.1- La classification TNM

C'est une classification clinique descriptive, qui permet de définir le stade de la tumeur, tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1. Classification TNM des cancers du sein

T : taille tumorale	**N : atteinte ganglionnaire**	**M : métastases**
T1 : < 2 cm	N0 : pas d'adénopathies ganglionnaires	M0 : absence de métastases
T2 : entre 2 et 4 cm	N1 : adénopathies axillaires homolatérales mobiles	M1 : présence de métastases
T3 : > 4 cm	N2 : adénopathies axillaires homolatérales fixes	
T4 : extension aux tissus voisins (os, parties molles, muscle)	N3 : adénopathies sus-claviculaires et sous-claviculaires	

3.5.2– La classification SBR

Cette deuxième classification est histologique, c'est la classification de Scarff-Bloom et Richardson, appelée classification SBR, qui permet de déterminer le degré d'agressivité du cancer du sein. Elle est basée sur la nature de la cellule cancéreuse, par l'évaluation des trois critères décrivant la cellule, du point de vue microscopique, à savoir : la formation de tubes glandulaires, l'anisocaryose et l'activité mitotique. Trois grades sont ainsi définis, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 2. Classification de Scarff-Bloom et Richardson

Grade I	tumeur de bas grade, bien différenciée, se développant lentement et ne risquant pas de se propager.
Grade II	tumeur de grade intermédiaire, modérément différenciée.
Grade III	tumeur de haut grade, peu différenciée ou indifférenciée, se développant rapidement et susceptible de se propager.

Selon cette classification, les cellules cancéreuses bien différenciées sont assez proches des cellules normales et se développent lentement. Il s'agit là, de cancers de bon pronostic. Les cellules cancéreuses, peu différenciées ou indifférenciées, se retrouvent dans les cancers à développement rapide.

A la classification TNM, on associe aujourd'hui une classification moléculaire, qui permet de reconnaître 4 types de tumeurs du sein, en fonction de leur agressivité biologique : le luminal A, le luminal B, le basal like, Her2 score 3.

Certains cancers du sein sont hormonodépendants, ce qui objectivé, par une surexpression du récepteur Her2, cela indique la présence des récepteurs hormonaux aux estrogènes ou aux progestatifs. Les cellules présentent, dans ce cas, une certaine sensibilité à l'action hormonale ou antihormonale de certains médicaments.

Pour le pronostic du cancer du sein, il y a lieu de noter qu'il est bon, en dehors des formes localement avancées et inflammatoires.

L’atteinte ganglionnaire axillaire est un facteur pronostique des plus importants, en sachant que plus le nombre de ganglion atteints est grand, plus le pronostic est mauvais, le seuil pronostic étant de trois ganglions envahis et plus.

Certains types de cancer, tels que les carcinomes mucineux, tubuleux, médullaire, adénoïde kystique ou papillaire, toutefois, assez rares, sont considérés comme étant de pronostic plutôt favorable. Il n’est, cependant, pas rare de voir un cancer de bon pronostic évoluer de façon défavorable, comme il a été observé des durées de survie assez longues, dans certains cas de cancers de mauvais pronostic.

4- Les traitements du cancer du sein

Pris à temps, le cancer du sein peut être traité avec succès et peut se solder par la guérison. À cet effet, plusieurs types de traitement sont associés à savoir, au minimum, la chirurgie, le plus souvent, complétée par des traitements dits « adjuvants », destinés à la prévention de la rechute, il s’agit de traitements généraux tels que la chimiothérapie, l’hormonothérapie et les thérapies ciblées et d’un traitement locorégional, la radiothérapie.

4.1- La chimiothérapie

La chimiothérapie est un traitement général et systémique, qui agit sur l’organisme, dans sa totalité et détruit les cellules cancéreuses, quelle que soit leur localisation mais, elle a cet inconvénient de s’attaquer, en même temps qu’aux cellules cancéreuses, à l’ensemble des tissus sains, avec des effets toxiques, notamment sur la fonction cardiaque, ce qui nécessite des intervalles de trois à quatre semaines entre les cures, pour permettre aux tissus sains de se régénérer.

Il s’agit d’un traitement agressif, avec des effets secondaires souvent difficiles à supporter (nausées et vomissements, alopécie, aplasie médullaire, affaiblissement, perte d’appétit, changement de teint…), mais ces effets s’estompent dès l’arrêt de la chimiothérapie.

La chimiothérapie peut être à visée curative ou adjuvante, dans le but de prévenir les rechutes, de même que la diffusion des produits dans tout l'organisme permet de détruire d'éventuelles cellules tumorales restantes. La chimiothérapie palliative est destinée à freiner l'évolution des métastases, elle est utilisée, le plus souvent, après la chirurgie, mais elle peut être prescrite avant la chirurgie, dans certains cas.

4.2- La thérapie ciblée

C'est un traitement général, prescrit en complément des autres traitements et qui permet également de réduire le risque de métastases et de prévenir la rechute.

4.2.1- L'hormonothérapie

L'hormonothérapie est destinée à bloquer les effets des œstrogènes, afin d'empêcher la prolifération des cellules tumorales et de diminuer ainsi les risques de rechute et de métastases, elle permet donc d'en contrôler l'évolution et peut avoir une action curative sur les cancers du sein hormonodépendants. Son action consiste à bloquer la sécrétion d'hormones sexuelles ou le site récepteur au niveau de la cellule, ayant ainsi pour effet de ralentir ou de stopper l'évolution de la tumeur. Elle est utilisée, dans certains cas, pour diminuer la taille de la tumeur, pour pouvoir réaliser un traitement conservateur, mais elle est aussi, souvent utilisée en phase postopératoire, comme traitement adjuvant.

L'action de l'hormonothérapie, qui est médicamenteuse, est efficace pour près des deux tiers des cancers hormonodépendants, mais elle agit aussi sur les cancers non hormonodépendants dans environ 10% des cas.

4.2.2- L'immunothérapie

Moins agressive que la chimiothérapie, cette approche thérapeutique, relativement récente, représente un nouvel espoir, dans le traitement des cancers du sein. Elle est utilisée comme un vaccin qui stimule l'action du système immunitaire contre la tumeur, car elle lui permet de reconnaître les cellules cancéreuses et de les combattre.

Elle cible les tumeurs agressives qui touchent les femmes jeunes ; elle agit, notamment sur les cancers à un stade avancé, avec métastases, résistants à la chimiothérapie, pour lesquels des réponses cliniques durables ont été observées.

L'immunothérapie ne constitue, à l'heure actuelle, pas le traitement principal des cancers du sein, mais son action est aujourd'hui reconnue dans l'éradication des tumeurs.

4.3- La radiothérapie

C'est un traitement locorégional, utilisé en complément de la chirurgie et qui permet d'en consolider les effets par l'utilisation des rayonnements ionisants (photons et/ou électrons), destinés à agir sur les brins d'ADN du noyau, pour réduire le risque de rechute locale et/ou régionale du cancer du sein. Elle est appliquée sur le sein concerné, en cas de traitement conservateur ou sur la paroi, en cas d'ablation totale du sein et sert à détruire les éventuelles cellules cancéreuses grâce aux irradiations délivrées.

La radiothérapie peut, dans de rares cas être utilisée de façon exclusive, lorsque la chirurgie est contre-indiquée.

Le traitement par radiothérapie se déroule en plusieurs étapes et dure, généralement, cinq à huit semaines, à raison d'une séance quotidienne, pendant quatre à cinq jours par semaine.

La radiothérapie n'est pas sans effets secondaires, qui se manifestent par des douleurs au niveau de la zone irradiée, une rougeur de la peau, un œdème du sein, la perte de la souplesse de la peau, une fatigue … Ces derniers, d'une durabilité variable, surviennent, le plus souvent, après la fin du traitement.

4.4- La curiethérapie

La curiethérapie est une technique thérapeutique particulière de radiothérapie, qui se caractérise par une irradiation mammaire hyperlocalisée, grâce à la mise en place de cathéters à l'intérieur ou à proximité du lit tumoral initial (zone de tumorectomie), pour y introduire, à l'aide d'implants radioactifs une dose optimale de radiothérapie.

Comme les irradiations, destinées à détruire les cellules cancéreuses, ont tendance à endommager, en même temps, les tissus sains, cette technique a l'avantage, d'en limiter les effets aux parties atteintes par la tumeur. Elle est, de ce fait, moins toxique et plus efficace.

Cette technique est indiquée comme complément d'irradiation après radiothérapie externe, de même qu'elle est utilisée dans le traitement conservateur radiochirurgical des rechutes locales homolatérales.

4.5- La chirurgie

La chirurgie reste le traitement privilégié du cancer du sein localisé. Elle peut être, en fonction de la localisation et/ou de la taille de la tumeur, conservatrice (tumorectomie), consistant en l'ablation de la tumeur ou d'une partie du sein, ou radicale (mastectomie) consistant en l'ablation de la totalité du sein. Une reconstruction du sein peut être proposée, soit en phase postopératoire immédiate, ou à distance de l'intervention. Un curage axillaire, consistant en l'ablation des ganglions situés à proximité du sein opéré, est souvent réalisé.

4.5.1- La chirurgie conservatrice

La chirurgie conservatrice est proposée lorsque la tumeur est de petite taille (inférieure à 3 cm) et située à distance de la région aréolo-mamelonnaire, elle comprend la tumorectomie » qui consiste en l'exérèse de la tumeur, la tumorectomie large, dans laquelle l'exérèse s'étend aux tissus avoisinant la tumeur, la mastectomie partielle, qui consiste en l'ablation d'une partie du sein ou la quadrantectomie, dans laquelle

l’ablation concerne le quadrant du sein où la tumeur est localisée. Elle est quasi-obligatoirement suivie d’une radiothérapie immédiatement après la chirurgie.

En cas de traitement conservateur, un curage axillaire est réalisé au niveau de la partie inférieure de la chaîne ganglionnaire. Il est soumis à un examen anatomopathologique extemporané. Si cet examen est positif, le curage est alors étendu aux étages supérieurs de la chaîne ganglionnaire mammaire.

4.5.2- La mastectomie

Elle est indiquée dans le cas de tumeurs plus volumineuses ou de bi ou multifocalité. C'est une chirurgie radicale qui consiste en l'ablation de la totalité du sein, associée à un curage axillaire complet.

4.5.3- Le curage axillaire

Il s'agit de l'ablation de la chaîne ganglionnaire située dans le creux axillaire, afin d'en effectuer une analyse, à la recherche d'éventuelles atteintes ganglionnaires, ce qui va déterminer le type de traitement complémentaire, après l'intervention.

Dans le cas de tumeurs de petite taille, de moins de 2cm, le risque d'envahissement ganglionnaire étant réduit, il est fait recours à la technique du ganglion sentinelle qui consiste en l'extraction, avant l'ablation, d'un ou deux ganglions de la région axillaire homolatérale, qui sont analysés pour évaluer l'intérêt ou non d'effectuer le curage axillaire.

Le curage axillaire entraîne des perturbations, dans la circulation lymphatique au niveau du bras homolatérale, pouvant avoir des effets désagréables, voire, invalidants, tels qu'un œdème, des douleurs ou des difficultés dans la mobilité du bras, si certaines précautions ne sont pas prises (éviter l'exposition à la chaleur, aux piqûres etc.). Une rééducation postopératoire, consistant en des exercices physiques, va permettre de réduire, voire, de prévenir les effets du curage axillaire et de redonner au bras, ainsi qu'à l'épaule, leur souplesse et d'en atténuer la douleur.

4.5.4- La reconstruction mammaire

Elle est généralement effectuée après la mastectomie, mais elle peut être proposée après un traitement conservateur (tumorectomie large, mastectomie partielle ou quadrantectomie). C'est une chirurgie réparatrice, sans aucun impact sur la survie, qui vise à redonner à la patiente une poitrine assez semblable à sa poitrine initiale et à atténuer les effets psychologiques de la mastectomie.

4.5.4.1- Les indications et les contre-indications de la reconstruction mammaire

La reconstruction mammaire est proposée, quasi systématiquement, à toutes les femmes nécessitant une mastectomie et ce, dès l'annonce de cette dernière et, il leur est laissé toute la latitude de faire le choix de se faire reconstruire ou pas.

La quasi-totalité des patientes peut être candidate à une reconstruction et ce, quel que soient leur âge, le type de protocole thérapeutique auquel elles ont été soumises, ou le délai qui les sépare de la mastectomie.

La reconstruction peut être immédiate ou différée. En effet, en l'absence d'indication de radiothérapie sur la paroi, celle-ci peut être réalisée en même temps que la mastectomie.

Elle est effectuée à distance de la mastectomie (différée), soit parce que la patiente choisit d'attendre un certain temps, avant de prendre sa décision ou alors, et c'est souvent le cas, si des traitements complémentaires, par radiothérapie, notamment, sont nécessaires. Dans ce cas, un délai minimum d'un an doit être respecté avant de la réaliser. Des antécédents de surpoids, d'hypertension artérielle ou de tabagisme nécessitant une correction, sont également des motifs pouvant justifier une reconstruction différée.

En tout état de cause, il est préférable que la reconstruction différée soit effectuée, seulement une fois que la patiente a fait le deuil de son sein perdu et qu'elle ne nourrit plus l'espoir de le retrouver, à travers cette reconstruction.

Quant aux contre-indications de la reconstruction mammaire, elles résident, essentiellement, dans la présence de lésions évolutives ou de métastases.

La plupart des contre-indications sont, plutôt, d'ordre psychologique et peuvent être levées. Aussi une évaluation de l'état psychologique de la patiente, avant l'intervention est indispensable. Un accompagnement psychologique ou psychothérapeutique peut s'avérer nécessaire. Dans le cas contraire, le risque de non satisfaction, même si le résultat esthétique et bon, et de souffrance psychologique demeure entier.

4.5.4.2- Les motivations des patientes pour la reconstruction mammaire

Plusieurs raisons sont évoquées par les femmes désireuses d'une reconstruction mammaire (Hassas Boumghar, 2013), on peut en citer, entre autres :

- Le désir de réparer son image du corps, souvent altérée par la mastectomie et de combler le vide laissé par le sein perdu en récupérant un nouveau sein,
- Le désir d'être plus à l'aise dans son corps et de retrouver la liberté de se vêtir sans contraintes,
- L'envie d'une réhabilitation, par rapport au regard des autres qui est, parfois vécu comme une agression,
- L'envie d'échapper au vide laissé par la mastectomie, vécu comme un témoin de son cancer du sein.

4.5.4.3- Les types de reconstruction mammaire

Deux méthodes peuvent être utilisées, selon les cas, pour reconstruire le galbe du sein, à savoir, la mise en place d'un implant mammaire ou prothèse interne ou une reconstruction par lambeau ou autologue.

a- La reconstruction par prothèse interne s'effectue par l'introduction d'une prothèse de gel de silicone ou de sérum physiologique sous la paroi thoracique, par la cicatrice de la chirurgie mammaire et ne laisse donc pas de cicatrice supplémentaire.

L'inconvénient majeur de la reconstruction par implant est qu'elle reste figée, de même qu'il existe un risque, certes mineur, de développer un lymphome anaplasique à grande cellules au niveau du sein.

Par ailleurs, certaines complications, à distance, peuvent apparaître telles qu'une fibrose, formant une coque qui arrondit le sein et le rend douloureux.

On peut observer également un suintement ou une rupture de la prothèse ou alors un déplacement de celle-ci.

b- La reconstruction par lambeau ou autogène utilise les propres tissus de la patiente, par le prélèvement d'un lambeau du muscle grand dorsal, le lambeau du muscle grand droit de l'abdomen, ou encore un lambeau de peau et de graisse se trouvant au niveau de l'abdomen.

Ce type de reconstruction assure un résultat esthétique relativement satisfaisant, de même qu'une plus grande souplesse du sein, mais il présente certains inconvénients, tels que la durée plus longue de l'intervention et un délai d'attente de plus d'une année pour l'obtention d'un résultat satisfaisant. De plus, elle se fait au prix d'une nouvelle cicatrice dans la zone du prélèvement.

Un certain nombre de complication peut également être observé, telles que des infections, des hématomes, des lymphorrées au niveau de la zone de prélèvement, une nécrose du lambeau, une éventration, en plus des complications liées à l'implant, en cas d'utilisation d'une prothèse dans certains cas de reconstruction par lambeau du grand dorsal.

4.5.4.4- Les étapes de la reconstruction mammaire

La reconstruction mammaire se fait en deux ou trois temps, avec des intervalles allant de trois à six mois à chaque fois. Ceci dans le but d'harmoniser les deux seins, touchant le sein controlatéral, par la réduction de son volume ou la pose d'une prothèse pour l'augmenter, ainsi que la correction de la forme du sein reconstruit, même s'il est extrêmement difficile, voire impossible de rendre les deux seins identiques.

Dans un troisième temps, il s'agit de reconstruire la plaque aréolo-mamelonnaire soit par tatouage, soit par une greffe de peau prélevée dans une zone où la peau est plus foncée (intérieur de la cuisse, région génitale ou l'aréole ou le mamelon du sein controlatéral, voire même un prélèvement d'un fragment de peau du sein reconstruit).

4.5.4.5- Les complications de la reconstruction mammaire

Outre les risques liés à l'anesthésie, qui sont communs à toutes les interventions chirurgicales et qui dépendent des antécédents médico-chirurgicaux de chaque patiente, Une infection peut survenir, durant les toutes premières semaines postopératoires. En cas de prothèse mammaire interne, il sera nécessaire, si l'infection ne répond pas à la médication, de retirer la prothèse pour la remplacer par une reconstruction par lambeau.

Dans le cas d'une reconstruction par lambeau, une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire, bien que rares, peuvent également être observées.

L'on peut rencontrer aussi des cicatrices pathologiques ou disgracieuses, des phénomènes inflammatoires, des nécroses, des réactions allergiques à l'un des produits utilisés, des troubles de la sensibilité, des changements de la couleur de la peau, des hémorragies, des hématomes… avec un risque plus accru en cas de tabagisme.

Parmi les complications spécifiques à la reconstruction, on peut observer, tardivement, en cas de reconstruction avec prothèse, la formation d'une coque péri-prothétique, qui peut donner lieu à un sein douloureux, ce qui peut nécessiter une reprise chirurgicale. En cas de prothèse gonflable, le risque de dégonflement est fréquent, d'où le recours aux prothèses pré-remplies de gel de silicone.

Dans la reconstruction autologue utilisant le lambeau du grand dorsal, on observe souvent la formation d'un sérome dorsal, qui consiste en la création d'une poche de liquide dans le dos. Ce phénomène, certes sans conséquences, peut durer plusieurs mois avant de se résorber et peut nécessiter une ou plusieurs ponctions pour l'assécher. De même qu'un risque d'affaiblissement de la paroi abdominale, voire d'éventration peut être rencontré. Toutes ces complications posent, parfois, la nécessité d'une reprise chirurgicale.

4.5.4.6- Le risque de récidive après une reconstruction mammaire

La reconstruction mammaire ne comporte aucun risque de récidive du cancer du sein, mais ne peut l'empêcher si elle venait à survenir, de même qu'elle ne constitue aucune contre-indication ou quelconque gêne à d'éventuels traitements par chimiothérapie ou radiothérapie en cas de récidive. Dans de rares cas, la reconstruction mammaire peut être l'occasion de découverte d'une récidive locale ou, lors de la symétrisation, d'un cancer du sein controlatéral.

Souvent douloureuse en phase postopératoire, cette douleur pouvant durer de quelques jours à quelques semaines, la reconstruction mammaire entraine une fatigue qui peut nécessiter, selon les patientes, plusieurs semaines, voire, dans certains cas, plusieurs mois, avant que la patiente ne puisse reprendre une activité normale.

Le facteur psychologique, le soutien de l'entourage est, ici, très important, cela d'autant que le résultat morphologique et esthétique, ne peut être apprécié que relativement longtemps après la reconstruction. De même que la sensibilité du sein, même si elle peut être, progressivement, récupérée et met, pour cela, quelques années, nécessite une rééducation, car elle n'est jamais restaurée directement par l'intervention. (Ho Qoc, & Delay, 2012).

Enfin, il y a lieu de noter l'apport indéniable de la reconstruction mammaire à l'amélioration de la qualité de vie des patientes, sous réserve qu'elles y soient préalablement préparées, qu'elles puissent avoir accès à une bonne information par le chirurgien, qu'elles bénéficient d'un bon soutien social et d'un accompagnement psychologique, par des professionnels de la santé mentale, si nécessaire.

5- Le suivi

Une fois que tous les traitements sont achevés, des consultations de surveillance et de contrôle sont instituées, trimestrielles au début, puis semestrielles et enfin annuelles et ce, tout au long de la vie, dans le but de détecter, le plus précocement possible, toute

complication, récidive ou métastase, afin de mettre en place les traitements adaptés, le cas échéant.

Maurice Tubiana considère un cancer guéri, en l'absence de récidive, cinq après la fin des traitements. « Qu'il s'agisse d'un espoir, dit-il, d'une probabilité ou d'une certitude, les malades ont besoin que la guérison fasse partie du champ de leurs possibles» (Tubiana, 1991).

Ainsi, même si le cancer du sein demeure l'un des cancers féminins les plus meurtriers, il est admis, aujourd'hui, que c'est un cancer « guérissable » et l'on s'intéresse, de ce fait, de plus en plus, à la vie après le cancer ou la qualité de vie des femmes guéries ou en rémission d'un cancer du sein.

Les progrès réalisés dans les thérapeutiques de ce cancer et, en particulier, la chirurgie réparatrice vont donner aux femmes atteintes, la possibilité de reprise d'une vie « normale » et les réhabiliter sur les plans psychologique et social.

Il nous a semblé utile de consacrer tout un chapitre aux aspects médico-chirurgicaux du cancer du sein, afin de permettre une meilleure compréhension de cette maladie et de ses thérapeutiques, notamment, le traitement chirurgical tant curatif que réparateur, dont nous aborderons les aspects psychologiques au chapitre suivant et tout au long de ce travail.

CHAPITRE 2

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

DU CANCER DU SEIN

CHAPITRE 2. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DU CANCER DU SEIN

L'avènement de la maladie cancéreuse pose de multiples problèmes psychologiques au malade, à la famille, aux soignants. C'est une épreuve existentielle qui bouleverse la vie du patient dans tous ses aspects : la représentation de soi et le rapport au corps, les relations au sein de la famille (conjoint, enfant, autres membres de la famille), milieu professionnel, vie sociale et surtout, le rapport à la vie et à la mort (Heron, 2000).

L'équation cancer-mort est encore fortement présente dans l'esprit de tout un chacun, y compris chez les soignants. En effet, l'image du cancer est, comme le soulignent Reynaert, Libert et Janne (2001) est liée à un mauvais pronostic et est, de ce fait, source d'angoisse, tant pour les soignants que pour les patients, voire, de détresse émotionnelle chez ces derniers.

Doté d'une forte charge symbolique, le cancer, que beaucoup ont encore du mal à nommer, reste, depuis l'antiquité, un mythe tant pour les soignants que pour l'inconscient collectif (Bacqué & Baillet, 2009 ; Frick, 2006). Il est d'ailleurs, souvent décrit par les malades et même des non malades, comme « le monstre, la bête immonde, le crabe qui vous ronge de l'intérieur, qui vous dévore », c'est cette maladie qu'on n'ose pas nommer, dont on ne peut guérir, qui torture et qui fait souffrir et qui finit par tuer à petit feu, c'est ce lourd fardeau que l'on porte et qui rend la vie encore plus difficile (Frick, 2006).

1- Le cancer du sein

Selon Reich (2008), le sein a une valeur hautement symbolique : sein nourricier, source de vie, il est aussi un symbole de beauté et de féminité, de même qu'il est objet de désir, symbole de séduction et de sexualité. Porteur de vie, il devient avec l'avènement du cancer, source d'angoisse parce que porteur de mort.

L'apparition du cancer marque une rupture dans la vie de la patiente, la faisant basculer dans un monde nouveau, celui de la maladie. De statut de femme, elle passe

au statut de cancéreuse, il y a désormais l'avant et l'après cancer, dont le dénouement est souvent la rémission, voire, la guérison mais parfois, la mort.
En plus d'être un coup porté à l'image de soi, une blessure narcissique profonde, une cassure identitaire pour la femme atteinte, la maladie opère une rupture dans sa temporalité. Il y a le temps de l'annonce, puis tout se bouscule, le temps des traitements souvent lourds, de la chirurgie à la chimiothérapie, à la radiothérapie, aux contrôles qui lui rappellent régulièrement la chronicité de sa maladie. Un véritable parcours du combattant, où tout son être est centré sur la maladie et tout le cortège de questionnement souvent anxiogènes sur sa guérison ou pas, sur son devenir sur sa vie future et sur sa mort probable voire imminente, le tout dans un climat d'incertitude et d'inquiétude (Reich, 2008).

2- L'annonce

Dire le cancer n'est pas un acte anodin. C'est un moment important mais difficile, voire traumatisant, tant pour la patiente que pour le médecin. C'est un moment violent, redouté par l'une autant que par l'autre. Il s'agit de « dire ce que l'on n'a pas envie de dire à quelqu'un qui n'a pas envie de l'entendre » (Potier, 2008).

L'annonce met le médecin devant la peur de la confrontation avec la malade, l'angoisse, la crainte de mal annoncer, de mal gérer le moment de l'annonce. C'est un moment de vérité où il se sent aussi démuni que sa patiente et il est d'autant plus difficile que le cancer est avancé, car il se trouve souvent, envahi par des sentiments de culpabilité, d'échec et d'impuissance. La question n'est, à ce moment-là, pas de dire ou de ne pas dire, mais que dire, comment le dire, et quand le dire, car si le dire pose problème, ne pas le dire en pose autant.

Il s'agit d'un événement traumatique, dont les répercussions psychologiques s'expriment sous forme :

- de sentiment d'arbitraire, pour le sujet confronté à un sentiment d'impuissance, une perte de contrôle face à ce qui lui arrive ;

- de culpabilité, comme pour se dégager de son sentiment d'arbitraire, en s'attribuant une responsabilité par rapport à la maladie, vécue comme une punition, une sentence « qu'est-ce que j'ai fait pour mériter cela ? » ;
- d'altération du sentiment d'appartenance où le sujet, confronté à l'image de sa propre mort, éprouve un sentiment d'étrangeté ou d' « inquiétante étrangeté » au sens de Freud (1919/1985), par rapport à lui-même et à ses proches. « L'annonce d'un diagnostic grave brise l'unité du sujet, son sentiment d'identité et met en souffrance les liens interpersonnels préexistants. Le patient ne se reconnaît plus et son entourage ne le reconnaît pas davantage : Je ne suis plus comme avant, je ne suis plus le même, je ne me reconnais pas » (Romano, 2010).

> *« À l'annonce du mot "cancer" se brisent les ailes du désir, et l'esprit se noie dans un abîme sans fond, tandis que le corps est précipité dans l'horreur de la chute : tomber cancéreux, c'est "tomber-mourir" dans un univers déchaîné (...). C'est éclater en mille morceaux cancérisés, métastasés dans un océan d'indifférence alors que le monde réel continue imperturbablement de tourner »* (Deschamps, cité dans Reich, 2008, p. 250).

Si dans les cancers de mauvais pronostic et les cancers avancés, l'équation cancer-mort trouve tout son sens, l'annonce d'un cancer du sein qui est, le plus souvent, assortie d'une deuxième annonce, non moins difficile, celle de l'ablation du sein, met la patiente devant une autre équation, en lien avec la perte de sa féminité, souvent de loin, plus pénible, car pour elle, perdre son sein, en plus d'être une mutilation dans son corps, est une mutilation dans sa féminité. C'est un traumatisme qui la frappe au plus profond de son être et qui est d'autant plus difficile si elle est jeune, célibataire ou ayant des enfants, surtout en bas âge (Hassas Boumghar, 2016).

C'est un moment extrêmement difficile que beaucoup de patientes décrivent comme « un coup de massue, un choc, une catastrophe ». D'autres le vivent comme « un véritable séisme, c'est comme si le ciel vous tombait sur la tête ou le monde s'écroulait sous vos pieds », diront-elles. C'est un moment de vérité où l'équilibre psychologique de la personne est soumis à rude épreuve. Un flot de questions se bousculent dans la

tête de la patiente : « Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? Vais-je guérir ? Vais-je mourir ? Vais-je supporter les traitements ?... L'idée de la mort est présente avec force mais, avec elle, celle de la souffrance, c'est le début d'un parcours long et périlleux, c'est un véritable traumatisme psychologique ou rien n'est plus, désormais, comme avant.

3- Les réactions à l'annonce

La première réaction à l'annonce est, très souvent, la sidération. Les patientes se disent « comme paralysées, anesthésiées, dissociée du monde extérieur », elles ne retiennent que très peu des informations reçues à ce moment-là, et le souvenir qu'elles en gardent est souvent flou. Certaines d'entre elles réagiront par un déni total de cette dure réalité « non, ce n'est pas vrai, je n'ai rien, ils se sont sûrement trompés », d'autres vont, au contraire se renfermer et sombrer dans le mutisme en réaction à ces paroles qui coupent la parole.

Cette première réaction est suivie d'une phase de décharge émotionnelle qui, souvent, se manifeste par une expression des émotions de tristesse, pleurs, désespoir, puis des réactions de colère, révolte, refus ou sentiment d'injustice peuvent apparaître « pourquoi, pourquoi moi ? », tout cela avec une grande angoisse, par rapport à leur devenir, mais aussi et surtout, celui de leur proches, conjoint et enfants.

La peur est toujours présente quand la nouvelle tombe : peur des traitements, incertitudes sur le futur, idées de la souffrance et de la mort.

Ces réactions sont, bien évidemment, variables et peuvent se manifester différemment d'une patiente à une autre, mais elles restent tout à fait normale, car l'inconnu est toujours angoissant, voire effrayant.

C'est selon Bacqué et Baillet (2009) une « crise vitale » pour les patientes et leurs proches, une rupture brutale dans leur temporalité, marquant désormais un avant, où elles avaient la santé et un après, celui de la maladie et des traitements.

Elles sont secouées au plus profond d'elles-mêmes, leur pensée, leur perception du monde, leurs repères, leur vie affective et familiale. Tout bascule dans un monde où rien n'est plus jamais comme avant (Espié, 2003).

Les patientes sont, à ce moment-là, ébranlées dans leur sentiment ou l'illusion de leur immortalité, de leur « omnipotence existentielle », c'est leur «sentiment de continuité d'existence » qui s'en trouve altéré. Ce sentiment est également présent, parfois de façon plus vive, chez le conjoint, qui est alors en proie à des angoisses de séparation et à un violent sentiment de perte (Proia-Lelouey & Lemoignie, 2012).

Le moment de l'annonce est aussi le moment de l'anticipation, c'est le commencement d'un voyage au long court (Espié, 2003), véritable « parcours du combattant », celui des traitements, souvent long et périlleux, nécessitant des allers-retours vers l'hôpital, où consultations, séances de chimiothérapie, de radiothérapie se succèdent et où, parfois des hospitalisations sont nécessaires.

À ce moment-là, c'est une nouvelle vie qui commence, celle de malade du cancer, bouleversant l'équilibre intérieur de la patiente mais aussi, celui de sa famille, qui s'en trouve ébranlée au niveau émotionnel, car mise devant la menace de la perte d'un être cher, entrainant des sentiments de peur, d'angoisse, d'impuissance, voire de culpabilité. Pour faire face à cette nouvelle situation, la famille doit, désormais, se réorganiser autrement, avec une nouvelle répartition des rôles, où des tâches différentes, voire supplémentaires, seront attribuées à chacun de ses membres.

4- Les répercussions psychologiques de la maladie cancéreuse et du cancer du sein

La survenue du cancer est souvent l'occasion d'apparition de manifestations psychologiques, voire psychopathologiques. Les troubles de l'humeur, à type d'irritabilité, nervosité, tendances dépressives, sentiment de désespoir et angoisse, sont quasi-systématiques. « Le cancer va, en effet, entraîner une rupture de la continuité d'exister […] il représente une faillite d'une organisation défensive, celle du corps, où les cellules cancéreuses vont prendre le pas sur les défenses de l'individu et où les digues vont lâcher » (Espié, 2003, p84).

Après le choc de l'annonce de la maladie, c'est la lutte pour la survie qui commence. A la chirurgie, vécue comme une mutilation majeure, au plan de l'image du corps et une atteinte à la féminité, succède la chimiothérapie qui, avec son cortège d'effets secondaires, est souvent décrite comme une véritable descente aux enfers, puis la radiothérapie, jusqu'aux contrôles, qui sont, souvent, l'occasion de la résurgence des angoisses, cette fois-ci, en lien avec la crainte de la récidive ou de la découverte de métastases.

4.1- La quête de sens

La rencontre avec le cancer va mettre ces femmes devant la réalité de leur mortalité et de leur finitude, de leur grande vulnérabilité et de leur dégradation qui les mènera, dans la souffrance, vers leur mort lente et douloureuse.

Souvent, elles tenteront de comprendre d'où vient ce mal qui les frappe de plein fouet, elles chercheront à donner sens à ce cancer qui n'a pas de sens, dans leur vie quotidienne « j'ai reçu un coup au sein, c'est à ce moment-là que j'ai commencé à sentir une douleur lancinante au même endroit et, deux jours plus tard, j'ai découvert cette boule, juste là… ». Elles trouveront des explications dans leur histoire personnelle et familiale, dans leurs conflits conjugaux, dans leurs séparations et deuils, leurs ruptures douloureuses, mais aussi dans leur hygiène de vie « je n'ai jamais fait attention à moi, je me suis toujours investie dans le travail sans m'accorder de temps de repos, tout le temps sous stress, sous pression, je savais que j'allais le payer un jour… ». La culpabilité est souvent présente « je ne sais pas ce que j'ai fait pour mériter cela ». Certaines d'entre elles se raccrocheront à leurs croyances religieuses attribuant leur mal au destin, à la volonté de Dieu et trouveront, dans la foi, la force nécessaire pour accepter ce qui leur arrive et faire face à leur angoisse devant la mort qui les guette et qu'elles acceptent dans une attitude fataliste et résignée.

4.2- Les mécanismes de défense

Dès l'annonce de la maladie, et tout au long des différentes phases du traitement, les patientes, à l'instar de toutes les personnes atteintes de maladies graves, notamment de

cancer, ne pouvant intégrer cet événement traumatique, vont mobiliser des stratégies défensives pour faire face au choc émotionnel qui s'ensuit. Ces mécanismes, destinés, en première instance, à les protéger, peuvent devenir pathologiques et entraver la bonne marche des traitements et, parfois même, les gêner dans leur vie quotidienne (Brouchoven de Bergeyck & al. 2013).

Beaucoup d'auteurs (Kübler-ross, 1975 ; Gimenez et al., 1998 ; Ruszniewski, 1999 ; Richard, 2004 ; Phaneuf, 2005 ; Brouchoven de Bergeyck et al., 2013) s'accordent à dire que parmi ces mécanismes, le déni semble être le plus fréquemment rencontré chez ces patientes. Ce terme de déni désigne un mécanisme inconscient, consistant en un refus ou négation de la maladie, mais son utilisation est selon Gimenez et al. (1998), abusive dans la mesure où les patientes n'ignorent pas leur maladie, mais ont plutôt encore du mal à l'intégrer et lui donner un sens.

L'évitement est aussi, souvent, observé et se manifeste par le refus des patientes de parler de leur maladie, d'en évoquer même le nom et, même si elles en reconnaissent la réalité, elles auront tendance à éviter tout ce qui peut avoir un lien avec elle.

Même si ces deux mécanismes réduisent l'anxiété chez les patientes, elles peuvent, sur le long cours, développer des phénomènes dépressifs ou de détresse émotionnelle (Brouchoven de Bergeyck et al., 2013).

D'autres mécanismes de défense ont été observés. M. Ruszniewski (1999) parle en outre de l'annulation, l'isolation ou le déplacement. De même que l'on peut observer des distorsions cognitives ; des mécanismes de rationalisation, d'intellectualisation, de régression ainsi que, dans certains cas, des phénomènes de dissociation, voire de dépersonnalisation.

Ces défenses peuvent, parfois, constituer une véritable entrave au bon déroulement du processus thérapeutique, ou être à l'origine de problèmes psychologiques et/ou relationnels. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit de phénomènes normaux et protecteurs contre les sentiments d'angoisse face à cette maladie où le corps se dérobe, trahit et où les repères se perdent.

Ces sentiments s'atténuent au fil des années mais ne disparaissent jamais totalement. L'approche des contrôles est toujours un moment de résurgence de ces sentiments, d'angoisse, notamment.

Le cancer, c'est aussi, pour beaucoup de patientes, une occasion de marquer une halte pour faire un bilan de leur vie, de changer de perspectives, de porter un nouveau regard sur elles-mêmes et sur le monde. Elles vivent désormais, pleinement chaque instant, s'investissent plus… c'est un moment où se produisent de grands remaniements dans leurs croyances les plus profondes.

4.3- Les stratégies de coping

Le concept de coping vient de l'anglais « coping strategy », auquel correspond l'appellation française « stratégies d'ajustement » ou « stratégies d'adaptation ».

Il est né à partir du concept psychanalytique de mécanismes de défense, dont il a commencé à être distingué vers les années 60-70. En effet, Haan (1965) indique que les mécanismes de défense sont rigides et renvoient à d'anciens conflits intrapsychiques inconscients, alors que les stratégies de coping sont plus souples, en lien avec la réalité de la vie et destinée à gérer ou faire face à une situation stressante bien précise.

C'est en 1978 que Lazarus et Launier définissent, pour la première fois, le concept de coping comme l'ensemble des stratégies utilisées par l'individu pour faire face à un événement qu'il perçoit comme une menace, afin de réduire ou maîtriser l'impact de cet événement sur son bien-être physique et psychologique.

Plus tard, Lazarus et Folkman (1984) définissent ce concept comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (p. 141).

Pour Paulhan (1992), « le coping désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique » (p. 545).
Et à Steptoe (1991) de préciser que les réponses mises en place pour faire face à des situations de stress sont, soit cognitives ou affective, à l'exemple de la transformation imaginaire d'une situation dangereuse, de même qu'elles peuvent être de nature comportementale, telles que l'affrontement direct du problème ou l'adoption de conduites d'évitement.

Selon Bruchon-Schweitzer (2001), face aux événements stressants, l'individu va déployer des stratégies de faire face (to cope en anglais) pour maitriser ou réduire ou même, juste supporter la situation stressante. Les stratégies utilisées peuvent être d'ordre cognitif, à type d'évaluation de la situation ou de ses propres ressources ou de recherche d'information ; elles peuvent être d'ordre affectif, telles que l'expression ou la répression de ses émotions, ou comportemental, telles que la recherche d'aide, ou de résolution de problème. Cela en vue, soit d'agir sur la situation par l'action, soit de modifier ses propres réactions pour mieux tolérer la situation stressante, telle que l'avènement d'une maladie cancéreuse.

Cousson-Gélie et al. (1996) distinguent trois types de coping :

- Le coping centré sur le problème, qui consiste à chercher les voies et moyens de faire face au problème et d'agir directement sur la situation stressante ;
- Le coping centré sur l'émotion, qui vise à réguler les émotions et à réduire les tensions ou la détresse en lien avec la situation stressante ;
- La recherche de soutien social, qui consiste à chercher un étayage ou un appui et une aide auprès des autres.

Selon ces auteurs, ces stratégies ont pour objectif d'agir sur la situation perçue comme stressante, par la résolution du problème, ou par la gestion et la régulation des émotions qu'il a déclenchées.

Devant la rude épreuve du cancer, les patientes vont puiser dans leurs ressources et mettre en place des stratégies de coping afin d'y faire face.

Le coping centré sur l'émotion semble être le plus utilisé pour faire face à une grande menace (Mc Crae, 1984 ; Folkman & Lazarus, 1986). Les patients atteints de cancer qui, le plus souvent, perçoivent leur maladie comme une menace, ont plutôt recours au coping centré sur le problème (Franks & al., 2006) car, passées les premières réactions, du choc à la dépression, ils finissent par accepter leur maladie et s'engagent, le plus souvent, dans le combat pour la survie. Cependant, certains patients, envahis par un sentiment d'impuissance devant leur maladie, vont recourir au coping centrée sur l'émotion. Des conduites d'évitement peuvent aussi être observées, se traduisant par un désengagement total, voire un déni de la maladie. De même que l'on retrouve un coping vigilant, lorsque la maladie est perçue comme un défi qu'il faut absolument relever, mettant tout en œuvre pour éviter les conséquences liées au mal et à la perte qui en résultent (Lafaye, 2009).

Une autre stratégie de coping, non moins importante, est également observée chez ces patients, il s'agit de la recherche de soutien social auprès du conjoint, des proches, famille et amis et du personnel soignant.

Ces stratégies de coping ne sont, cependant, pas constantes ou immuables ; l'on peut, en effet, assister à des passages d'un style ou d'une stratégie à une autre, selon les cas ou situations, comme il est souvent observé un mélange de ces différents styles, faits d'acceptation, de sang-froid, de projection optimiste dans le futur, et d'attitude positive. Ces patients feront preuve d'une meilleure compliance aux traitements et iront chercher l'information sur leur maladie et les différentes possibilités thérapeutiques (Lafaye, 2009).

4.4- Les manifestations psychopathologiques

Des réactions pathologiques peuvent parfois être observées, telles que les troubles de l'adaptation, la détresse émotionnelle, des manifestations anxieuses ou dépressives, des troubles relationnels, menant parfois aux conflits, des troubles de conduite,

pouvant aller jusqu'au refus des traitements, des préoccupations corporelles, voire, parfois, hypocondriaques, excessives, ainsi que des difficultés de réinsertion.

4.4.1- Les troubles de l'adaptation

Du diagnostic aux traitements, jusqu'à la rémission ou la guérison et, quelquefois, la mort, l'avènement du cancer met la patiente et son entourage dans une situation jalonnée de crises, nécessitant, à chaque fois, des efforts d'adaptation et les confronte à des stress permanents.

Ces efforts sont souvent mis à mal et l'on voit apparaitre alors, chez certaines patientes, des troubles d'adaptation caractérisés par une détresse émotionnelle, des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles sexuels, prenant parfois une allure pathologique.

4.4.1.1- La détresse émotionnelle

Selon Holland (1999), la détresse émotionnelle de la personne atteinte d'un cancer est une expérience émotionnelle, psychologique ou spirituelle désagréable pouvant agir sur sa capacité à gérer le traitement. D'un sentiment normal de vulnérabilité, de peur ou de tristesse, cette détresse va évoluer vers des problématiques plus graves d'anxiété, d'attaques de panique, de dépression, ou revêtir l'aspect d'une crise spirituelle.

Chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, le choc de l'annonce du diagnostic les met dans un état de crise émotionnelle aigüe, se manifestant par un état de stress, de peur, de sidération, de colère pouvant donner lieu, par la suite, à des réactions anxio-dépressives.

La détresse émotionnelle, n'est pas rare, chez les personnes atteintes de cancer, cependant, elle est souvent non détectée et non traitée. Même si les patientes, à l'instar de tous les malades du cancer, peuvent exprimer directement ou indirectement leur état émotionnel, nombreuses sont celles d'entre elles qui n'en parlent pas, estimant que cela ne relève pas des compétences du médecin. Elles auront tendance à somatiser

leurs émotions. L'anxiété et la dépression peuvent alors prendre la forme de symptômes physiques du cancer ou des traitements, et la détresse émotionnelle peut, de ce fait, ne pas être détectée (Ryan & al., 2005).

La détresse émotionnelle, aux différents moments de la maladie, de l'annonce jusqu'aux complications possible, à la récidive, à l'apparition de métastases et à la fin de vie, de même que les effets secondaires des traitements tels que les nausées et vomissements, les douleurs, l'altération de l'état général ou une chirurgie mutilante, peuvent en être des facteurs déclencheurs ou aggravants. Le soutien social, la communication, ainsi que les conditions socio-économiques et l'âge de la patiente, peuvent influer sur son état de détresse émotionnelle (Dauchy & Rouby, 2007).

4.4.1.2- L'anxiété

L'anxiété est le lot quotidien des patientes et les accompagne aux différents moments de leur maladie. Il s'agit, le plus souvent, de manifestations anxieuses, survenant suite à l'annonce du diagnostic, avec l'idée de la mort très proche et la peur de souffrir. Elles peuvent être observées au cours des examens et des traitements, avant et pendant la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie, dans l'attente des résultats, au moment des contrôles médicaux. Cette anxiété est exacerbée en cas de changement de traitement, de récidive, constituant une crainte permanente, ou encore, en cas d'apparition de métastases.

Selon Liebens et Aimont (2003), les personnes atteintes de cancer présentent souvent des symptômes d'anxiété, tant au moment du dépistage ou du diagnostic que durant le processus thérapeutique. Elle représente, avec la dépression, le problème le plus fréquemment rencontré par les médecins.

Dans une étude qu'elles ont réalisée sur un groupe de 663 femmes en cours de traitement chirurgical pour cancer du sein, elles ont retrouvé des signes d'anxiété chez 44% des patientes, soit une femme sur deux, une angoisse de mort dans 52% des cas et une peur de la mutilation chez 71% d'entre elles.

Elles considèrent l'anxiété comme « un processus normal d'adaptation à la maladie »

qui, cependant, peut nécessiter une intervention spécialisée dans le cas où il se prolonge ou s'exacerbe. Elles ajoutent qu'un manque de communication avec les soignants est un facteur de risque d'anxiété et qu'une information fournie par ces derniers peut améliorer cet état psychologique.

Toutefois, les troubles anxieux majeurs restent, selon Reich (2008) assez rares, chez les personnes atteintes de cancer, qui peuvent manifester des réactions d'angoisse aiguës ou des décompensations.

Selon Dauchy et Rouby (2006), les manifestations de l'anxiété, chez les personnes atteintes de cancer, sont à type de pensées intrusives et peuvent évoluer vers un état de stress post-traumatique, des anticipations négatives avec ou sans évitement et, surtout, une préoccupation anxieuses quasi-permanente quant à une rechute éventuelle.

4.4.1.3- La dépression

La dépression n'est pas rare chez les patientes, dès l'annonce de leur maladie et, des états dépressifs majeurs, certes, peu fréquents, ont été observés avec, parfois, des idées suicidaires nécessitant le recours aux services d'un psychiatre.

Le stress est souvent un élément déclencheur de la dépression et de l'anxiété, et le cancer est l'un des événements les plus stressants pour une personne. Ces conditions peuvent interférer avec le traitement du cancer. Par exemple, les patients souffrant de dépression ou d'anxiété non traitées, risquent moins de prendre leurs médicaments, pour le traitement du cancer et de conserver de bonnes habitudes de santé, en raison de leur fatigue ou de leur manque de motivation. Ils peuvent également se retirer de la famille ou d'autres systèmes de soutien social, ce qui signifie qu'ils ne demanderont pas le soutien émotionnel et financier nécessaire pour faire face au cancer. Cela peut entraîner une augmentation du stress et du désespoir (American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2012).

Une étude réalisée à Babol, en Iran, de 2012 à 2013, sur 150 patients présentant un diagnostic récent de différents cancers, a montré que 29,3% avaient une anxiété légère,

16,7% une anxiété symptomatique, mais une dépression légère et symptomatique a été observée chez, respectivement, 26,7% et 21,3% des patientes. Les résultats de cette étude ont montré que les patientes atteintes de cancer du sein présentaient, avec les patients atteints de cancer gastrique, la prévalence la plus élevée d'anxiété et de dépression, parmi tous les autres types de cancer (Nikbakhch & al., 2014).

Liebens et Aimont (2001) rattachent l'apparition des symptômes dépressifs au choc de l'annonce qui, souvent, renvoie à l'idée de la mort. Cette dépression est, selon eux, à l'origine de la détresse, mais aussi, d'une mauvaise compliance aux traitements, dont les facteurs de risque seraient en lien avec les antécédents, l'absence de soutien social et les croyances irrationnelles.

Mais, soulignent Brouchoven de Bergeyck et al. (2013), la dépression ne survient pas chez l'ensemble des patientes, dont les réactions au cancer du sein dépendent de leurs ressources individuelles et du soutien social qui leur est offert et ce, même si elles réagissent à l'annonce par de la détresse et des pleurs.

Selon Dauchy et Rouby (2006), seulement 10% des patientes présentent un état dépressif, se manifestant par des troubles du sommeil, troubles cognitifs et asthénie, notamment chez les patientes les plus jeunes, chez qui l'on peut observer des comportements inadaptés, tel qu'une mauvaise observance des traitements, des difficultés relationnelles, des troubles de la sexualité…

Dans un travail de synthèse, Saltel et al. (1994), soulignent le lien étroit entre les affects dépressifs et les répercussions somatiques de la maladie et des traitements, qui affectent fortement les patients, induisant des troubles de l'humeur, à la fois labiles et intenses. Ces affects dépressifs, sont, selon eux, souvent ignorés, voire déniés par les patients mais aussi, sous-estimés par les soignants.

Revidi (1994) considère l'angoisse et la dépression comme des réactions « normales », voire systématiques, face au choc du cancer et que leur absence serait incompréhensible, mais elles ne nécessitent que rarement un traitement, car elles ne sont pas toujours perturbantes.

Selon une étude réalisée par Derogatis et al. (1983) sur une population de 215 malades atteints de cancer, sur la base des critères diagnostic du DSM III, des troubles d'allure psychiatrique ont été retrouvés chez 47% des sujets étudiés, dont 13% de cas de dépression majeure sur 66% de cas où une symptomatologie dépressive a été retrouvée. Cette étude a aussi mis en évidence des syndromes confusionnels chez 8% des sujets et des troubles psychiatriques préexistants chez 11% d'entre eux.

4.4.1.4- Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)

La survenue du cancer, l'annonce et les différents moments de la maladie peuvent constituer des événements traumatiques pour la patiente, notamment durant les tout premiers mois, mais certaines en gardent les traces bien longtemps et peuvent, dans certains cas, évoluer vers un trouble de stress post-traumatique(TSPT), nécessitant une intervention psychothérapeutique.

Dauchy et Rouby (2007), citant l'APA (2006), affirment que ces symptômes de TSPT apparaissent dans les trois mois qui suivent le traumatisme. Ces symptômes sont, selon elles, généralement, à type de pensées intrusives, de peur, troubles du sommeil, évitement de tout ce qui peut avoir un lien avec l'événement (lieux, personnes, etc.).

Le TSPT peut entraver le bon déroulement et l'observance des traitements, mais il peut arriver qu'une activation émotionnelle ou réactivation de souvenirs en lien avec la maladie, soit à l'origine d'une mauvaise observance ou d'un refus des traitements.

5- L'image du corps et la perception de soi

Définie par Paul Schilder (1935) comme une représentation consciente et, en même temps, inconsciente du corps renvoyant, à la fois, à une connaissance physiologique de ce corps et à la notion de libido et de signification sociale, l'image du corps est, selon lui, la représentation mentale que nous formons de notre propre corps, c'est-à-dire, la façon dont nous percevons, nous-mêmes, notre corps.

Baize et al. (2008) distinguent la notion d'image du corps de celle de schéma corporel. Ainsi, le schéma corporel désigne, selon ces auteurs, le corps physique, qui est le même pour toutes les personnes ayant la même appartenance d'âge et d'ethnie, alors que l'image du corps est propre à chaque individu, elle se construit à travers nos expériences émotionnelles et est un médiateur dans notre relation avec autrui.

Partant, la féminité, ajoutent ces mêmes auteurs, n'est pas seulement déterminée par la culture, ni par une fonction de la femme par rapport à l'homme. Elle est, au sens platonicien, une essence, elle est intemporelle, elle est dans la dimension de l'intériorité et, dans ce sens, chaque femme est unique (Baize, 2008).

5.1- Image du corps et cancer

Depuis l'annonce du diagnostic et, tout au long du processus des traitements, la survenue du cancer met le patient face à la menace de la mutilation et de la perte de son intégrité corporelle. L'atteinte du corps va, en effet, porter un coup à l'identité corporelle, ayant pour conséquence une atteinte de l'estime de soi.

En effet, dès l'annonce de la maladie cancéreuse, l'image du corps se trouve altérée, car elle active les représentations longtemps enfouies dans l'inconscient collectif, renvoyant à l'image d'un corps phagocyté par la maladie et les métastases, signant l'imminence d'une mort lente et douloureuse, au fantasme de ce corps dévoré par le «crabe» qui le ronge de l'intérieur, jusqu'à le pourrir avec, comme conséquences, la perte de l'autonomie et du rôle social, familial et professionnel (Reich, 2008).

Suivent ensuite, tout le cortège des symptômes, les effets secondaires des traitements, les douleurs, les mutilations, souvent nécessaires et, surtout, le sentiment d'avoir été lâché par son propre corps, sur lequel aucun contrôle n'est plus possible, la patiente se trouvant alors confrontée à des deuils, à faire ou ne pas faire, d'un corps en bonne santé, pour investir un corps, souvent mal accepté.

5. 2- Le cancer du sein, une atteinte à la féminité

Le cancer du sein porte un grand coup à la femme, atteinte dans une dimension très importante de son identité de femme, à travers l'image du sein comme symbole de féminité, de maternité et de sexualité.

De tous temps et jusqu'à aujourd'hui, les seins symbolisent la beauté de la femme et sont, par excellence, un attribut de cette beauté féminine, tant pour la femme, elle-même, qui, surtout si elle est jeune, éprouve le besoin, voire, se sent contrainte d'être attirante physiquement et sexuellement, d'où le grand intérêt porté à son image corporelle, comparativement aux femmes plus âgées (Brédart et al., 2007).

Les seins sont aussi symbole d'érotisme et de sexualité. Source de fantasmes et de plaisir sexuel pour l'homme, ils sont une zone érogène, représentent la sensualité et sont un moyen de séduction, mais ils sont aussi, par excellence, symbole de maternité chez la femme (Baize et al., 2008).

Symboles de l'identité féminine, ils sont une composante importante de l'image du corps et de la féminité chez la femme. Or, cette image est fortement influencée par le milieu social et culturel auquel elle appartient.

> *« La femme vit dans un corps physique mais aussi dans un corps imaginaire avec lequel elle s'adresse aux autres. Le corps physique, c'est le schéma corporel qui est le même pour tous les individus de la même ethnie et du même âge. L'image du corps, par contre, est propre à chacun. Elle est liée au sujet et à son histoire, c'est la synthèse de nos expériences émotionnelles. Elle permet la relation avec autrui »* (Baize et al., 2008, p4).

C'est pour toutes ces raisons et vu la haute valeur symbolique des seins, qu'une atteinte de cet organe porte un coup à la perception que la femme a d'elle-même et de son propre corps.

En effet, cette atteinte peut prendre l'allure d'un véritable trouble clinique, lié au décalage entre la perception de l'apparence et du fonctionnement actuel d'un attribut corporel et la perception idéale de ce même attribut, ayant pour conséquence un impact émotionnel et comportemental qui va affecter considérablement la qualité du fonctionnement occupationnel, social et relationnel (While, 2000).

Ainsi, chez les femmes atteintes de cancer du sein, l'image du corps est souvent altérée, soit par la mastectomie, les patientes se sentant alors diminuées, soit par les effets secondaires de la chimiothérapie. Mais, contrairement à ce que l'on peut penser et, selon les propos des patientes interrogées, ce n'est pas tant le regard des autres ou le paraître qui est en jeu, mais la représentation qu'elles ont d'elles-mêmes, comme n'étant plus tout à fait comme avant, comme étant, dans le cas de la mastectomie, diminuées, amoindries, amputées, ayant quelque chose en moins (Hassas Boumghar, 2013).

De même, les effets secondaires de la chimiothérapie ont un impact, souvent négatif, sur l'image d'elles-mêmes que leur renvoie le miroir : perte des cheveux, parfois des cils et sourcils, changement du teint, qui devient « noirâtre », amaigrissement pour la plupart d'entre-elles, impression d'être « un cadavre ambulant », le tout aggravé par des désagréments physiques réels : troubles alimentaires telles que la perte de l'appétit, les nausées et les vomissements qui persistent plusieurs jours après la séance de chimiothérapie, asthénie, affaiblissement général…

La radiothérapie peut entraîner des lésions cutanées, avec des modifications de la texture de la peau et des brûlures au niveau de la zone irradiée, de même que d'autres réactions peuvent être observées, telles que les troubles alimentaires, les nausées et l'asthénie.

L'hormonothérapie n'est pas en reste avec des perturbations du cycle, à type d'aménorrhée, une prise de poids, des bouffées de chaleur et une baisse de la libido.

Selon Bacqué (2008b), l'atteinte du corps en oncologie passe par trois étapes, aussi bien au niveau somatique que sur le plan psychologique.

- Sur le plan somatique, Il y a d'abord l'annonce de la maladie et l'éventualité de la mutilation que cela implique, s'ensuit l'ablation de l'organe atteint, ici, le sein, puis la réparation par la reconstruction de l'organe perdu.

- Sur le plan psychologique, l'annonce de la maladie, souvent associée à l'idée de la mort, met fin à l'illusion de l'immortalité; la mutilation met la patiente face à la nécessité d'un travail de deuil, possible mais difficile, voire impossible, du sein perdu, mais aussi de l'avant, pour investir l'après cancer ; la reconstruction enfin, appelle un travail d'intégration de l'organe reconstruit, « restitué » et d'une nouvelle image d'un corps « réparé ».

Ainsi, la personne est amenée à intégrer une représentation différente d'un corps qui a trahi, lâché, face à l'agression de la maladie. « Les conséquences sur ce corps atteignent le psychisme, en sachant qu'il n'y a jamais véritablement de «restitutio ad integrum» (Bacqué, 2008b).

6- Les réactions aux traitements

Les traitements du cancer du sein sont, à l'instar de ceux des autres cancers, multiples, lourds et de longue durée. Chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, sont quasi-systématiques, souvent complétées par l'hormonothérapie et l'immunothérapie.
Ces traitements ne sont pas sans conséquences sur la vie des patientes et ce, tant sur l'image qu'elles ont d'elles-mêmes, les mettant devant la nécessité d'intégrer une image de soi modifiée, que sur leur vie intime, sexuelle et relationnelle (Baize et al, 2008).

Plusieurs travaux montrent que la mastectomie et la chimiothérapie altèrent indéniablement l'image corporelle (Ganz et al, 1992 ; Fobair et al., 2006). En effet, la mastectomie et le curage axillaire peuvent avoir des effets secondaires, parfois invalidants et qui altèrent considérablement la qualité de vie de ces patientes. Plusieurs auteurs ont observé un syndrome du sein fantôme tel que les douleurs consécutives à l'amputation d'un membre (Rothemund, 2004), de même que l'on peut observer un

lymphœdème au niveau du bras homolatéral, en lien avec le curage axillaire, des douleurs cicatricielles ou un syndrome inflammatoire au niveau de la zone opérée.

6.1- La chimiothérapie

Les effets de la chimiothérapie, souvent à type d'alopécie (perte des cheveux), de nausées et vomissements, mucites et asthénie, peuvent être responsables d'une altération de l'image du corps et de la sexualité des patientes (Rowland et al., 2000 ; Fobair et al., 2006).

Quand elles sont encore en activité génitale, la chimiothérapie provoque chez les patientes une ménopause précoce qui est, souvent, très mal vécue et induit une grande anxiété (Burwell & al., 2006) et des inquiétudes par rapport à la question de la fertilité. La sécheresse vaginale est aussi un effet secondaire fréquent de la chimiothérapie et a pour conséquence des dysfonctionnements sexuels (Stead, 2003, Burwell & al., 2006 ; Fobair & al., 2006).

La chimiothérapie est très mal vécue par les patientes, en raison, notamment, des effets secondaires très incommodants voire invalidants. C'est une expérience traumatisante, décrite comme le moment le plus difficile de tout le parcours du traitement. Expérience dévastatrice, c'est un moment de grande souffrance, avec des effets secondaires très difficiles à supporter, l'idée de la mort est très présente en raison de l'altération de l'état général, de l'amaigrissement, la perte de l'appétit, les vomissements… L'alopécie, même si elle est réversible, affecte très fortement les patientes dans leur image du corps et leur féminité, parfois, plus encore que la mastectomie, les poussant à recourir à des « camouflages » par le port de perruques ou du foulard, pour faire face au regard des autres et éviter la stigmatisation. Elle est souvent perçue par les autres comme un effet secondaire de la maladie cancéreuse et non du traitement et signe de sa gravité, ce qui « sape » littéralement le moral des patientes.

Ce vécu est, la plupart du temps, aggravé par l'appréhension de départ, liée aux informations reçues par les autres malades. Beaucoup de patiente décrivent cette

période de chimiothérapie comme une véritable « traversée de l'enfer » (Hassas Boumghar, 2013).

6.2- La radiothérapie

La radiothérapie n'est pas sans effets sur l'état physique, mais aussi psychologique des patientes. Ces effets peuvent être localisés, touchant la zone irradiée, ou généralisés à l'ensemble de l'organisme par le fait des radiations, ciblant le lit tumoral, mais qui circulent dans le corps, donnant lieu à des symptômes et désagréments tels que les diarrhées, l'anorexie, les difficultés de déglutition et l'asthénie.

Au niveau local, on observe, assez souvent, des lésions cutanées, touchant la zone irradiée, avec des sensations de brûlure, des érythèmes et des dermites. Ces effets sont aigus et surviennent, généralement, au premier trimestre du traitement. Des effets différés à type d'œdème du sein, lymphœdème du bras, de fibrose ou de nécrose du tissu adipeux, d'ulcérations, ainsi que des douleurs, sont également observés (Fehlauer & al., 2003). De même que l'on peut voir apparaître une irritation et une sécheresse de la peau du sein, des rougeurs (télangiectasie), un changement de la couleur de la peau qui devient noirâtre ou pâle. Un changement dans la taille, la forme ou la consistance du sein est assez souvent noté et, plus rarement, des troubles pulmonaires se manifestant par de la toux, des difficultés respiratoire, de la fièvre et des douleurs thoraciques, de même que des troubles cardiaques, si les radiations atteignent une partie du cœur, peuvent également survenir. Ces effets sont souvent provisoires mais, parfois durables, voire, définitifs et affectent, de ce fait, considérablement la qualité de vie des patientes.

Sur le plan psychologique, les effets de la radiothérapie ne sont pas des moindres. Les patientes n'ignorent pas toujours tous ces effets et manifestent des craintes liées à l'irradiation qui, croient-elles, à tort ou à raison, peut induire une récidive locale ou l'apparition d'un autre cancer. L'entrée dans la salle de radiothérapie, avec ses appareils sophistiqués, et qui leur donne l'impression d'un univers froid, clos, où elles sont entourées de machines, est, pour elles, souvent impressionnant et source d'anxiété.

Le traçage du champ d'irradiation laisse souvent une trace indélébile sur le corps leur rappelant leur maladie.

6.3- La chirurgie

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

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

En effet, la chirurgie constitue le traitement de choix du cancer du sein, c'est souvent une chirurgie mutilante avec l'ablation de tout ou partie du sein avec, toutefois, la possibilité de sa reconstruction qui, elle, n'est cependant pas systématique. Le traitement conservateur est, le plus souvent, conditionné par l'administration d'une radiothérapie en phase postopératoire immédiate qui, n'est pas toujours possible, au vu des capacités actuelles des centres de radiothérapie, d'où le recours assez fréquent à la chirurgie dite radicale ou mastectomie (Hassas- Boumghar, 2013).

6.3.1- La mastectomie

Une étude que nous avons réalisée au Centre «Pierre et Marie Curie» d'Alger (2013), a montré que la mastectomie, même si elle est acceptée, reste très mal vécue par l'ensemble des patientes, car c'est une mutilation perçue comme un signe de gravité de la maladie et qui porte atteinte à leur féminité. Ce vécu est, pour un certain nombre de patientes, atténué par la perspective de la reconstruction qui, au plan symbolique, représente une réparation de la blessure du sein perdu.

La réaction des patientes est, dans ce cas ambivalente envers ce sein porteur du mal, devenu, de ce fait, mortifère mais qu'en même temps, elles ne veulent pas perdre, car

cette perte implique le renoncement à leur intégrité corporelle, à une part de leur identité et les met dans un processus de deuil, souvent difficile à réaliser.

La première « rencontre » avec la mastectomie, à l'occasion du premier pansement est souvent empreinte d'angoisse et d'appréhension. Bon nombre de patientes ont une représentation effrayante de « trou », de « cratère » et ne cachent pas leur soulagement à la vue de la cicatrice mais gardent longtemps, parfois à jamais, cette sensation de vide laissé par le sein perdu.

Plusieurs études ont montré la présence, dans le cas de la mastectomie, de sensations de « sein fantôme », rapportées par Hannoun Lévi (2005) : l'étude de Staps & al., menée sur un échantillon de 89 femmes mastectomisées, montre la présence de douleurs, de démangeaisons ou de sensations du sein comme s'il était toujours là. Ces mêmes sensations sont décrites par Jamison & al., à type de douleurs du sein fantôme et ce, chez une grande proportion de femmes mastectomisées (53,7%). Ces sensations, affirment les différents auteurs, apparaissent généralement dans les tous premiers mois qui suivent la mastectomie.

C'est un véritable processus de deuil qui s'enclenche à ce moment-là, un deuil difficile, parfois, impossible, constituant une rupture dans la vie des patientes qui s'en trouvent diminuées, dévalorisées, car définitivement atteintes par cette perte d'une partie d'elles-mêmes fortement investie, hautement symbolique, dépossédées de leur féminité. Elles vivent désormais avec cette sensation de « vide », de « quelque chose qui manque », ce qui constitue une fracture dans l'image qu'elles ont de leur corps et la perception qu'elles ont d'elles-mêmes qui « n'est plus comme avant ».

Le traitement conservateur, même s'il préserve peu ou prou l'image corporelle et présente pour les patientes un signe de gravité moindre de leur cancer, n'en demeure pas moins anxiogène. Certaines patientes le refusent et préfèrent, par crainte de la récidive ou « qu'on ait laissé quelque chose », renoncer à ce sein, devenu porteur de malignité, du « monstre » et par là, de la mort.

En réaction, nous avons pu observer des comportements de repli sur soi, le refus de se regarder dans un miroir et des attitudes de déni/acceptation de la nouvelle image qui, pour certaines d'entre elles, n'est que transitoire, comme étant le prix à payer pour guérir et rester en vie.

De plus, la mutilation fait perdre aux malades leur intégrité corporelle et les met face à la réalité de leur maladie qui les confronte à la menace d'une mort perçue comme imminente, même si ce n'est pas tant la mort en elle-même qui leur fait peur, mais c'est la déchéance, la souffrance et, par-dessus tout, la perte de la dignité, qu'elles redoutent.

Selon certaines études, le traitement conservateur affecte moins l'image corporelle et la sexualité que la mastectomie (Rowland &Holland, 1991) mais cela demeure tributaire du résultat esthétique qui, s'il n'est pas satisfaisant, peut engendrer des réaction dépressives (Aaronson & al., Fallowfield & al., cités dans, Hannoun Levi, 2005).

D'autres études randomisées (Aaronson, Bartelink & al., Kiebert & al., Knobf, Margolis & al., Maunsell & al., Meyer & al., Pozo & al., Schain & al., citées par, Hannoun Levi (2005), montrent que la chirurgie du sein, conservatrice soit-elle ou radicale, laisse les mêmes séquelles psychologiques et la même peur de la récidive, aussi bien un an que cinq ans après le traitement.

Il y a lieu de signaler, cependant, que si l'expérience de la maladie cancéreuse, porteuse d'anxiété et de menace permanente sur la santé et sur la vie, était identique quel que soit le type de chirurgie, la mastectomie a des effets plus négatifs sur les patientes mastectomisées, durant le mois qui suit la chirurgie (Ganz & al, 2004), ces femmes étant confrontées à la perte du sein avec toute sa charge symbolique, voire identitaire. Cette chirurgie constitue, en effet, une atteinte de la mastectomisée dans son intégrité corporelle et une profonde blessure dans sa féminité (Beckmann & al., 1981).

Par ailleurs, certaines études (Asken, 1975) montrent que la mastectomie, engendre une souffrance psychique beaucoup plus grande que la souffrance physique. Cette souffrance est beaucoup plus importante chez les femmes jeunes qui se trouvent confrontées à la problématique de leur propre mort alors que les femmes plus âgées vont relativiser cette problématique eu égard à leur âge.

De plus, le cancer de la femme jeune est connu pour être plus agressif et son pronostic plus sombre et le risque de récidive plus important (De Bock & al., 2006 ; Karami & al., 2007), avec une plus grande altération de la qualité de vie (Knobf, 2007) et un impact plus négatif sur l'état psychologique (Menhert et Koch, 2008).

6.3.2- La reconstruction mammaire

Lorsqu'une mastectomie est envisagée, et c'est souvent le cas, les patientes se voient proposer une reconstruction mammaire qui peut, en fonction des cas, être immédiate ou différé à un an, voire plus, pour pallier au choc de la perte du sein. Cet acte « réparateur » ne peut, cependant, en aucun cas, faire l'économie du travail de deuil, nécessaire, du sein perdu et de l'investissement et la réappropriation du sein reconstruit (Baas et al, 2008).

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

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

Nissen et al. (2001), ont comparé la qualité de vie après chirurgie sur cancer du sein, de trois groupes : mastectomie seule, mastectomie avec reconstruction, et chirurgie conservatrice du sein. Les résultats de cette recherche montrent que les deux derniers types de chirurgie ne sont pas plus avantageux sur la qualité de vie que la mastectomie,

hormis sur l'image du corps, encore que cela soit tributaire du résultat esthétique et des autres effets secondaires.

En effet, si la reconstruction peut permettre à la femme mastectomisée de réinvestir une image de son corps altérée par la mastectomie, ce qui exige d'elle un profond travail, afin que la reconstruction psychologique puisse se faire, elle n'équivaut, en aucun cas, à une restitution du sein perdu ; le sein n'est pas récupéré, il est réparé, reconstruit.

En effet, même si elle peut équivaloir à une réparation physique, la reconstruction mammaire reste un choix difficile.

Les patientes se trouvent face à des questionnements et inquiétudes sur le résultat esthétique de cette intervention, l'aspect du nouveau sein, sa sensibilité, les nouvelles cicatrices, mais aussi, la crainte de « réveiller » le cancer si « l'on triture encore cette région… que la maladie touche le deuxième sein » et bien d'autres préoccupations.
Le traumatisme du cancer et de l'ablation du sein est encore fortement présent et l'image de leur corps, altérée par la mastectomie et le deuil du sein, souvent non encore élaboré, est de nouveau mise à mal par cette nouvelle perspective.

La reconstruction mammaire ne va pas évincer l'altération de l'image du corps ni la menace vitale que constitue, au regard des patientes, la maladie cancéreuse. Tout passe d'abord par un travail d'intégration d'une nouvelle image de soi et d'acceptation de la maladie.

Et c'est la raison pour laquelle une préparation psychologique à la reconstruction mammaire s'avère importante, surtout, si certains signes de deuil pathologiques du sein sont repérés, à l'exemple de ces femmes qui n'osent toujours pas faire face à leur nudité ou leur image devant le miroir, de même qu'elles ne peuvent toucher leur paroi thoracique ou la laisser voir par leurs conjoints.
Les patientes que nous avons eu à interroger (Hassas Boumghar 2013), considèrent la reconstruction comme une réparation d'une image du corps altérée par la mastectomie, c'est, disent-elles, une réhabilitation par rapport au regard des autres, mais toutes ne la

désirent pas ou restent ambivalentes envers cet acte chirurgical qui leur est proposé, pour les raisons que nous avons citées précédemment.

7- Relation de couple et sexualité

La relation de couple et la sexualité sont indissociables. En effet, l'annonce du diagnostic d'un cancer du sein, retentit inéluctablement sur la vie de couple car le sein, avec toute sa dimension symbolique, tant au plan de la beauté de la femme, de sa féminité, de sa maternité qu'au plan sexuel, en tant qu'objet de désir, revêt une importance capitale dans le psychisme de la femme autant que celui de l'homme (Espié M., 2003. P 85).
En effet, les retentissements émotionnels de l'annonce du diagnostic et des effets des traitements peuvent impacter de façon significative le désir sexuel des patientes.

Les résultats de notre étude (2013) montrent que la vie sexuelle des patientes se trouve, souvent, très perturbée, parfois de façon irréversible, mais surtout au début de la maladie et durant toute la période du traitement, notamment, pendant la chimiothérapie où toute relation physique devient, pour elles, un calvaire, voire impossible.

Certaines mastectomisées, disent avoir une vie sexuelle « normale » mais n'osent plus « se montrer » en présence de leur conjoint, et se sentent obligées, lors des rapports intimes, de « porter un haut » pour cacher « le sein perdu ».

Un autre facteur, et pas des moindres, influant négativement sur la qualité des rapports sexuels chez les patientes, est lié à la sécheresse vaginale due au traitement hormonal, qui rend les rapports désagréables, voire douloureux, pouvant aller jusqu'au vaginisme. Quelques patientes ont mentionné une baisse de la libido, ou carrément une frigidité.

Des sentiments de culpabilité, vis-à-vis du conjoint peuvent en découler et les femmes peuvent sentir une menace d'abandon de la part de ce dernier.

Du côté des conjoints, on peut observer des comportements de surprotection mais, parfois, d'évitement, comme pour se protéger de la menace de la perte de l'autre, trop douloureuse et trop angoissante pour eux.

Les femmes atteintes de cancer du sein sollicitent très fortement le soutien émotionnel de leurs partenaires. Ce soutien contribue à une meilleure gestion de leur maladie et de ses traitements.

Cependant, il a été constaté l'apparition, chez certains maris, de troubles psychologiques, pouvant parfois durer longtemps, à type de troubles du sommeil, troubles alimentaires, difficultés professionnelles, quelques signes d'anxiété et de dépression et problèmes d'ordre sexuel, le tout aggravé par l'absence de support social, le manque d'information médicale et les problèmes de communication dans le couple, pouvant mener à des états de détresse psychologique (Liebens, 2003).

Les profondes remises en question de la sexualité et de la vie de couple engendrées par la maladie cancéreuse mettent parfois en péril la pérennité du couple. Des cas d'abandon par les conjoints ont souvent été observés mais si le cancer a quelquefois séparé des couples, beaucoup se sont vus rapprocher (Gros, 2005).

Selon les résultats de l'étude que nous avons réalisée au CPMC, l'attitude des conjoints est, contre toute attente, plutôt positive. Les patientes s'accordent à dire que leurs époux ont fait preuve de compréhension et de soutien indéfectible à leur égard et les ont accompagnées, tout au long de leur parcours. Certaines d'entre elles ont même vu leurs relations conjugales, auparavant conflictuelles, s'améliorer après la maladie. Elles ont signalé des changements positifs, qui pourraient s'expliquer par le grand apport des conjoints au plan affectif.

Certaines études (Sheppard, Ely et al., 2008) sont arrivées au même résultat. Ces études montrent des changements positifs chez certaines patientes concernant leur perception d'elles-mêmes et de leur couple, avec un rapprochement dans le couple et ce, en dépit des changements dans leur sexualité.

Hawkins, Ussher et al. (2009) constatent que l'acceptation des changements dans la sexualité, induits par la maladie cancéreuse, rapproche le couple et le solidifie et y amène une plus grande intimité. Dupont et al. (2007) font cette même constatation pour les femmes traitées par hormonothérapie.

L'altération de la vie sexuelle qui peut découler de la maladie cancéreuse, peut entrainer des conflits dans le couple et constituer une menace pour ce dernier, mais une attitude ouverte et soutenante de la part du conjoint constitue une ressource précieuse pour la patiente et favorise l'acceptation de sa maladie (Baize et al., 2008).

L'impact des effets secondaires des traitements sur la fonction sexuelle des patientes a fait l'objet de plusieurs études. Ces études montrent que la chimiothérapie impactait négativement la sexualité et la qualité de vie des patientes (Stead, 2003).

Dans une étude comparative sur le fonctionnement sexuel chez un groupe de 58 survivantes, à long terme (plus de cinq ans), d'un cancer du sein, traitées par chimiothérapie adjuvante, et un groupe de 61 femmes sans antécédents de cancer, Broeckel et al. (2002) notent que les survivantes à long terme du cancer du sein signalent un dysfonctionnement sexuel caractérisé par un désintérêt de la sexualité, une incapacité à se détendre et à apprécier les relations sexuelles et une difficulté à obtenir un orgasme. Ils ajoutent que cette altération de la fonction sexuelle était liée, de façon significative, à la gravité de la sécheresse vaginale chez ce groupe de femmes.

Pour les femmes, l'altération de l'image du corps a un impact indéniable sur leur sexualité. En effet, qu'il soit reconstruit ou pas, le sein, totalement ou même partiellement amputé, est à jamais blessé. Et si pour certaines, cette blessure n'altère ni leur désir, ni leur plaisir sexuel, elle induit, pour d'autres, un ressenti difficile par rapport à leur perception d'elles-mêmes et de leur corps les menant jusqu'au refus pur et simple de toute sexualité et ce, même si leur sein n'a été touché que partiellement.

Quant à la reconstruction mammaire, son impact sur la vie sexuelle et de couple n'est pas négligeable. En effet, le sein reconstruit ne vieillit pas comme l'autre sein, de plus, les femmes notent une insensibilité de ce sein. Les deux seins sont investis

différemment tant par l'homme que par la femme, l'un étant vécu comme « un sein vivant » et l'autre comme « un sein mort » et, dans certains cas, se développe « une angoisse que l'amour ne cancérise le sein restant » (Bacqué, 2008a).

Ainsi, l'impact des traitements et de leurs effets secondaires influent considérablement l'état physique et psychologique des patientes, ce qui met souvent leur sexualité au second plan. En effet, la maladie cancéreuse et ses traitements mettent les patientes en souffrance, tant dans leur corps que dans leur âme. La sexualité passe alors au second plan car elles sont, à ce moment-là, dans une préoccupation de survie et de « guérison avant tout » (Kaplan, 1992).

Une bonne estime de soi, une relation de qualité dans le couple, une bonne gestion du stress sont autant d'éléments qui aident à une meilleure survie du couple, souvent malmené par l'expérience du cancer (Reich, 2007).

Pour les célibataires, la maladie semble constituer un handicap par rapport au mariage et, même si quelques-unes d'entre elles se sont mariées ou fiancées après la maladie, le problème reste posé. Il y a lieu, d'ailleurs, de souligner des cas de rupture de fiançailles suite à la maladie, mais qui, dans le cas de notre étude, sont le fait des patientes que nous avons vues, leur propre décision et non celle de leurs partenaires (Hassas Boumghar, 2013).

D'une façon générale, face au diagnostic du cancer, le couple finit par s'accommoder de sa nouvelle situation et si les conjoints se solidarisent pour faire face à la maladie, son impact sur leur qualité de vie et leur vie sexuelle se verra amoindri.

8- Vie familiale et sociale

Quand la maladie cancéreuse survient, elle affecte la femme qui en est atteinte mais aussi les autres membres de sa famille et sa vie relationnelle s'en trouve ainsi bouleversée.

Cette nouvelle situation va nécessiter une réorganisation de la vie familiale où les rôles et responsabilités vont être répartis différemment. La femme atteinte d'un cancer du

sein se trouvera pour un temps, parfois long, dans l'incapacité physique ou psychologique d'assumer les fonctions qui, auparavant, lui incombaient et ce sera aux autres membres de la famille, mari et enfants, notamment, de prendre le relai. La situation financière peut s'en trouver aussi affectée et les besoins affectifs se modifier. La famille est alors bouleversée, tant par l'état de santé de la femme que par cette réorganisation de la dynamique familiale, à laquelle chacun devra fournir un effort d'adaptation, pas toujours évidente (Liebens &Aimont, 2003).

Quand elle a des enfants, et c'est souvent le cas, sa maladie va les mettre, elle et son conjoint, face à une situation dont la gestion n'est pas chose aisée. Au moment du diagnostic, la première pensée de la mère va aux enfants. Que dire ? Comment le dire ? Le couple se trouve, parfois même, devant le dilemme de dire ou ne pas dire.

Cette question n'est, au départ, pas prioritaire, ils ont besoin de digérer la nouvelle d'abord et la leur annoncer leur est extrêmement difficile, voire, impossible et, bien souvent, ils préfèrent, pour les protéger, garder le silence, faire « comme si », or cela exacerbe l'angoisse des enfants, car ces derniers voient « des choses » inhabituelles se passer, ils se rendent compte du non-dit et se construisent des scénarios catastrophe qui, souvent dépassent de loin la gravité de la situation réelle.

Cela amène chez les enfants une grande inquiétude et peut être à l'origine de troubles du comportement, tels que les insomnies et cauchemars, les troubles alimentaires, un état anxieux ou dépressif et une perturbation de leur scolarité, qui, même s'ils ne prennent pas l'allure de troubles psychopathologiques, pourraient nécessiter un accompagnement psychologique.

Beaucoup de patientes, que nous avons eu à voir, ont adopté cette attitude et préféré taire tout ce qui est en lien avec leur maladie à leurs enfants qui, même quand ils posent des questions, n'obtiennent pas de réponses à même de les rassurer car, bien souvent, les parents n'y répondent pas ou détournent carrément le sujet. Or, ils finissent toujours par accéder à la vérité quand les effets de la maladie ou des traitements deviennent visibles sur la mère malade.

L’apport de la famille dès l’annonce de la maladie et durant tout le processus de traitement est indiscutable. Les membres de la famille sont une précieuse source de soutien et de réconfort pour la patiente, mais il n’en demeure pas moins qu’ils sont aussi affecté par cette situation et peuvent également ressentir de l’anxiété et la peur de la perte de cet être cher, qu’ils vivent comme une menace permanente.

Les patientes que nous avons rencontrées rapportent des réactions de choc, de grande peine, chez leurs proches, surtout au moment de l’annonce. Ces réactions font place, par la suite, à des attitudes de compassion, de soutien et même, à un excès d’attention et des comportements de surprotection. Mais au fil du temps, les relations reprennent leur cours habituel. Parfois, en vue de les protéger, la patiente n’informe même pas ses proches de sa maladie ou se confie à un frère ou une sœur, considérés comme les plus « solides » et en mesure de lui apporter le soutien dont elle a besoin.

Nous avons, néanmoins, rencontré quelques patientes, certes, très peu nombreuses, qui ont décrit des comportements d’indifférence de la part de leurs proches, de sexe masculin, notamment, et se sont vues stigmatisées et rejetées voire, parfois agressées et humiliées à cause de leur maladie.

Pour les femmes mariées, la belle-famille manifeste de l’inquiétude et fait preuve de soutien envers elles, dès l’annonce de la maladie, mais beaucoup d’entre-elles font face à de l’indifférence, de l’incompréhension et se voient parfois rejetées. Aussi, la majorité des patientes que nous avons rencontrées, préfèrent cacher leur maladie par crainte de stigmatisation.

En tout état de cause, la famille reste une source de soutien dont les patientes ont, depuis le diagnostic jusqu’à la fin des traitements, grandement besoin.

Sur le plan professionnel, la majorité de nos patientes ont pu poursuivre leur activité, surtout, ou bénéficier d’aménagements de poste ou d’horaires. D’autres ont plutôt choisi d’interrompre, provisoirement ou de façon durable, toute activité professionnelle, afin de se consacrer entièrement à la gestion de leur nouvelle situation.

Certaines patientes se sont plaintes de l'incompréhension de la part de leurs supérieurs et bon nombre d'entre elles ont préféré garder leur maladie secrète.

Une étude réalisée par Liebens et Aimont (2003), met en évidence les difficultés professionnelles rencontrées chez 129 femmes atteintes de cancer du sein. Cette étude montre l'existence de changements professionnels chez 48 femmes, caractérisés par : un arrêt total de travail pour 17 d'entre elles, un aménagement des horaires pour 10 femmes, de longues absences pour 7 d'entre elles, en raison de graves problèmes de dépression et, pour 14 patientes, un changement de profession en raison des effets de la chirurgie sur leur état physique.

Ces auteurs précisent que les difficultés professionnelles sont plus retrouvées chez les femmes qui ont subi des traitements lourds, chimiothérapie et radiothérapie, que chez celles qui ont subi une radiothérapie ou pas de traitement complémentaire du tout.

Au niveau social, beaucoup de femmes déclarent avoir une vie sociale (fêtes, hammam, plage) plus réduite, même après la fin des traitements, car le regard des autres leur est insupportable. Elles se sentent toujours désignées comme « la cancéreuse » ou « celle à qui on a enlevé le sein ». Elles affirment que les autres ne les voient plus de la même manière et qu'elles se sentent stigmatisées, « montrées du doigt », et que les autres femmes portent sur elles un regard, souvent apitoyé, ce qui les pousse au retrait, parfois à l'isolement social. Cela n'est évidemment pas le cas de toutes les femmes rencontrées puisque d'autres arrivent à dépasser cette perception des relations et des autres et arrivent à avoir une vie sociale tout à fait normale.

9- La fin des traitements

La fin des traitements marque le passage du monde des malades du cancer à celui des survivants. Elle marque aussi la fin du « parcours du combattant » avec ses aller-retours au centre anticancéreux, la lourdeur des traitements et de leurs effets secondaires, mais tout n'est pas fini : les traces indélébiles sur le corps et l'atteinte portée à l'image du corps, les angoisses liées à la maladie, son impact sur la vie relationnelle…

L’on assiste, à ce moment-là, à des réactions d’anxiété et de tristesse dépressive, un sentiment d’abandon et de perte de la sécurité que procuraient l’administration des traitements et la présence des soignants.

La peur de la rechute prend, à ce moment-là, toute sa place et l’on voit alors les patientes développer des conduites d’évitement de tout ce qui peut évoquer, pour elles, la maladie : les lectures, les documentaires, les lieux et les différentes situations pouvant y renvoyer. Le corps n’est plus perçu de la même manière, la cicatrice ou même le sein reconstruit sont là pour leur rappeler que rien n’est plus comme avant. C’est une véritable crise existentielle et identitaire qui s’installe alors, avec ses questionnements sur soi et sur le sens même de son existence.

10- L’idée de la mort

Malgré les progrès enregistrés dans le traitement des cancers, la mort est encore fortement présente, vécue différemment, certaine la rattachent au destin, d’autres l’appréhendent avec une forte angoisse, et pour les femmes mariées, la peur de « laisser ses enfants ».

Devant cette angoisse, certaines patientes adoptent une attitude d’acceptation fataliste : c’est la volonté de dieu, c’est le destin qui tue et non la maladie. Cette angoisse de mort cède parfois le pas devant la volonté de guérir, le combat pour la survie, mais la mort reste toujours présente en « toile de fond », avec un besoin, chez la patiente, d'être rassurée et de savoir que l'équipe soignante ne va pas l'abandonner.

Les patientes affirment que ce n'est pas la mort elle-même qui les effraie, mais la façon dont elles vont mourir, car elles craignent la souffrance, la dégradation physique et psychique, la perte de leur valeur et la solitude. Elles peuvent, à ce moment-là, exprimer une douleur morale importante, avec des besoins spirituels considérables portant sur le sens de leur propre vie. L’on peut observer à ce moment-là, des manifestations du syndrome du survivant (ou syndrome de Lazare) avec la peur de la récidive, une diminution de l'estime de soi, une préoccupation morbide avec la mort,

une labilité psychologique plus grande, des difficultés au travail, un isolement social, des difficultés à réintégrer le réseau familial ou social et des comportements surprotecteurs de l'entourage.

11- La projection dans le futur

Elle est altérée chez bon nombre de patientes, mais d'autres abordent l'avenir avec une certaine ambivalence et une grande incertitude et, si certaines l'abordent l'avenir avec optimisme, leurs projets et leurs espoir sont désormais portés sur leurs enfants et le souci incessant de les accompagner le plus longtemps possible afin de les savoir en sécurité, si la mort, maintenant plus proche, venait à survenir.

Après le choc de l'annonce de la maladie, et la lutte pour la survie, à la fin des traitements et, au fur et à mesure que les années passent, éloignant le souvenir de la maladie, les patientes retrouvent une vie quelque peu « normale ». Cependant, si tout va bien pour elles, elles ne sont plus tout à fait les mêmes, elles vivent désormais avec une épée de Damoclès sur la tête : la récidive et son corollaire, la mort.

Nous avons fait état, tout au long de ce chapitre, des différentes manifestations psychologiques, voire psychopathologiques et des répercussions du cancer du sein et de ses traitements sur les femmes qui en sont atteintes. Ces manifestations et répercussions psychologiques sont autant de facteurs qui peuvent influer sur la qualité de vie des patientes, parfois même de leurs proches, voire l'altérer.

Nous consacrons le chapitre suivant à cette question de la qualité de vie, d'abord sur le plan du concept lui-même puis sur son lien avec le cancer en général et le cancer du sein et ses traitements en particulier, à la lumière des résultats des différentes études et recherches sur le sujet.

CHAPITRE 3

QUALITE DE VIE ET CANCER DU SEIN

L'essentiel n'est pas de vivre mais de bien vivre.

Platon

Le terme «qualité de vie» a fait son apparition en 1920, mais ce n'est que vers les années 1960 qu'il a été rendu public en Amérique du Nord. Les premiers instruments de mesure génériques ont commencé à être élaborés dès le début des années 1970, dans une approche globale analysant l'impact des états émotionnels, les conditions physiques et sociales sur la vie des individus et les mesures spécifiques à la maladie se sont également multipliées.

Les années 1980 et 1990 ont été marquées par un accroissement de la rigueur méthodologique et un accent accru mis sur les approches analytiques, l'interprétation des scores d'échelle, les problèmes culturels et linguistiques, ainsi que sur la mise au point de formes abrégées des outils de mesure (Wood-Dauphinee 1999).

1- Définition de la qualité de vie

Plusieurs définitions ont été données au concept de qualité de vie, mais ces définitions n'ont pu faire le consensus de la communauté scientifique. Cependant, tous s'accordent sur son caractère multidimensionnel. Pour certains auteurs, à l'instar de Leidy, Revicki et Geneste (1999), ce concept s'articule, en effet, autour des dimensions physique, psychologique et sociale, alors que d'autres intègrent l'aspect symptomatologie dans l'évaluation de la qualité de vie.

D'autres aspects contribuent également à l'évaluation de la qualité de vie à l'instar de l'image du corps, la fonction cognitive, la sexualité, les rapports avec l'équipe médicale, la politique, l'économie (Wilson, Cleary 1995).

En 1993, l'OMS définit la qualité de vie comme étant « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champs conceptuel englobant, de manière complexe, la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

Même si elle est objet de controverse, cette définition n'en demeure pas moins une référence au niveau scientifique, dans la mesure où elle prend en compte l'aspect multidimensionnel de ce concept et en donne, de ce fait, un cadre théorique intégratif.

Ainsi définie, la qualité de vie apparaît donc comme un concept multidimensionnel comprenant les dimensions physiques se rapportant aux capacités physiques mais aussi tous les aspects liés aux sensations physiques telles que les symptômes et les effets secondaires des traitements ; psychologique, prenant en compte les aspects émotionnels et, sociale comprenant tous les aspects relationnels. Elle dépasse largement le domaine des conditions de vie pour englober toute la sphère de la santé, de l'épanouissement personnel et du bien-être, ainsi que du niveau de satisfaction de l'individu. Aussi, d'une personne à une autre, elle est perçue de façon différente et ne peut, de ce fait, être évaluée que par la personne elle-même (Schraub et Mercier, 2002).

2- La qualité de vie liée à la santé

En 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Partant de cette définition, la notion de qualité de vie liée à la santé (Health related quality of life) ne peut être réduite à la santé physique mais doit prendre en ligne de compte la santé mentale et psychologique ainsi que les aspects sociaux de la vie du sujet.

Ainsi, Leidy et al., indiquent que la qualité de vie liée à la santé est définie comme la perception subjective de l'impact de l'état de santé, incluant les maladies et les traitements, sur le fonctionnement physique, psychologique et social et sur le bien-être du patient [traduction libre] (1999, p. 114).

Dans le même ordre d'idées, Bruchon-Schweitzer (2002), indique que la qualité de vie liée à la santé « désigne l'état fonctionnel des individus et les conséquences de cet état sur leur fonctionnement physique, psychologique et social. » (p.52).

Partant, la notion même de santé qui était, jusque-là, limitée aux aspects cliniques ou biologiques (symptômes, évènements indésirables, résultats biologiques…), se trouve élargie aux aspects subjectifs inhérents à la personne tels que le vécu des traitements, la perception de soi etc., intéressant, de ce fait, toute la dimension du bien-être physique, mental et social. Ce n'est plus, désormais, la maladie qui est le centre d'intérêt du clinicien, mais le patient dans sa pluridimensionnalité (Septans, 2014).

Dans le contexte des soins de santé, il est important de distinguer la "qualité de vie liée à la santé" du concept plus large de bien-être général. La qualité de vie liée à la santé renvoie à l'impact subjectif et objectif du dysfonctionnement associé à une maladie ou blessure, au traitement médical et à la politique de santé (Spieth et Harris, 1996).

Initialement, les travaux sur la qualité de vie liée à la santé étaient plus axés sur les troubles fonctionnels et leur impact sur la santé, puis la dimension sociale y a été introduite. Ce n'est que dans les années 80 que fut introduite la notion de santé mentale, comme dimension de la qualité de vie. Ainsi, l'évaluation de la qualité de vie ne se limite plus à la symptomatologie liée à la maladie, mais elle s'étend à l'impact de cette dernière sur l'état psychologique du sujet et sur son entourage (Rotonda, 2011).

Ce sont d'abord, les psychologues et les sociologues qui se sont intéressés à la qualité de vie qui a, par la suite, suscité bon nombre de travaux de la part des médecins et des psychiatres, dont l'intérêt pour la santé a été élargi à ses aspects psychologiques et sociaux. Le concept de santé a ainsi été étendu de son acception objective liée à l'absence de maladie et aux conditions de vie, à celle, beaucoup plus large, englobant une dimension subjective, qui prend en ligne de compte le bien-être physique, psychologique, matériel et social des sujets.

La qualité de vie a, de ce fait, fait l'objet de travaux considérables embrassant des domaines aussi variés que celui des sciences médicales, des sciences économiques et environnementales ainsi que des sciences humaines et sociales.

Ainsi, le concept de qualité de vie liée à la santé reste, comme le souligne Leplège (2008), indissociable de celui de qualité de vie dans son acception plus globale, avec ses différentes composantes à savoir les aspects psychologiques, les habitudes et l'hygiène de vie, la sphère relationnelle, la vie professionnelle et la situation financière.

En tout état de cause, qualité de vie ou qualité de vie liée à la santé sont des termes renvoyant à une perception ou une évaluation subjective que le sujet a de sa santé ou de son état, dans un sens plus global.

Selon l'OMS, quatre domaines composent la qualité de vie, à savoir :

- Le domaine de la santé physique, comprenant les activités quotidiennes, la dépendance aux substances médicales et à l'aide médicale, l'énergie et la fatigue, la mobilité, la douleur physique et la gêne, le sommeil et le repos, et la capacité à travailler.

- Le domaine psychologique, comprenant l'image du corps et l'apparence, les sentiments négatifs, les sentiments positifs, l'estime de soi, les croyances personnelles, la religion et la spiritualité, les opinions, l'apprentissage et la concentration.

- Le domaine des relations sociales, comprenant les relations personnelles, le support social et l'activité sexuelle.

- Le domaine de l'environnement, comprenant les ressources financières, la liberté, la sécurité, l'intégrité, les soins médicaux et sociaux : accessibilité et qualité, environnement familier, les opportunités d'acquérir de nouvelles informations et pratiques, la participation et les opportunités de création, de loisirs et d'activités, l'environnement physique (pollution, bruit, embouteillage, climat) et les transports.

Ainsi le concept de qualité de vie est, comme le montre Bruchon-Schweitzer (2002), « le concept le plus large de tous et le plus intégratif. Il s'est construit peu à peu par

l’intégration de différents indicateurs au fil du temps : le bonheur, d’origine philosophique, le bien-être matériel (welfare) et le bien-être subjectif (well-being) d’origine psychologique et sociologique, la santé physique d’origine médicale et la santé mentale d’origine psychiatrique ».

3- Qualité de vie et cancer

En cancérologie, les premiers travaux sur la qualité de vie se sont intéressés aux effets secondaires des traitements permettant des gains en matière de taux et de durée de survie, tout en prenant en ligne de compte la qualité de cette survie, au vu de l'agressivité grandissante de ces traitements. Et c'est à partir de là que des outils d'évaluation de la qualité de vie propres aux personnes atteintes de cancer ont commencé à voir le jour.

Il est vrai que l'efficacité thérapeutique des traitements constitue la préoccupation principale des oncologues. Ainsi, la Food and Drug Administration (FDA) pose, comme premiers critères de jugement, la survie globale ainsi que les critères basés sur l'évaluation de la tumeur, à savoir, le taux de réponse, la survie sans progression et la survie sans maladie (Bellera et al., 2013 ; Fiteni et al., 2014, cités dans Septans, 2014).

Selon ces mêmes auteurs, l'évaluation des symptômes, en termes de tolérance, n'est prise en compte, dans les essais thérapeutiques de phase I, que dans la mesure où elle peut renseigner sur le degré de toxicité des traitements. Cependant, dans les essais de phases II et III, la tolérance aux traitements prend une place prépondérante, tout autant que l'efficacité de ces traitements.

La prise en considération du point vue des patients, en dépit de ses limites, a amené les chercheurs à intégrer la qualité de vie en tant que critère de jugement dans les essais cliniques en oncologie. En effet, cette approche a permis de prendre en compte les aspects physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux dans l'évaluation d'un traitement.

Partant, la qualité de vie devient un critère important dans l'évaluation d'un traitement, dans la mesure où ce dernier ne doit, en aucun cas, l'altérer. L'augmentation de la durée de survie, souvent de quelques mois ou d'une ou deux années, ne peut, en effet, prendre le pas sur la qualité de cette survie.

Ainsi, même si certains traitements n'apportent pas de gain important en termes de survie, il y est fait recours dans le but d'améliorer la qualité de vie ou le confort des

patients, notamment en fin de vie, d'autant qu'il a été observé que la durée de survie pouvait être améliorée par une meilleure qualité de vie.

De ce fait et, en raison de la nette amélioration de la durée de survie, un intérêt particulier est aujourd'hui porté à la qualité de vie, qui a pris une place prépondérante et de plus en plus importante dans le domaine de la santé, notamment en ce qui concerne la maladie cancéreuse.

Selon Cousson-Gélie (1997), la qualité de vie renvoie à la notion de bien-être et de satisfaction, telle qu'évaluée par le sujet lui-même. Elle dépasse le concept de santé pour englober trois dimensions relatives à la santé physique mais aussi psychologique et sociale.

Plusieurs dimensions de la qualité de vie sont décrites par les différents auteurs et la pertinence de ses dimensions est fonction des particularités de chaque pathologie. Ainsi, la dimension corporelle prend toute son importance, dans les cancers impliquant des approches thérapeutiques pouvant altérer l'image du corps, telle qu'une chirurgie mutilante, de même que la dimension sexuelle ne peut être intéressante que dans les cancers gynécologiques ou dans les cancers du sein (Cousson-Gélie, 1997).

Afin d'évaluer ces différentes dimensions, plusieurs outils de mesure ont été élaborés. Il s'agit, généralement, de questionnaires ou échelles, souvent auto-administrés. Ces questionnaires et échelles abordent différents domaines de la qualité de vie, du plus général au plus spécifique.

4- Évaluation de la qualité de vie en cancérologie

L'intérêt des chercheurs et différents professionnels de la santé pour la qualité de vie, n'a ainsi cessé de grandir, notamment dans le domaine de la cancérologie ou elle constitue une des préoccupations importantes des cancérologues qui, de plus en plus, l'intègrent dans leurs différentes évaluation et prennent des mesures en vue de sa préservation ou son amélioration.

Les évaluations ou mesures de la qualité de vie répondent à plusieurs objectifs : d'abord, dans les essais cliniques, elles permettent de comparer l'efficacité et les effets de différents traitements sur la survie et en termes de tolérance et de confort, un autre objectif est d'améliorer la prise en charge des patients et, enfin d'accompagner des actions de santé publique (Schraub et Mercier, 2002).

Il existe, dans la mesure de la qualité de vie, deux types de questionnaires à savoir : les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques. Les questionnaires ou échelles génériques de qualité de vie liée à la santé s'adressent au plus grand nombre d'individus et permettent d'obtenir une évaluation globale de la qualité de vie.

Parmi les questionnaires génériques les plus connus, nous pouvons citer Le *Medical Outcome Study -36 items Shortform* (MOS SF-36) élaboré dans le cadre d'un du projet IQOLA ou International Quality Of Life Assessment afin de mettre en place un outil validé au niveau international. Ce questionnaire comprend une échelle à éléments multiples, qui évalue huit concepts de santé, chez tout type de population, à savoir :

- les limitations des activités physiques en raison de problèmes de santé ;

- les imitations dans les activités sociales en raison de problèmes physiques ou émotionnels ;

- les limitations dans les activités de rôle habituelles en raison de problèmes de santé physique ;

- les douleurs corporelles ;

- la santé mentale générale (détresse psychologique et bien-être) ;

- les limitations dans les activités de rôle habituelles en raison de problèmes émotionnels ;

- la vitalité (énergie et fatigue) et,

- les perceptions générales de la santé (Ware & Sherbourne, 1992).

Le deuxième outil est le World Health Organisation Quality Of Life (WHOQOL) élaboré dans le cadre d'un projet de l'OMS, ayant pour but de construire un instrument

universel, qui tienne compte des spécificités culturelles. Ce questionnaire existe sous deux versions, une version longue à cent items et une version courte à vingt-six items.

Quant aux questionnaires spécifiques, ils sont plus ciblés et évaluent la qualité de vie d'une population donnée par rapport à telle ou telle pathologie, avec toutes ses caractéristiques et toutes ses particularités.

Dans le cas de la maladie cancéreuse, plusieurs questionnaires, visant à évaluer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer, ont été élaborés. Nous pouvons citer ici, le *Quality of life Questionnaire-Core 30* (QLQ-C30), qui a été élaboré en 1986, par un groupe de nombreux chercheurs, mis en place par L'EORTC (European Organization for Research and Treatment). Il s'agit d'un questionnaire général spécifique permettant d'évaluer la qualité de vie dans la maladie cancéreuse, toutes localisations confondues.

Ce questionnaire comporte une partie dimensions, qui évalue les capacités physique, la dimension psychologique et émotionnelle, la vie relationnelle et sociale, les aspects cognitifs, et les difficultés financières. Dans sa partie symptômes il évalue la fatigue, les nausées et vomissements, la douleur, la dyspnée, l'insomnie, l'appétit, la constipation et la diarrhée (EORTC, 2002). Nous pouvons citer aussi le FACT-G ou *Functionnal Assessment of Cancer Therapy –General*, qui évalue quatre dimensions, comprenant le bien-être physique, le bien-être social, le bien-être fonctionnel et le bien-être émotionnel. Ces deux questionnaires sont complétés par des modules spécifiques à la localisation cancéreuse.

Concernant les questionnaires spécifiques aux différentes localisations cancéreuses, il y a lieu de noter que c'est à Karnofsky et Buchenwald que revient le mérite d'avoir élaboré la première échelle, permettant d'évaluer l'impact du cancer et de ses traitements sur l'état physique général des patients atteints de cancer du poumon en cours de chimiothérapie.

Parmi les autres mesures spécifiques qui ont été développées, nous pourrons citer le Functional Living Index Cancer (FLIC) de Schipper, Clinch, Mac Murray et Levitt

(1984), le Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES) de Schag, Heinrich et Ganz (1989) ou le Quality of Life Index (QLI) de Spitzer, Dobson, Hall, Chesterman, Levi, Shepherd, Battista et Catchlove (1981).

D'autres questionnaires ont été développés par l'EORTC, telles que le H&N35 pour les cancers de la tête et du cou, le OV28 pour le cancer de l'ovaire et le BR23 pour les cancers du sein.

Cousson-Gélie (1997) a dressé une liste des principales échelles utilisées pour mesurer la qualité de vie de patients atteints de cancer, que nous présentons ci-dessous.

- Karnofsky Rating Scale (Karnofsky et al., 1949) évaluant l'état physique général.
- Social Adjustment Scale (Weissman, 1975) qui évalue l'activité professionnelle, sociale, les relations familiales et sexuelles, l'anxiété et la dépression.
- Psychiatric Symptom Index (Ilfeld, 1976) évaluant l'anxiété, la dépression, les plaintes somatiques.
- Sickness Impact Profile (Bergner et al., 1981) qui mesure l'état émotionnel, les interactions sociales, le sommeil, l'appétit, les capacités à travailler, les loisirs et la mobilité.
- Functional Living Index-Cancer (Schipper, 1984) déterminant un score global de qualité de vie, la douleur, le stress et la capacité à travailler.
- Cancer Rehabilitation Evaluation System (Schag, 1989) mesurant un score global de qualité de vie et cinq sous échelles (état physique, état psychologique, relations conjugales, relations sexuelles et relations avec le personnel soignant).
- QLQC-30 (Aaronson et al., 1993) qui mesure 9 dimensions de la qualité de vie : l'état physique, les limitations en ce qui concerne les activités, l'état cognitif, l'état émotionnel, les relations sociales, les nausées, les douleurs, la fatigue et l'état général.

5- Qualité de vie et cancer du sein

S'agissant du cancer du sein, la qualité de vie des patientes s'articule autour des dimensions liées à la notion de bien-être physique, psychologique, social et spirituel. Ces dimensions sont, essentiellement, liées aux effets de la maladie et de ses traitements.

Sur le plan physique, il s'agit, notamment :

- des symptômes tels que la fatigue et la douleur, les effets secondaires liés à la chirurgie et la radiothérapie, tels que le lymphœdème, la plexopathie ou névralgie du plexus brachial, la fracture de côtes, la nécrose des parties molles, la pneumopathie, le sarcome de la paroi, la pathologie cardiaque et la limitation des mouvements de l'épaule (Hartmann, 2008) ;

- des effets secondaires de la chimiothérapie et du traitement hormonal à savoir : les nausées et vomissement, l'alopécie, les effets de la ménopause, la sécheresse vaginale et la perte de la libido, à moyen et à long terme de la chimiothérapie. Schraub et al. (2002) citent la toxicité neurologique, la prise de poids, l'aménorrhée et la ménopause, la toxicité cardiaque, un deuxième cancer (lié aux substances médicamenteuses), la fatigue et les problèmes cognitifs.

Selon une étude menée en France, par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, 2006), sur la qualité de vie des patients deux ans après le diagnostic de cancer, on retrouve des séquelles, assez à très gênantes, à deux ans du diagnostic, chez 54% des patientes alors que ces séquelles sont décrites comme peu ou pas gênantes chez 46% d'entre elles.

Sur le plan émotionnel, on retrouve, en premier lieu, la dépression, l'anxiété, et l'acceptation ou non du cancer. La même étude montre une altération plus importante de la qualité de vie psychique. Elle retrouve, en sus de la dépression et de l'anxiété, la détresse psychologique et les difficultés sexuelles et ce, chez 25% à 30% des patientes qui présentent, à 1 et 2 ans du diagnostic, des troubles de l'adaptation, des troubles anxiodépressifs, voire même un état de stress post traumatique.

L’image du corps et la vie sexuelle sont des domaines qui connaissent une altération considérable chez les femmes atteintes de cancer du sein et, même si, au fil des années, l’on peut assister à une amélioration de la qualité de vie, qui devient de plus en plus satisfaisante, ces deux domaines demeurent relativement perturbés sur le long terme.

La vie sociale et relationnelle n’est pas en reste et l’on peut assister à des difficultés dans les relations familiales, pouvant aller jusqu’à un état de détresse au sein de la famille, des difficultés aussi dans le milieu professionnel, de même que la capacité d’exercer une activité professionnelles ou d’exécuter des tâches ménagères ou de loisirs peuvent se trouver altérées.

Enfin, le bien être spirituel est essentiellement perturbé par l’incertitude de l’avenir qui caractérise cette maladie, aujourd’hui considérée comme chronique, mais dont l’évolution, sur le long terme, est faite d’interrogations et d’inquiétudes, vu son caractère dévastateur. L’idée de la mort et de la douleur y est fortement présente.

Beaucoup de travaux sur la qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein ont été réalisés. Dans un travail de synthèse, Montazeri (2008) a fait état de quelque 477 études réalisées entre 1974 et 2007. Dans ce travail, Montazeri s’est intéressé aux effets de la maladie et de ses traitements sur la qualité de vie des patientes, à travers les questionnaires de qualité de vie, dont les plus utilisés sont le MOS SF-36 ainsi que le QLQ-C30 et FACT-G et leurs module additionnel propres au cancer du sein.

Selon les résultats de ces études, l’impact de la chirurgie sur la qualité de vie des patientes est similaire, quel que soit le type d’intervention, mais elles mettent en évidence un impact négatif de la mastectomie sur l’image du corps et la sexualité, comparativement au traitement conservateur.

Concernant les thérapies systémiques, la quasi-totalité des études notent que les effets secondaires et les symptômes liés à la chimiothérapie impactent négativement la qualité de vie des patientes pendant la période de traitement.

Sur le long terme, l'hormonothérapie, en dépit de ses effets sur l'amélioration de la survie, altère la qualité de vie des patientes, par l'apparition de problèmes gynécologiques et de troubles sexuels, notamment chez les jeunes patientes.

Parmi les symptômes les plus fréquemment rapportés par les patientes, les douleurs, la fatigue, le lymphœdème et les symptômes post-ménopausiques sont, souvent, difficiles à gérer et altèrent significativement leur qualité de vie.

Sur le plan psychologique, la détresse émotionnelle, l'anxiété et la dépression sont souvent rapportées chez les patientes atteintes de cancer du sein et ce, même des années après le diagnostic et le traitement.

Dans la dimension sociale de la qualité de vie, le conseil, la fourniture de services sociaux, le soutien social et l'exercice physique permettent une amélioration de la qualité de vie.

Plusieurs autres études ont été publiés ultérieurement, dont bon nombre s'est intéressé à la qualité de vie des patientes en rémission d'un cancer du sein.

Parmi ces études, celle de Menhert & Koch (2008) a mis en évidence, chez des patientes, à quatre ans de la fin des traitements, une qualité de vie inférieure à celles des femmes du même âge de la population générale.

Dans une analyse par classe d'âge sur la qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein, réalisée en 2004, le Corroller-Soriano, Bouhnik, Auquier et Moatti (2008) notent les scores physiques et mentaux de l'échelle SF36, par classe d'âge, ne montrent pas de différences chez les femmes de 50 ans et moins, entre les facteurs qui influencent la qualité de vie physique et ceux influençant la qualité de vie mentale. De même qu'ils observent que les séquelles de la maladie et des traitements perçues comme gênantes, ainsi que le niveau d'études, affectent, de la même manière, la qualité de vie mentale et physique et ce, quel que soit l'âge des patientes.

Par ailleurs et contrairement aux femmes âgées de 65 ans et plus chez qui les variables sociodémographiques participent, plus que le système de soins, à la qualité de vie,

chez les femmes de 50 ans et moins, cette dernière est plus affectée par les variables liées à la maladie et à ses traitements.

Montazeri et al. (2008) ont réalisé une étude, en Iran, sur la qualité de vie de 99 patientes atteintes d'un cancer du sein, avant et à 18 mois du diagnostic. L'âge moyen des patientes était de 47,2 ans, elles ont été examinées à différents stades de la maladie (local, locorégional et métastatique, à travers les échelles EORTC QLQ-30 et EORTC QLQ-BR23.

Cette étude a montré une amélioration du fonctionnement physique, un an après la fin du traitement. Il a, cependant, été noté une baisse de la qualité de vie globale, à 18 mois de suivi.

Une autre étude (Costanzo al., 2007) sur la détresse et la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein, réalisée 3 mois après la fin des traitements, a mis en évidence une détresse modérée en lien avec la crainte d'une récidive du cancer. Par ailleurs, cette même étude a montré une amélioration de la qualité de vie, mesurée par le questionnaire SF-36, dans les domaines du fonctionnement physique, des douleurs corporelles et de la vitalité.

La persistance de certains effets secondaires des traitements, à l'instar de la fatigue, de l'alopécie et du lymphœdème, expliquent ces auteurs, sont des facteurs qui rendent cette période post-traitement particulièrement difficile pour les patientes atteintes d'un cancer du sein.

Au niveau cognitif, des troubles de l'attention, de l'apprentissage et de la rapidité du traitement ont été observés à 18 mois et jusqu'à 10 ans après la fin des traitements par chimiothérapie (Hays, Sherbourne, Mazel, 1993 ; Cantril, 1965, cités dans Montazeri, 2008).

En outre, une altération de l'image corporelle, ainsi que de la fonction sexuelle et du plaisir sexuel, ont été observés plusieurs mois après la fin des traitements, y compris sur le long terme.

Sur le plan relationnel, la perte du soutien social et du lien avec les soignants sont également cités (Capiello et al, 2007), comme étant à l'origine de la persistance des symptômes, chez les patientes qui expriment un besoin d'information et de soutien. Selon ces auteurs, les patientes ont signalé une altération dans leur fonctionnement social après le traitement de leur cancer du sein.

Les résultats de l'étude réalisée par Costanzo et al. (2007) montrent que la fin des traitements du cancer peut être marquée par une détresse accrue et un ajustement psychologique perturbé. Cette étude a porté sur l'adaptation psychologique, au cours des 3 mois suivant le traitement, chez 89 femmes atteintes de cancer du sein, aux stades 0 à 3, à travers des instruments de mesure de la dépression, de l'anxiété liée au cancer, des préoccupations liées au cancer et de la qualité de vie, pendant le traitement, à 3 semaines, puis à 3 mois de la fin du traitement. Les scores post-traitement étaient en faveur d'un bon ajustement psychologique chez la majorité des femmes, de même que la détresse n'a pas augmenté après traitement. Les analyses longitudinales n'ont montré aucun changement significatif, concernant la dépression ou la crainte des récidives. Il a également été observé une baisse des pensées intrusives et une amélioration de la qualité de vie. Les mesures étaient en faveur d'une plus grande détresse, chez les plus jeunes patientes. Des antécédents de dépression ou d'anxiété pouvaient prédire une exacerbation de la symptomatologie dépressive et un traitement plus long pouvait engendrer une plus grande anxiété liée au cancer.

En dépit d'indices négatifs de dépression et d'anxiété, les participantes ont signalé une détresse modérée associée à des préoccupations en lien avec leur cancer, dont des problèmes d'ordre physique, la peur de la récidive et le retour à une vie normale.

6- Qualité de vie et traitement chirurgical

Comme nous l'avons noté précédemment, la chirurgie constitue le traitement de choix du cancer du sein. Elle est, le plus souvent associée à une chimiothérapie adjuvante et une radiothérapie.

Les femmes atteintes d'un cancer du sein, à un stade précoce, se voient généralement offrir le choix entre trois options chirurgicales, d'efficacité égale : une chirurgie conservatrice du sein, une mastectomie ou une mastectomie avec reconstruction mammaire. Parce que la survie est la même, le choix entre ces procédures vise à optimiser la qualité de vie (QOL).

En raison de son aspect mutilant et de son impact tant somatique que psychologique, sur les femmes atteintes de cancer du sein, la mastectomie a suscité l'intérêt des chercheurs depuis de longues années. Des comparaisons des effets physiques et psychologiques avec la chirurgie conservatrice du sein ont également fait l'objet de bon nombre de travaux. La reconstruction mammaire, parfois présentée comme la panacée, car permettant de réparer les effets de la mutilation et facilitant le retour à une vie normale, a donné lieu à différentes appréciations, aussi bien par rapport au niveau de satisfaction des patientes qui en ont bénéficié que de par les résultats des études sur le sujet.

Plusieurs recherches suggèrent que la chirurgie conservatrice ou la reconstruction du sein pourraient atténuer les effets négatifs du cancer du sein sur le bien-être sexuel des femmes. Cependant, peu d'études ont comparé les résultats psychosociaux du type de chirurgie chez les femmes ayant subi une tumorectomie, une mastectomie seule ou une mastectomie avec reconstruction.

Dans ce qui suit, nous passerons en revue un certain nombre de travaux ayant porté sur l'impact des différents types de chirurgie sur la qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein.

Dans un article faisant le point sur les techniques de reconstruction mammaire et sur les facteurs en jeu lors d'une demande de reconstruction du sein, Ho Quoc et Delay (2012) estiment à six semaines le temps nécessaire pour le retour à une activité normale, après une reconstruction par lambeau, comparativement à la reconstruction par prothèse, où cette durée est plus réduite. Selon la technique utilisée, l'arrêt de travail varie de trois semaines à trois mois. L'état psychologique de la patiente est un des facteurs pouvant influer sur la durée nécessaire pour la récupération et le temps

nécessaire pour le retour à une vie normale. Certaines patientes, n'ayant pas totalement fait le deuil du sein perdu, peuvent, à l'occasion de la reconstruction, voir réapparaître les mêmes réactions anxieuses de la mastectomie.

Le résultat esthétique de la reconstruction ne peut être évalué dans l'immédiat, il faudra attendre la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire et, le cas échéant, la symétrisation du sein controlatéral, lors d'une ou deux autres intervention, ce qui pose un délai d'attente pouvant aller de trois à six mois.

La reconstruction autologue peut permettre de retrouver la sensibilité du sein, mais de façon progressive, sur une durée de plusieurs mois, qui peut, parfois, s'étaler à deux ou trois ans et, nécessitant, souvent, une rééducation sensitive du sein reconstruit.
La reconstruction mammaire ne permet pas de restaurer les troubles sensitifs au niveau du bras, les séquelles du curage axillaire sur l'épaule et le lymphœdème, qui ne sont pas le fait de cette intervention.

Les cicatrices, au niveau du sein et du dos, pour la reconstruction par lambeau du grand dorsal, sont irréversibles, même si elles commencent à s'estomper au bout d'une année.

L'activité sportive et l'activité sexuelles sont proscrites pendant le premier mois qui suit la reconstruction. La natation est, par contre, recommandée, surtout après reconstruction par lambeau du grand dorsal sans prothèse, car elle permet une récupération rapide de l'épaule et du dos.

Sur le plan émotionnel, la patiente a besoin d'un temps d'appropriation et d'intégration du sein reconstruit. D'ailleurs, bien souvent, l'on assiste à des réactions ambivalentes où la patiente est en proie à des questionnements sur le bien-fondé de sa décision de se faire reconstruire. Cette ambivalence peut durer entre cinq et sept mois, parfois plus, avant que ne survienne enfin l'acceptation et la satisfaction.

Le soutien social (famille et amis), les échanges avec d'autres patientes, la disponibilité des soignants par l'écoute, la bienveillance et le dialogue sont, à ce

moment, extrêmement utiles pour rassurer la patiente et l'aider à exprimer et à gérer ses émotions. L'intervention psychologique peut s'avérer nécessaire, en cas de difficultés psychologiques consécutives à la reconstruction.

Cocquyt et al. (2003), ont réalisé une étude, sur les meilleurs résultats esthétiques et une qualité de vie comparable, après une mastectomie épargnant la peau et une reconstruction autologue immédiate du sein, par rapport au traitement conservateur du sein. Ils soutiennent que la chimiothérapie préopératoire peut être utilisée, dans le cancer du sein primitif de grande taille, pour réduire la taille de la tumeur et faciliter la chirurgie conservatrice du sein. Le résultat esthétique de cette chirurgie dépend de la taille du résidu tumoral, par rapport à la taille du sein. Après la mastectomie, une reconstruction mammaire immédiate, avec un tissu autologue, donne d'excellents résultats esthétiques. Outre l'amélioration de la survie globale sans maladie, la qualité de vie, l'image du corps et les résultats esthétiques sont d'une grande importance après le traitement du cancer du sein.

Dans cette étude, outre l'observation des résultats esthétiques, la qualité de vie liée à la santé et l'image corporelle ont été évaluées, chez des patientes traitées par chimiothérapie préopératoire suivie de chirurgie conservatrice, d'une mastectomie épargnant la peau et d'une reconstruction mammaire du lambeau perforateur, à l'aide du questionnaire abrégé sur l'état de santé (SF-36), du Medical Outcomes Study (MOS), et d'un questionnaire spécifique à l'étude.

Pour l'ensemble des patientes, à l'exception du score vitalité, qui est légèrement inférieur, les scores normalisés de l'état de santé physique et mentale sont comparables à ceux de la population générale. Aucune différence significative n'a pu être observée entre les deux groupes. La majorité des patientes étaient satisfaites de l'apparence de leurs seins. Les résultats esthétiques, évalués par l'équipe clinique, étaient significativement meilleurs dans le groupe reconstruction mammaire immédiate que dans celui de la chirurgie conservatrice. Les résultats, en termes de qualité de vie, étaient comparables, entre un traitement conservateur du sein ou une mastectomie avec reconstruction, mais les résultats esthétiques étaient meilleurs après reconstruction.

Dans une autre étude, He et al. (2012) ont comparé la qualité de vie (QV) et la satisfaction globale à l'égard du traitement, chez les femmes du sud de la Chine, atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce, ayant bénéficié d'un traitement conservateur du sein ou d'une mastectomie, à 60 mois et 65 mois post radiothérapie, respectivement pour le premier et le deuxième groupe. Les patientes, ayant bénéficié d'un traitement conservateur, n'ont pas rapporté une meilleure qualité de vie, dans les domaines physique, fonctionnel, émotionnel et spécifique au sein, par rapport à celles qui ont eu une mastectomie. Cependant, les patientes qui ont eu un traitement conservateur ont connu un ajustement social plus favorable.

Partant de l'idée que la dépression est associée aux survivantes du cancer du sein, dans 22% des cas et, bien que la reconstruction mammaire vise à apporter des améliorations psychologiques, telles que la réduction de la dépression, De Raaff et al. (2016) ont évalué l'impact de la reconstruction mammaire après mastectomie sur le risque de dépression à long terme et les facteurs prédictifs de la dépression. L'enquête a été mené sur 139 femmes ayant subi une mastectomie et 105 femmes ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire, entre 1999 et 2009, à six mois de suivi moyen, plus de 6 ans après l'opération, à travers le Beck Depression Inventory-13 (BDI-13). L'évaluation a mis en évidence un risque élevé de dépression chez 48,2% des femmes examinées, avec une tendance légèrement plus élevée pour les femmes ayant eu une reconstruction mammaire et un risque accru de dépression en cas de traitement hormonal. Cette étude a montré que la reconstruction mammaire n'avait pas d'influence évidente sur les symptômes dépressifs à long terme.

Dans une autre étude (Yurek, Farrar et Andersen (2000) ont examiné un groupe de 190 femmes diagnostiquées et ayant subi un traitement chirurgical pour un cancer du sein, pour déterminer les séquelles de modification sexuelle et corporelle chez celles ayant eu une mastectomie radicale, modifiée avec reconstruction mammaire, par rapport aux séquelles chez les femmes ayant reçu un traitement conservateur du sein ou une mastectomie sans reconstruction mammaire. Le schéma sexuel chez les femmes ayant subi une chirurgie reconstructive était très différent (taux d'activité plus faible et moins de signes de sensibilité sexuelle) que celui des femmes des deux autres groupes. Les

femmes ayant eu une mastectomie ont signalé des niveaux de stress traumatique et de détresse, en relation avec la modification du sein, nettement plus élevés que les femmes ayant eu un traitement conservateur. En utilisant un modèle pour prédire la morbidité sexuelle, les analyses de régression ont révélé que les différences individuelles d'auto-schéma sexuel étaient liées aux effets du stress dû aux changements sexuels et corporels.

Gilboa et al. (1990) ont évalué 34 femmes ayant subi une reconstruction mammaire après une mastectomie pour cancer du sein, quant à leur adaptation émotionnelle et psychosociale. Des tests psychologiques standardisés et un questionnaire d'auto-évaluation ont été utilisés, ainsi que l'évaluation, par le chirurgien, du succès esthétique de la reconstruction. Deux tests psychodiagnostiques se sont avérés utiles pour identifier les femmes inadaptées qui ne tirent pas un bénéfice optimal de la reconstruction : un questionnaire qui évalue le niveau de dépression (Beck) et un autre qui évalue le niveau d'optimisme (Cantril). Aucune corrélation n'a été observée entre l'évaluation du succès esthétique de la reconstruction par le chirurgien et la satisfaction des femmes. Il a été constaté qu'il existe deux groupes de femmes, émotionnellement à haut risque : les femmes célibataires et les femmes recevant un traitement adjuvant. Les auteurs de cette étude ont souligné l'importance du soutien psychologique aux patientes présentant un risque émotionnel élevé, concernant l'importance de la mastectomie et leur réaction à la reconstruction mammaire.

Pour ce qui est de la motivation et la satisfaction à l'égard de la reconstruction, Anderson, Rodin et Ariyan (1994) se sont intéressés à l'importance relative des facteurs de motivation et la satisfaction, quant au choix de traitement chez les patientes ayant subi une mastectomie non reconstruite ou reconstruite. Ils ont interrogé 144 femmes dans quatre groupes : des patientes ayant bénéficié d'une reconstruction, des patientes ayant eu une mastectomie sans reconstruction et deux groupes témoins composés de femmes n'ayant pas eu de cancer ou ayant subi une hystérectomie pour cancer de l'utérus.

Cette étude montre que, bien que les femmes, qui ont opté pour la reconstruction, aient déclaré être plus préoccupées par l'apparence physique que les femmes n'ayant pas eu

de reconstruction, les deux groupes ont exprimé des préoccupations concernant le malaise chirurgical et les complications possibles. De plus, les préoccupations des femmes concernant l'apparence ne semblent pas être en lien avec le regard des autres ou leur propre évaluation. Bien au contraire, ce sont les attitudes personnelles vis-à-vis de l'apparence qui peuvent affecter les expériences interpersonnelles. Selon ces auteurs, les préoccupations concernant la possibilité de récidive peuvent réduire la satisfaction des patientes, chez certaines femmes reconstruites. Une éducation post-chirurgicale sur le risque de cancer semble, à leur avis, nécessaire. Les auteurs concluent que les patientes, ayant subi une mastectomie reconstruite et non reconstruite, ne semblent pas différer, dans leurs comportements postopératoires favorisant la santé personnelle.

D'autres auteurs (Costen, Suduikis et Donegan, 1992) ont évalué la satisfaction à l'égard de la reconstruction mammaire après une mastectomie pour cancer du sein, chez 32 femmes. La plupart des reconstructions consistaient en un implant sous-musculaire réalisées après un intervalle moyen de 11,3 mois. Les interventions ont été en moyenne de 2,4 par personne et près de la moitié des femmes ont déclaré avoir besoin d'une intervention chirurgicale sur le sein opposé, pour obtenir une symétrie. Bien que 60% des reconstructions aient entraîné une complication ou une plainte, les femmes ont indiqué qu'elles se sentaient plus équilibrées, plus saines et moins déprimées et qu'elles étaient toutes heureuses d'avoir une reconstruction mammaire.

Dans une évaluation rétrospective, de 1998 à 2005, de 450 femmes ayant eu une reconstruction mammaire immédiate ou différée, par lambeau du muscle grand dorsal ou avec prothèse, Dejode et al. (2011) n'ont pas trouvé de différence significative, au niveau du résultat esthétique, entre les deux types de reconstruction. Le résultat a été jugé mauvais par 11,2% des patientes, la symétrie des deux seins a été jugée mauvaise par 19,9% et la cicatrice était difficilement acceptable pour 15 à 20% d'entre elles. La cicatrice était le plus ressentie, respectivement, au niveau du dos, du sein controlatéral, puis sur la reconstruction mammaire.

Pour le résultat fonctionnel, les patientes ont signalé une gêne et une douleur principalement au niveau du dos. Ces symptômes sont plus importants dans les

reconstructions immédiates. 71,2% des patientes ont bénéficié d'une kinésithérapie postopératoire et 18,9% ont poursuivi leurs séances bien plus tard. Même si le handicap a été jugé faible par la majorité des patientes, 10% d'entre elles gardent une sensation de handicap important.

Sur le plan de la qualité de vie, 71% des patientes sont sereines. Elles ne présentent pas de gêne importante à porter un maillot de bain ou à regarder leur torse nu. 8,9% d'entre elles ont, toutefois, des difficultés à se voir torse nu et 17,6% à se montrer à leur conjoint, ce qui affecte leur vie affective et sexuelle dans 36,4% des cas. Globalement, 95,7% affirment ne pas regretter d'avoir fait une reconstruction mammaire.

D'une manière générale, la plupart des patientes sont, selon cette étude, satisfaites de leur reconstruction, mais il reste, néanmoins, une partie d'entre elles qui ne le sont pas et qui signalent être déçues par le résultat esthétique ou que leur qualité de vie est altérée, d'où la recommandation des auteurs de porter un intérêt particulier à ces femmes, afin de mieux comprendre les raison de leur insatisfaction, en vue d'une prise en charge plus adaptée.

Même si la reconstruction mammaire après une mastectomie semble être d'un grand apport pour les patientes, un nombre relativement faible de patientes y fait recours. Afin de comprendre l'attitude des femmes et les causes de refus de la reconstruction, Handel et al. (1990) ont examiné 158 femmes dont 71 avaient été reconstruites et 87 ne l'avaient pas été.

Selon les résultats de cette étude, les facteurs déterminants de l'acceptation ou du refus de la reconstruction sont multiples, mais les plus importants sont liés à l'âge avancé au moment de la mastectomie, l'inquiétude suscitée par les complications d'une nouvelle intervention chirurgicale, l'incertitude quant aux résultats et la crainte des conséquences de la reconstruction sur les futurs problèmes de cancer du sein, ce qui rejoint les résultats de notre étude (Hassas, 2013). En revanche, la situation matrimoniale, la chimiothérapie ou l'expérience d'autres patientes, dont le résultat de la reconstruction était mauvais, n'affectaient pas la décision. Les auteurs insistent sur la nécessité d'une prise de conscience et d'une compréhension de ces facteurs par les

médecins, qui pourraient mieux apporter aux patientes conseils et informations, en vue de faire bénéficier plus de femmes des avantages de la reconstruction mammaire.
Comme nous pouvons le constater à travers cette revue de la littérature, beaucoup de travaux ont été consacrés aux différents type de chirurgie du cancer du sein, tant sur le plan médico-chirurgical, que sur leurs effets psychosociaux et leur impact sur la qualité de vie. Cependant, peu d'entre eux ont comparé les résultats psychosociaux des femmes ayant subi une tumorectomie, une mastectomie seule ou une mastectomie avec reconstruction.

Parmi ces travaux, nous pouvons citer l'étude de Rowland et al. (2000), qui a été réalisée sur un total de 1957 survivantes du cancer du sein, 1 à 5 ans après le diagnostic, de deux grandes régions métropolitaines, évaluées en deux vagues, à l'aide d'un questionnaire d'auto-évaluation, comprenant un certain nombre de mesures normalisées de la qualité de vie liée à la santé, de l'image du corps et du fonctionnement physique et sexuel.
Plus de la moitié (57%) des femmes avaient subi une tumorectomie, 26% avaient subi une mastectomie seule et 17% une mastectomie avec reconstruction. Comme dans les études précédentes, les femmes du groupe de mastectomie avec reconstruction étaient plus jeunes que celles des groupes de tumorectomie ou de mastectomie seule. Les femmes des deux groupes de mastectomie se sont plaintes de plus de symptômes physiques, liés à leurs chirurgies que les femmes du groupe de tumorectomie. Cependant, il n'y avait pas de différences entre les trois groupes, sur le plan émotionnel ou social.

Il est intéressant de noter que les femmes du groupe de mastectomie avec reconstruction étaient plus susceptibles de déclarer que le cancer du sein avait eu un impact négatif sur leur vie sexuelle (45,4% contre 29,8% pour la tumorectomie et 41,3% pour la mastectomie seule).

Selon cette étude, l'impact psychosocial du type de chirurgie primaire, pour le cancer du sein, se produit principalement dans les domaines de l'image corporelle et du sentiment d'attractivité, où les femmes ayant bénéficié d'une tumorectomie ont obtenu des résultats positifs. Cependant, au-delà de la première année après le diagnostic, la

qualité de vie des femmes est plus susceptible d'être influencée par leur âge ou leur exposition à un traitement adjuvant que par leur chirurgie mammaire.

Nissen et al. (2001) ont réalisé une étude prospective sur des femmes âgées de 30 à 85 ans, atteintes d'un carcinome du sein nouvellement diagnostiqué, ayant subi une chirurgie conservatrice du sein, une mastectomie seule ou une mastectomie avec reconstruction mammaire. La qualité de vie de ces femmes a été évaluée après le diagnostic et à 1, 3, 6, 12, 18 et 24 mois plus tard, à l'aide de l'échelle de l'incertitude de la maladie de Mischel, du profil des états de l'humeur et de l'évaluation fonctionnelle du traitement anticancéreux du cancer du sein.

Compte tenu du score de qualité de vie obtenu au début de l'étude, les résultats de cette dernière, selon l'âge et le type de traitement non chirurgical, ont mis en évidence la présence de troubles importants de l'humeur et un bien-être plus médiocre, chez les femmes qui ont bénéficié d'une mastectomie avec reconstruction, que chez celles ayant subi une mastectomie seule. Ces différences ont été observées jusqu'à 18 mois après la chirurgie.

Bien que des analyses similaires aient également montré que les femmes, ayant eu une chirurgie conservatrice du sein, avaient plus de troubles de l'humeur que chez celles ayant eu une mastectomie seule, cette différence était significative, seulement à 12 mois plus tard. Les groupes chirurgie conservatrice du sein et mastectomie seule ne présentaient pas de différence significative concernant le bien-être.

Les auteurs de cette étude concluent que les aspects de la qualité de vie, autres que l'image corporelle, ne sont pas meilleurs chez les femmes qui ont eu une chirurgie conservatrice du sein ou une mastectomie avec reconstruction, que chez les femmes ayant subi une mastectomie seule. La mastectomie avec reconstruction est, en effet, associée à des troubles de l'humeur plus importants et un moindre bien-être.

Concernant la perception de soi et l'image du corps, Reaby, Hort et Vandervord (1995) se sont intéressés à l'image corporelle, image de soi et estime de soi, chez les femmes

ayant subi une mastectomie et portant une prothèse mammaire externe, ou ayant subi une reconstruction mammaire et chez les femmes n'ayant pas subi de mastectomie.

Dans leur étude, elles ont comparé les perceptions de trois groupes de femmes, concernant leur image corporelle, leur concept de soi, leur image de soi totale et leur estime de soi. Les groupes comprenaient 64 femmes qui avaient subi une mastectomie et portaient des prothèses mammaires externes, 31 qui avaient subi une mastectomie et qui avaient subi une reconstruction mammaire, et un groupe témoin de 78 femmes qui n'avaient pas subi de mastectomie.

Les scores moyens de l'image corporelle, de l'image de soi totale et de l'estime de soi, indiquaient que les groupes de prothèses et de reconstructions avaient des sentiments plus positifs vis-à-vis de leur corps que le groupe de contrôle. Il n'y avait pas de différence significative dans la conception de soi entre les trois groupes. Ces résultats remettent en cause l'hypothèse courante, selon laquelle la mastectomie entraîne automatiquement une morbidité psychiatrique, causée par une altération de l'image corporelle et suggèrent que les professionnels de la santé ne devraient pas présumer de la façon dont une femme répond psychologiquement à la mastectomie.

Comme avancé plus haut, la mastectomie seule et la mastectomie avec reconstruction sont tout aussi efficaces pour le traitement du cancer du sein, à un stade précoce. Le choix, par les patientes, de l'un de ces procédés chirurgicaux est souvent lié à leurs attentes en matière de qualité de vie. Une information sur la qualité de vie, après ces différents traitements chirurgicaux, pourrait aider à la prise de décision, tant par les patientes elle-même que par leurs médecins, concernant le type de chirurgie.

L'évaluation de la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein se fait par le biais des échelles et questionnaires, comme nous l'avons montré, à travers les différentes études et recherches que nous avons énoncées dans ce chapitre,.

Ces instruments permettent de mesurer différents aspects de la qualité de vie, telle qu'elle est perçue et exprimée par les patientes. Il nous a semblé intéressant de faire une évaluation plus approfondie, prenant en compte les processus inconscients, dans

leurs différentes dimensions, en examinant le fonctionnement psychologique des patientes, à travers une épreuve projective, en l'occurrence, le Rorschach en système intégré, qui fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE 4

LE RORCHACH EN SYSTEME INTEGRE

1- Un peu d'histoire

1.1- La naissance du Rorschach

L'intérêt scientifique pour les taches d'encre remonte à la fin du XIX^{ème} siècle. En 1895, Henri et Binet ont, bien avant Herman Rorschach, tenté d'introduire les taches d'encre dans leurs premiers tests d'intelligence, comme indicateur des capacités cognitives, des associations et de la représentation visuelle. Plus tard, plusieurs auteurs, aussi bien aux USA qu'en Europe, ont publié des articles sur l'utilisation des taches d'encre dans l'étude de l'imagination et de la créativité (Castro, 2006).

Un peu plus tard, Herman Rorschach, psychiatre suisse, proposa le test des taches d'encre. Bien que les raisons ayant poussé ce psychiatre à l'étude des taches d'encre ne soient pas entièrement connues, Exner (1995), revient sur trois raisons, déjà évoquées par Ellenberger, son historien personnel, dont l'importance est incontournable et qui ont poussé Herman Rorschach à l'étude des taches d'encre, à savoir :

- le fait qu'il soit le fils d'un artiste ;
- qu'il était, depuis son jeune âge, un passionné de « Klecksographie », ce « jeu des taches d'encre » alors très répandu en Europe ;
- que son amitié avec Konrad Gehring, son ancien camarade de classe, a joué un rôle décisif dans son choix d'utiliser les taches d'encre dans l'examen de ses patients.

Gehring était à l'époque instituteur dans une école proche de l'hôpital « Munsterlingen » où Rorschach exerçait. Pour résoudre les problèmes comportementaux dans sa classe et motiver ses élèves à travailler, il leur promettait de les laisser jouer aux taches d'encre et les emmenait souvent chanter, pour les malades de cet hôpital. Rorschach a rapidement constaté la grande potentialité transactionnelle

de ce test. Il a, dès lors commencé à comparer les réponses données par les élèves à celles de ses patients.

Au cours de l'année 1911, Rorschach et Gehring ont continué à créer et tester différentes taches d'encre, dans un cadre purement amical, sans avoir un projet de travail précis. La parution, dans la même année, du travail d'Eugène Bleuler, le directeur de thèse de Rorschach, sur la démence précoce, où le terme de schizophrénie est apparu pour la première fois, a cependant incité Herman Rorschach à s'intéresser aux réponses des patients diagnostiqués schizophrènes, au sens d'Eugène Bleuler. Il a constaté que ces patients donnaient des réponses différentes de celles des autres. Rorschach a présenté, dans une association locale de psychiatrie, un exposé sommaire des résultats obtenus, mais sa présentation n'a pas suscité d'intérêt auprès des présents, ce qui l'a poussé à abandonner ses recherches pendant quelques années.

En 1918, Syzmond Hens, un étudiant en médecine d'origine polonaise, a publié, sous la direction de Bleuler, sa thèse dans laquelle il a abouti à des similitudes et des différences dans les contenus produits dans ses groupes de recherche, à travers l'administration de huit taches d'encre à des sujets, enfants et adultes (normaux et pathologiques) ; il a émis l'hypothèse de la possibilité d'utilisation d'un système de classification des contenus des réponses dans le diagnostic. Mais Rorschach, qui avait une large connaissance des travaux sur la perception, s'est intéressé à la classification des caractéristiques des réponses plutôt qu'à celle des contenus.

H. Rorschach a utilisé, dans ses travaux, une quarantaine de taches d'encre, dont il a sélectionné une quinzaine et il a réuni 405 protocoles, chez 117 sujets normaux et 188 schizophrènes. En se basant sur les travaux des gestaltistes, il a abouti à trois séries de codifications, traduisant trois types de réponses, à savoir : la localisation (G, D), les déterminants (F, C, K) et les contenus (H, A…) et il a appelé son épreuve « test d'interprétation des formes » ; il a considéré ses résultats comme des résultats préliminaires, pour des études ultérieures plus approfondies.

En 1920 et, partant d'échantillons d'étude suffisants, il a montré que sa technique des taches d'encre était d'une importance capitale dans le diagnostic, notamment de la schizophrénie, de même qu'il a découvert, à l'occasion de cette étude, que la présence,

en grand nombre, de certains types de réponses (en particulier, les réponses kinesthésiques et les réponses couleur), étaient en lien avec des caractéristiques psychologiques particulières (Rorschach, 1921).

En somme, contrairement à ses prédécesseurs, Rorschach n'avait pas, avec ses taches d'encre, l'intention d'étudier l'imagination des sujets. Il s'intéressait à l'acte de perception, en tant que révélateur des mécanismes psychologiques d'un sujet dans son rapport au monde. Rorschach centra son analyse, non pas sur le contenu des réponses, mais sur les modalités du rapport du sujet aux taches d'encre : de quelle manière il les découpe, de quels composés de la tâche il se sert (couleurs, nuances, formes), et dans quelle mesure il se rapproche ou s'éloigne du sens commun. L'étude systématique des modalités de la perception des formes dans les Taches d'encre, qu'il réalisa auprès de patients et de bien portants, l'amena à décrire différents types de procédures perceptives et à établir des parallèles entre ces procédures et certains traits de caractères et/ou certaines pathologies mentales. C'est ainsi qu'il proposa aussi une typologie psychologique qui distinguait trois modalités fondamentales de rapport au monde : l'introversivité, l'extratensivité et l'ambiéqualité. Ces types reposent sur la façon dont les sujets associent, dissocient ou mélangent les affects et la pensée dans leur fonctionnement habituel (Andronikof, 2008a).

Les résultats obtenus par Rorschach ont suscité beaucoup d'intérêt de la part de ses collègues, notamment Bleuler, qui a montré un grand enthousiasme pour l'intérêt diagnostic de ses travaux. Ils l'ont alors encouragé à publier ses résultats, pour inciter les praticiens à apprendre et utiliser sa technique. Il a finalement publié, avec l'aide de son collègue Walter Morgenthaler, son manuscrit, en juin 1921, de même qu'il a poursuivi ses travaux tout au long des mois suivants, mais il est malheureusement décédé le 2 avril 1922, à l'âge de 37 ans.

Rorschach a passé quatre années à étudier les taches d'encre, puis, après son décès, bon nombre de ses collègues ont continué à travailler dans la même optique. Il avait noté, dans son livre, les limites de son étude et insisté sur la nécessité de poursuivre ce travail. Parmi les chercheurs qui ont continué à travailler sur le sujet et à défendre les thèses de Rorschach, en mettant l'accent sur l'étude et l'analyse des contenus, nous

pouvons citer : Georgi Roemer, Emile Oberholzer et Walter Morgenthaler, mais aucun d'entre eux n'a proposé de nouvelles cotations avant 1932, année où Hans Binder a publié un système de cotation plus complexe intégrant les déterminants d'estompage, en plus d'autres cotations.

Il est à noter que, c'est à Emile Oberholzer que revient le mérite d'avoir développé et publié la technique du Rorschach. Étant un psychanalyste de renom, il a reçu le psychiatre américain David Lévy, pour une formation qui a duré une année, durant laquelle celui-ci a pris connaissance des travaux de Rorschach et, à son retour aux États Unis, il a emporté dans sa valise plusieurs copies des images des taches d'encre, ainsi que le projet d'utilisation du Rorschach avec les enfants. Mais vu ses nombreuses préoccupations, c'est l'un de ses élèves qui a réalisé le projet et qui a mis au point un nouveau système du Rorschach (Exner, 1995).

1.2- Les systèmes Rorschach aux USA

C'est à David Lévy que revient le mérite d'avoir introduit le Rorschach aux Etats-Unis et c'est un groupe de chercheurs qui a porté ce test, dans ce pays, grâce aux travaux qu'ils ont menés dans le domaine. Nous citerons, parmi ces chercheurs : David Lévy et Samuel Beck qui a réalisé, sept ans après le décès de Rorschach, la première étude systématique sur ce test. Il a mis l'accent, avec son directeur de recherche Woodworth, sur l'idée que la standardisation du test sur un groupe d'enfants, pouvait contribuer à l'étude des différences individuelles.

Après avoir achevé sa thèse, en 1932 et, jusqu'en 1934, il a publié neuf articles dans lesquelles il a montré l'apport du Rorschach dans l'étude de l'organisation de la personnalité et des différences individuelles.

Le test de Rorschach a connu alors un intérêt, sans cesse grandissant, à partir de 1934, tant dans le domaine de la psychiatrie qu'en psychologie. Et, en dépit des difficultés qu'il a rencontrées, Beck a poursuivi ses recherches sur ce test et son enseignement à la faculté de médecine de Harvard, ainsi qu'à l'hôpital psychiatrique de Boston. Il a insisté, dans ses travaux, sur la nécessité de la standardisation de l'administration, de la

cotation et de l'analyse du test et il a publié, entre 1944 et 1952, une série en trois tomes sur le test de Rorschach, expliquant son propre système.

Beck avait des échanges, autour de ses travaux, avec sa collègue, alors étudiante en psychologie, Marguerite Hertz, qui, à son tour, prit la décision de réaliser une étude similaire à celle de Beck, sur plusieurs échantillons d'enfants. Elle était parmi les premiers chercheurs à avoir compris la nécessité de développer ce test.

Elle a tenté, à travers plusieurs publications, des rapprochements entre Beck et Klöpfer, un psychanalyste allemand, qui a fui les Nazis pour s'installer aux Etats-Unis en 1934, en vue de résoudre les conflits qui les opposaient sur le Rorschach, mais en vain. Elle a, par ailleurs, publié plus de 60 articles concernant son orientation théorique sur ce test.

Contrairement à Beck, Klöpfer ne s'est pas intéressé directement au test de Rorschach, mais au vu de son expérience acquise en Suisse, dans l'application de ce test, un groupe d'étudiants lui a demandé d'organiser des sessions de formation à leur profit. Devant le refus de l'administration concernée et l'insistance de ces étudiants, il a fini par lancer, à titre privé, cette formation qui a duré plusieurs années et a regroupé plusieurs équipes, ce qui l'a poussé à consacrer la majeure partie de son temps à l'étude de ce test. Il a, par la suite, fondé en 1936, une revue spécialisée dans la publication des travaux de recherche sur le Rorschach (Rorschach Research Exchange).

En 1939, l'institut du Rorschach, en tant qu'organisme de contrôle des travaux relatifs à ce test et de la formation à son utilisation, a vu le jour. En 1948, cet institut a été érigé en association des techniques projectives (Society for Projective Techniques), de même que sa revue a changé de dénomination pour devenir un journal des techniques projectives (Journal of Projective Techniques), puis, enfin une revue de l'évaluation de la personnalité (Journal of Personality Assessment), et, à son tour, Klöpfer a publié, en collaboration avec ses associés, une série en trois volumes, portant sur le système d'utilisation du Rorschach qu'il a fondé.

La participation d'un étudiant, nommé Zygmunt Piotrowski, au premier séminaire de formation de Klöpfer, a suscité, chez lui, un grand intérêt pour le test de Rorschach. Il s'est interrogé sur les réponses des personnes atteintes de troubles neurologiques devant les taches d'encre. Il a d'abord travaillé en collaboration avec Klöpfer puis, il s'est séparé de lui, suite aux nombreuses critiques de Beck à son encontre et s'est consacré à l'étude des patients atteints de troubles neurologiques. Dix ans plus tard, en 1950, il publiait son manuscrit portant sa théorie sur le test de Rorschach.

A la même période, un autre nom est apparu dans le domaine de la recherche sur le Rorschach, aux USA. Il s'agit de David Rapaport, qui s'est intéressé à l'étude de l'efficacité de plusieurs tests psychologiques, dans la description du fonctionnement psychologique, dont le test de Rorschach. Son système Rorschach est basé sur la théorie psychanalytique et sur sa propre théorie concernant la psychologie individuelle. Et c'est Roy Schafer qui a développé ce point de vue théorique, dans son célèbre ouvrage « l'interprétation psychanalytique du test de Rorschach », paru en 1954.

Ainsi, de 1936 à 1957, cinq systèmes différents, dont la comparaison ou le rapprochement n'était pas aisé, ont vu le jour, dans le domaine du Rorschach.

C'est à John Exner que revient le mérite d'avoir étudié, dans les années 1960, toutes les écoles du Rorschach en Europe et aux USA, de Beck à Hertz, Piotrovsky, Klöpfer et Rapaport. En 1967, il soutenait sa thèse sur l'analyse des systèmes Rorschach qui existaient aux USA, à l'époque. Il a essayé de construire, à partir de tout ce qu'il y a de meilleur dans les différentes écoles, son système qu'il a appelé « compréhensive system », ou, en français, « système intégré », dont la première copie est parue en 1974.

Ce système intègre toutes les connaissances prouvée expérimentalement, qui ont caractérisé l'histoire de ce test et ce, depuis la parution du manuscrit de Rorschach en 1921, jusqu'à la recherche et la théorisation dans ce domaine, au début des années 1970. Ce système traduit les travaux des grands auteurs et chercheurs, ayant contribué à des études stratégiques complexes sur la structure et le fonctionnement de la personnalité.

C’est A. Andronikof qui a traduit ce système en français en « système intégré », dans la mesure où il constitue une intégration de tous les systèmes existants.

Parallèlement aux travaux d’Exner aux USA, un autre courant de recherche, sur le Rorschach et les techniques projectives, en général, s’est développé en Europe, s’inscrivant dans l’approche psychanalytique. Ce courant est présidé par ce qui appelé aujourd’hui l’école de Paris.

En Algérie, la pratique des techniques projective s’inscrit dans le cadre de l’approche psychanalytique développée par l’école de Paris.

1.3- Les techniques projectives en Algérie

C’est dans le début des années 1970 que la psychologie clinique est née en Algérie (Kacha, 2011) et, au regard des liens étroits entre l’Histoire des techniques projectives et celle de la psychologie clinique (Andronikof, 2008a), les psychologues algériens ont porté un intérêt particulier à ces techniques et ce, depuis les tout débuts de cette spécialité en Algérie.

Les particularités de l’application des tests projectifs en milieu algérien ont alors suscité les tous premiers travaux des chercheurs algériens. Nous citerons, dans ce contexte le travail académique réalisé par N. Kacha en 1972, sur les banalités au Rorschach sur le plan culturel, ainsi que les travaux de N. Toualbi et R. Toualbi (1980), qui ont proposé des outils projectifs inspirés du TAT, tenant compte, selon ces deux chercheurs, des spécificités culturelles algériennes.

D’autres travaux, réalisés dans des universités françaises, ont, par ailleurs, mis l’accent sur les phénomènes psychiques et leurs relations avec la spécificité culturelle algérienne, sur la base de la méthodologie projective, dans le cadre de l’approche clinique, à l’instar de ceux réalisés par F. Arar, A. Si Moussi et M. Aït Sidhoum.

Beaucoup d’obstacles méthodologiques relatifs, notamment, à la fiabilité de ces tests, dans le contexte algérien, ont été rencontrés par les chercheurs algériens, lors des

premières tentatives d'application des tests projectifs en Algérie (Aït Sidhoum, 1987 ; Boucebci, 2007). Cela n'a cependant pas empêché le recours, par certains cliniciens, à ces techniques, montrant leur intérêt dans le diagnostic clinique et mettant en évidences des critères relatifs à la normalité et à la pathologie, tant dans le cadre de la diversité que de la spécificité culturelles (Benouniche, 1980).

C'est à S. Benouniche, avec un ensemble de psychologues, enseignants, chercheurs et praticiens, ayant une expérience avérée dans le domaine, grâce à leurs travaux académiques et leurs activités dans les cadres associatif et scientifique, que revient le mérite d'avoir contribué à surmonter les obstacles et biais méthodologiques, relatifs aux facteurs culturels dans l'utilisation du Rorschach, tant dans la pratique clinique que dans le domaine de la recherche.

La création de la Société algérienne de recherche en psychologie (SARP) en 1989, a constitué un premier pas dans le domaine de la psychologie projective en Algérie, par la formation de plusieurs générations de psychologues aux techniques projectives et, plus spécifiquement, au Rorschach et au TAT.

Les travaux de cette association ont été couronnés par la parution du premier numéro de sa revue « Psychologie », consacré, dans sa totalité au TAT. Ensuite, l'intérêt des chercheurs, s'est élargi, dans les numéros suivants. Au-delà des thématiques relatives à l'adaptabilité de ces tests au contexte culturel local, leur intérêt s'est porté sur la réflexion sur des thèmes cliniques, alliant les considérations théoriques et la pratique de psychologie projective, illustrés par les travaux sur le processus de la réponse Rorschach (Aït Sidhoum, 1992), la contribution et l'importance des techniques projective dans la connaissance du champs scolaire (Si Moussi, 1992), l'importance de la relation et le rôle de l'intégration dans l'examen psychologique (Samaï Haddadi, 1999).

La création de l'Association de Psychologie d'Alger (APA), en 1993, sous la présidence de Si Moussi, est venue enrichir ce champ de recherche sur le Rorschach et le TAT en Algérie, en plus des travaux réalisés dans le cadre de thèses de Magister et de Doctorat.

Ce travail a mobilisé, pendant près de deux décennies, bon nombre de chercheurs et de praticiens, engagés dans la prise en charge psychologique et la formation, dans le domaine des techniques projectives et s'est enrichi par l'apport de la coopération avec des psychologues, psychanalystes et universitaires français, dont certains sont des précurseurs de la psychopathologie, de la psychanalyse et de la psychologie projective. Ainsi de nombreuses journées scientifiques nationales et rencontres internationales ont été organisées (Si Moussi et Benkhalifa, 2008). A ce propos, l'ouvrage en 3 volumes de Si Moussi et Benkhelifa (2008, 2009) constitue, indubitablement un guide et une référence, pour les praticiens et chercheurs algériens dans le domaine.

Parallèlement aux activités de la Société algérienne de recherche en psychologie et de l'Association de psychologie d'Alger, le Bureau d'aide psychologique aux étudiants (BAPE), sous la direction de S. Bennouniche, a poursuivi son action en utilisant les techniques projectives, comme outils diagnostiques du fonctionnement psychique des personnes qui se présentaient aux consultations de psychologie. Ce Bureau a, par la suite, été érigé en Centre d'aide psychologique universitaire (CAPU), sous la direction de Samaï Haddadi qui continue, depuis 1998, avec son équipe, la pratique des techniques projectives (Si Moussi et Benkhelifa, 2008).

La parution de l'ouvrage intitulé « Psychologie et psychopathologie des traumatismes et des maladies somatiques », sous la direction de Samaï Haddadi avec la contribution des membres de son équipes et d'autres cliniciens (Samaï Haddadi, 2010), est une référence indéniable dans la pratique des techniques projectives pour la compréhension de la psychopathologie des traumatismes psychiques et des maladies somatiques.

1.4- Introduction du Système intégré en Algérie

À partir de 2012, un groupe de psychologues, enseignants-chercheurs, dont nous faisons partie, s'est intéressé à l'approche Exnérienne, introduite en France par A. Andronikof.

En étroite collaboration avec Andronikof, Samaï Haddadi a introduit ce système en Algérie et lancé une « étude normative algérienne du Rorschach en système intégré », dans le cadre d'un projet de recherche entre le Laboratoire de Psychologie Clinique et Métrique (LAPCM) de l'université d'Alger2, qu'elle dirige et le laboratoire des processus de santé (IPsé) de l'université de Paris X Nanterre sud, dirigé par Andronikof.

Cette étude a été réalisé sur plusieurs étapes, dont la première a consisté en la formation, au système intégré, de 12 chercheurs universitaires qui ont, à leur tour, formé soixante psychologues cliniciens, de l'ensemble du territoire national, à l'administration et à la cotation du Rorschach dans le système intégré. Avec la collaboration de l'Institut National de Santé Publique (INSP) et de l'Office National des Statistiques (ONS), 614 protocoles ont pu être recueillis. L'équipe du LAPCM a procédé à l'exploitation et au traitement des données ainsi recueillies et mis en place une base de données, qui a permis d'arrêter les normes algérienne, en conformité avec les normes américaines et françaises (Samaï Haddadi et al., 2015).

2- Le Rorschach en système intégré (RSI)

De par le monde, le Rorschach figure parmi les instruments d'évaluation de la personnalité les plus utilisés par les psychologues (Castro et al., 1996). La pertinence de cet outil est aujourd'hui reconnue et sa validité n'est plus à démontrer et ce, dans différents secteurs de l'activité psychologique : les émotions et les perturbations émotionnelles, le fonctionnement cognitif et les processus d'attention–perception et la personnalité de manière générale (Andronikof-Sanglade, 1995 ; 1998b ; Andronikof-Sanglade, 2000).

Aussi fiable que d'autres outils de mesure et de diagnostic médicaux (Meyer et al., 2001), ses champs d'application sont très diversifiés : psychopathologie, psychologie de la santé, neuropsychologie, et expertise psycholégale. Il est également très utile, en matière d'orientation en psychothérapie et, fournit des informations précieuses à la mesure des effets des interventions (Sultan et al., 2004).

Il existe, aux Etats-Unis, au moins cinq systèmes Rorschach (Exner, 1995). Le système intégré, élaboré par John Exner, dans les années 70-80, intègre le meilleur des cinq systèmes et rajoute d'autres facteurs, à partir de nouvelles recherches. Le but d'Exner était d'élaborer un système solide sur le plan empirique.

Dans son introduction à la version française du « Manuel de cotation du Rorschach en système intégré », Andronikof a considéré ce système comme une méthode vivante évoluant, en permanence, au contact de la réalité clinique d'une part, et des travaux de recherche, d'autre part.

2.1- Définition du système intégré

Le système intégré peut être défini comme une « méthode d'analyse des réponses Rorschach, fondées sur les données empiriques, s'inscrivant dans un modèle perceptivo-cognitif du processus de la réponse, qui intègre l'influence des mécanismes inconscients (Exner, 1995). Et comme le montre Exner, le processus de la réponse est similaire à l'activité de résolution de problèmes, plutôt qu'au processus des associations libres. Ainsi, l'analyse est plutôt centrée sur les procédés perceptifs qui sont à la base de la production des réponses plutôt que sur leurs contenus.

Le système intégré peut être considéré comme le fruit d'un travail qui a duré une trentaine d'années. Il s'inscrit dans le cadre d'un modèle perceptivo-cognitif du processus de la réponse. Il intègre et étudie l'influence des mécanismes non conscients. Dans sa version actuelle, il est l'aboutissement d'un travail sur un système de codage et d'établissement de facteurs significatifs par validité concourante, en référence à des caractéristiques cliniques fondées sur des données empiriques (Gérat-Muller et al. 2015).

Des études empiriques sur de grands groupes ont permis d'arrêter un ensemble de variables, permettant de définir les caractéristiques du fonctionnement psychologique de l'individu, qu'il soit pathologique ou en risque de le devenir et de définir, par là même, l'orientation stylistique de la personnalité (Andronikof 2004).

Le système intégré a été construit, au départ, sur une base psychométrique puis il a, peu à peu, évolué vers une conceptualisation du fonctionnement psychologique et l'ouverture de nouvelles perspectives d'évaluation de ce fonctionnement. C'est pourquoi, Andronikof (2004) n'a pas hésité à considérer le système intégré et les concepts qui le fondent, comme une méthodologie s'ouvrant sur une nouvelle philosophie dans le domaine de la clinique, mettant les psychologues cliniciens dans une position intermédiaire, entre deux types de données qu'ils confondent souvent et qui sont : la réalité personnelle intime de l'individu et ses comportements externes, dans sa vie quotidienne et à travers ses symptômes.

Le clinicien n'est pas sans savoir qu'il lui est possible de comprendre les aspects personnels internes de l'individu, à travers une grille de lecture théorique, parmi plusieurs grilles possibles. Il n'ignore pas, non plus, que les comportements ne sont pas directement définis par l'intrapsychique, car entre les deux (intrapsychique et comportements), interfèrent la réalité et les événements circonstanciels, de même que la liberté personnelle, qui permet à tout un chacun de s'évader de sa « structure », ce qui rend ce dernier concept étranger au système intégré.

Andronikof (1992) ajoute que l'analyse du Rorschach en système intégré se fonde sur un ensemble de concepts de la psychologie et, plus précisément, des concepts classiques de la psychologie clinique non analytique.

Elle définit ainsi le système intégré, comme étant le monde conceptuel de la psychologie clinique non psychanalytique, parce que la psychologie clinique psychanalytique n'est qu'un modèle parmi d'autres. Il s'agit, selon elle, ici, de réfléchir en psychologue clinicien sans se référer à la psychanalyse.

L'approche intégrée est une approche empirique, partant des données, pour ensuite les conceptualiser, contrairement aux autres approches qui partaient des idées et les plaquaient sur les données.

2.2- La nature du processus de la réponse Rorschach en système intégré

Selon Rorschach (1921), la formation des réponses est basée sur l'intégration des traces mnésiques avec les sensations provoquées par le stimulus, ce qui, selon lui, est un processus d'association. Il considère qu'il existe, selon les personnes, des seuils différents, dans leurs capacités d'intégrer les sensations liées au stimulus avec les formes des taches d'encre et il ajoute que la variabilité des réponses données est due, principalement, aux différences de ces seuils. Et contrairement à ceux qui soutiennent l'hypothèse que, selon Rorschach, il existerait des facteurs inconscients, jouant un rôle dans la formation de la réponse, Exner affirme que Rorschach a réfuté cette idée, car le processus de la réponse est un processus perceptif et la formation de la réponse est une opération consciente. À son habitude, il a supposé que Rorschach est plus intéressé par l'hypothèse projective de Frank ou le concept de projection selon Murray, en lien avec le processus de la réponse (Exner, 1995 ; Wolf-Fédida, 2006).

Dans quatre articles qu'il a publiés entre 1959 et 1996, Exner a présenté son approche théorique concernant la nature du test de Rorschach (Andronikof, 2008b). Il s'est penché sur la compréhension du processus de la réponse à partir d'études empiriques. Il explique que la personne en situation d'examen est consciente d'être en présence de tache d'encre sans plus, mais que la nature de la situation d'examen lui commande de transformer ces taches d'encre en quelque chose d'autre, ce qui la confronte à une situation spéciale de résolution de problèmes, dans laquelle elle doit, à la fois, transgresser, jusqu'à un certain degré, la réalité et, dans le même temps, conserver son intégrité personnelle (Exner 1995).

Prise dans ce sens, la nécessité d'une perception fausse va susciter un ensemble d'opérations psychiques, menant à la prise de décision et la production de la réponse. Ainsi, Exner est parvenu à la définition des différentes étapes du processus de la réponse, tel qu'il apparaît dans le tableau suivant :

Tableau 3. Phases et opérations du processus de la réponse (Andronikof manuel de cotation)

Phase 1	Phase 2	Phase 3
1 - Encodage du champ	3 – Second balayage du champ pour affiner les réponses potentielles	5 – Sélection finale parmi les réponses potentielles restantes
2 - Classement des images encodées et leurs parties en réponses potentielles	4 – Rejet des réponses inutilisables ou non désirées par comparaison deux à deux ou censure	6 – formulation de la réponse sélectionnée

Ces opérations sont réalisées, quelques secondes avant la production de la réponse et, comme le montrent les données sur le traitement de l'information et l'activité cognitive, ces six opérations s'interpénètrent pendant le processus final. Après la réalisation de toutes ces opérations, ou après avoir franchi les trois phases, la réponse est donnée à chaque planche.

En outre, Exner (1995) s'est interrogé sur le rôle de la projection, dans le processus de la réponse et, il a indiqué que cette dernière pouvait intervenir dans deux styles de réponses : pendant l'étape 1, en présence d'une erreur de perception (réponses de qualité formelle négative) et, dans les étapes 3 et 4, en cas de production d'une projection imaginaire, où le sujet s'éloigne complètement, dans la description de sa réponse, du champ du stimulus.

2.3- La méthode de passation du Rorschach en système intégré

2.3.1- L'administration

Il est admis qu'avant l'administration du test, l'examinateur doit s'assurer qu'un certain nombre de conditions soient présentes, à savoir : les planches, des stylos, le schéma block, etc. Il doit administrer le test dans un lieu calme et s'assurer de ne pas être dérangé, pendant la séance. La position de face à face doit être évitée, l'examinateur doit se mettre à côté du sujet, pendant l'administration.

Un entretien bref de préparation du sujet au test, au cours duquel une explication globale est utile, pour s'assurer qu'il a bien compris le but de l'examen psychologique. Cela peut être introduit de la manière suivante : *«…l'un des tests que je vais vous proposer est le test du Rorschach. En avez-vous entendu parler ? L'avez-vous déjà passé ? »* (Andronikof manuel de cotation).

La durée de l'administration, y compris l'enquête, est de 40 à 55 minutes pour les adultes et de 30 à 40 minutes pour les enfants de moins de 10 ans.

L'administration du test se déroule en deux étapes : la passation spontanée et l'enquête.

2.3.1.1- La passation spontanée

Lors de la passation spontanée, l'examinateur commence par donner une consigne bien précise, celle-là même utilisée par Rorschach, qu'il doit respecter à la lettre. En tendant au sujet la première planche, l'examinateur dit : *« qu'est-ce que cela pourrait être ? »* et rien d'autre.

Généralement, l'examinateur n'intervient pas pendant la passation spontanée. Cependant, il est appelé à le faire dans les cas suivants :

- Dans le cas où le sujet ne donne qu'une seule réponse à la première planche, l'examinateur l'encourage à en rajouter d'autres, de façon à lui faire comprendre qu'il peut donner plus d'une réponse à chaque planche, en disant :
  « Prenez votre temps, regardez encore, je suis sûr que vous allez trouver quelque chose d'autre » (Andronikof manuel de cotation).
- Dans le cas où le sujet semble n'avoir pas compris la consigne et qu'il demande si c'est un test d'imagination, l'examinateur doit fournir une réponse claire, brève et directe telle que : *« dites-moi juste ce que vous voyez ici »*.
- Dans le cas où le sujet a tendance à donner trop de réponses à une planche, l'examinateur intervient au bout de la cinquième réponse, en lui proposant de passer à la planche suivante.

- Dans le cas d'un protocole court, de moins de 14 réponses, l'examinateur intervient pour expliquer au sujet la nécessité de donner plus de réponses.
- Dans le cas de tentative de refus d'une planche, il est important que l'examinateur intervienne pour stimuler la production d'au moins une réponse.

2.3.1.2- L'enquête

L'enquête est l'une des étapes les plus importantes du Rorschach. C'est une étape difficile de l'administration du test, qui peut en impacter négativement l'analyse, si elle n'est pas maîtrisée. Elle a pour but de permettre une cotation, la plus précise possible des réponses, grâce à la définition de la localisation précise de la réponse et des caractéristiques l'ayant déterminée. Elle implique aussi une consigne qu'habituellement, l'examinateur peut introduire de la manière suivante :

«Nous allons maintenant reprendre les planches. Ca ne sera pas long. Je voudrais voir les choses que vous aviez vues et m'assurer de bien les voir comme vous. Nous allons les revoir une par une. Je vais vous lire vos réponses et je vous demanderai de me montrer dans quelle partie de la planche vous les avez vues et de me dire sur quoi vous vous êtes basé afin que je puisse les voir exactement comme vous. Vous comprenez ? ».

En effet, la question qui figure à la fin de la consigne indique que l'examinateur doit s'assurer le sujet a bien compris la consigne et l'objectif de l'enquête, car la cotation des réponses devient aisée, dès lors que l'examinateur arrive à voir ce que le sujet a vu exactement comme il l'a vu. Il peut arriver que le sujet pose certaine questions ou demande des clarifications, l'examinateur devra alors réponde à ses questions de façon franche et directe, afin de s'assurer que le sujet a bien compris, pour pouvoir, enfin, démarrer son enquête.

Contrairement à la passation spontanée, l'examinateur est appelé à intervenir, chaque fois qu'il est nécessaire, pour obtenir le maximum de précisions, afin de mieux cerner les éléments qui déterminent les réponses du sujet. A ce titre, il intervient pour préciser une localisation ou s'assurer du déterminant de la réponse et ce, à travers des relances à partir de mots-clés (Exner 2001). De même que l'examinateur doit être au fait de

toutes les possibilités de cotation, pour savoir quelles questions poser et à quel moment les poser.

2.3.1.3- L'enquête aux limites

Dans le cas où le sujet ne donne pas un certain type de réponses (banalités, réponse humaines, kinesthésies), l'examinateur procède à l'enquête aux limites. Il reprend deux ou trois planches (en général, la VIII, la III et parfois la V), pour lesquelles le sujet n'a pas donné de réponse banales. L'examinateur dit : « Nous avons presque terminé, mais regardez à nouveau celle-là. Parfois, on peut y voir… (donner la réponse banale). Voyez-vous quelque chose ici qui y ressemble ? », sans désigner la localisation de la réponse.

2.3.2- La cotation

La cotation permet d'aboutir au résumé formel qui représente, dans le langage Rorschach, un schéma logique systématisé, qui comprend un grand nombre de données qualitatives et quantitatives. Il permet aussi d'évaluer les styles de réponses et les caractéristiques psychiques de l'individu, d'où le grand intérêt du processus de cotation, dont les symboles utilisés sont déjà validés dans les autres systèmes et ont été enrichis par de nouveaux symboles, qui ont été introduits progressivement (Exner, 1995).

Les données du résumé formel sont organisées en sept ensembles d'analyse, dont la partie centrale est axée sur la capacité de contrôle du sujet, dans son aspect structural et, les autres parties portent sur les la dimension cognitive, comprenant l'idéation, la médiation et le traitement de l'information, les affects, la perception de soi et la sphère interpersonnelle.

La question de la cotation, dans le système intégré, a suscité beaucoup d'intérêt de la part des chercheurs, lequel intérêt est marqué par la richesse de la littérature sur le sujet, de même que des regards critiques, dans les années cinquante et soixante, portant, notamment, sur ses caractéristiques psychométriques. Exner (1995) a reconnu

le bien fondé de certaines de ces critiques, tout en affirmant la possibilité de résoudre ce type de problèmes grâce, à l'apport des nouvelles méthodes statistiques appliquées à de grands échantillons de variables.

Une réponse Rorschach se cote en fonction de neuf éléments : la localisation, la qualité de développement, les déterminants, la qualité formelle, les contenus, les réponses paire, les banalités, le score Z et les cotations spéciales.

2.3.2.1- La localisation et la qualité de développement

La localisation, dans le Rorschach en système intégré, comprend quatre types de symboles : *W* pour les réponses globales, *D* pour les grands détails, *Dd* pour les petits détails, auxquels se rajoute le *S* pour les détails dans le blanc (*WS*, *DS, DdS*).

Il est associé à la localisation un élément important, caractérisant les processus ayant présidé à la construction des réponses en :

- réponses concrètes non régulières aux caractéristiques formelles vagues, telles que les réponses « nuage, sang, eau… »,
- réponses plus organisées telles que les réponses « papillon, avion… » et,
- des réponses plus élaborées comprenant deux objets ou plus, mis en relation, telles que « deux femmes qui préparent un repas ».

Le symbole DQ indique la qualité de développement, qui est cotés en quatre symboles qui sont ajoutés à la localisation (+, o (ordinaire), v (vague), v/+), comme le montre le tableau suivant :

Tableau 4. Symboles et critères pour la qualité de développement (Andronikof manuel de cotation)

Symboles	Définitions	Critères
+	Réponse de synthèse	Mise en relation de plusieurs objets dont un au moins a une forme spécifique ou être défini d'une manière la spécifiant, ex. : Un homme sur une moto.
O	Réponse ordinaire	Réponse ou tout ou partie de la planche est définie comme un seul objet ayant une forme spécifique ou décrit d'une manière lui conférant une forme spécifique. Si la réponse contient plus d'un objet, ceux-ci ne sont pas mis en relation, ex. : 2 femmes.
V/+	Réponse de synthèse	Mise en relation de plusieurs objets mais aucun des objets n'a de forme spécifique, ex. : des îles entourées d'eau.
V	Réponse vague	L'objet n'a aucune forme spécifique et aucune spécificité formelle n'est contenue dans la réponse, ex. : du sang.

2.3.2.2- Les déterminants

Il s'agit de la partie la plus compliquée de la cotation, car l'examinateur doit prendre en compte l'ensemble des possibilités, ayant contribué à la formulation de la réponse et, plus particulièrement, les caractéristiques qui ont déterminé chacune des réponses.

Il existe, dans le Rorschach en système intégré, sept types de déterminants et, chaque type indique la façon dont le sujet traduit le matériel du test. Certains types de déterminants comprennent des déterminants secondaires, permettant une plus grande précision, de même qu'une même réponse peut avoir plusieurs déterminants.

Les sept types de déterminants se présentent comme suit (Exner, 2001) :

1- Le déterminant forme (F).

On le retrouve dans la quasi-totalité des réponses, soit seul, soit associé à d'autres déterminants.

2- Le déterminant Kinesthésie ou mouvement.

Il se compose de trois catégories de réponses kinesthésiques à savoir :

- la kinesthésie humaine (*M*), désignant un mouvement propre à l'être humain,
- la kinesthésie animale (*FM*), désignant un mouvement animal,
- la kinesthésie d'objet désignant un mouvement d'objet (m).

Ces réponses kinesthésiques sont classées en kinesthésie active (a), ou passive (p), de même que certaines kinesthésies comprennent, à la fois, les caractères actif et passif, à la fois, elles sont alors cotées en *ap*, sous réserve qu'elles contiennent plus d'un objet.

Ce dernier aspect de la cotation n'est pas toujours chose aisée, mais des seuils indicatifs permettent de faciliter l'opération. Ainsi, « parler, regarder, murmurer » sont cotés en p, tandis que « hurler, se disputer… » sont cotés en a.

3- Le déterminant couleur.

Ce déterminant comprend trois types de réponses, incluant la couleur, selon la place que prend la forme dans la réponse, elles sont désignées par :

- *C,* quand la couleur a déterminé, à elle seule, la réponse,
- *CF,* quand la forme est associée à la couleur mais que cette dernière prime et,
- *FC,* quand c'est la forme qui prend le pas sur la couleur.

La nomination de couleur *Cn* est utilisée quand les réponses désignent la couleur de la tâche « du rouge, du vert… ».

4- Les couleurs achromatiques (noir ou blanc).

De la même manière que pour les réponses couleur, les réponses désignant ces deux couleurs, sont cotées en fonction de l'importance que prend la forme dans la réponse et sont cotées en *C'*, *CF'* ou FC'.

5- Le déterminant estompage.

Il existe, dans le système intégré, trois types de réponses estompage qui sont : l'estompage de texture (*T)*, l'estompage Vista ou de profondeur (*V)* et l'estompage de diffusion (*Y),* qui, comme les déterminants couleur, sont cotés, en fonction de l'importance que prend la forme dans la réponse, en *F*, *FT*, *TF* ou *V*, *FV*, *VF*, ou encore, *Y*, *YF*, *FY*.

6- La dimension formelle (FD).

La réponse, ici, est basée sur l'impression de profondeur, de distance ou de dimension conférée par la taille et le contour de la tache, mais elle n'est pas déterminée par l'estompage.

7- Les paires et les reflets (2), (rF), (Fr).

Ce sont des réponses formelles, déterminées par la symétrie entre deux objets.

La réponse paire désigne deux objets identiques à tous points de vue, ex. : « deux tigres » ou alors « un chien, il y'en a deux de chaque côté ».

Pour la réponse reflet, elle désigne un seul objet et son reflet, ex. : « une femme qui se regarde dans un miroir ». Sont cotées *Fr* les réponses reposant sur la symétrie dont la forme est spécifique ex. « un bateau et son image dans l'eau », alors que les réponses symétriques mais sans forme spécifique sont cotées *rF*, ex. : « un nuage et son reflet ».

8- Les déterminants multiples (Blend).

On retrouve, dans la plupart des protocoles, des réponses composées de plusieurs déterminants, souvent deux ou trois dans une même réponse, appelés « *blend* ». Ces déterminants sont cotés les uns à la suite des autres, séparés par un point, ex. : *Ma*.*FT*.*CF*, transcrits selon leur ordre d'apparition dans la réponse.

Pour une bonne administration du test, la maîtrise de la cotation des déterminants est indispensable, car cette dernière « fournit toute sa richesse à l'interprétation des protocoles » (Exner, 2002).

2.3.2.3- La qualité formelle

La qualité formelle constitue un élément essentiel de la cotation, car elle fournit des informations précieuses sur la précision perceptive du sujet. L'importance de cet aspect réside dans le fait que les personnes présentant un haut niveau de stress ou une pathologie grave présentent souvent une distorsion de la réalité. Il n'est, cependant, pas exclu que les personnes bien adaptée puissent déformer, elles aussi, la réalité, jusqu'à une certaine limite, d'où l'importance de définir ces limites, « au-delà desquelles l'inadéquation ou la singularité de la perception perturbe, de manière significative, l'adaptation et/ou l'efficience de l'individu » (Exner, 2002).

La qualité formelle est évaluée sur une échelle à quatre niveaux, dont le premier et le deuxième (+ et o) indiquent des réponses dont la forme est adéquate, le troisième niveau (u) renvoie à des réponses qui apparaissent peu fréquemment, mais qui ne constituent pas, pour autant, de distorsion grave de la réalité. Le quatrième niveau (6), quant à lui, reflète des réponses inadéquates sur le plan formel. Les symboles de la qualité formelle sont transcrits immédiatement à la suite des déterminants.

Le tableau suivant, présente les symboles, définitions et critères pour la cotation de la qualité formelle (Exner, 2002).

Tableau 5. Symboles, définitions et critères pour la cotation de la qualité formelle

Symboles	Définitions	Critères
+	Hyperdétaillée	Réponses dont la description est détaillée plus que de coutume mais sans nuire à la qualité formelle. Ces réponses ne sont pas forcément originales mais elles se distinguent par la richesse et la précision de la description de la forme.
O	Ordinaire	Réponse fréquemment perçue dans la découpe concernée, apparaissant de manière simple et évidente. Cette réponse est généralement facile à voir et n'est pas décrite de façon détaillée.
U	Inhabituelle	Réponse apparaissant rarement mais qui reste adéquate sur le plan formel et facilement perceptible par l'observateur
-	Moins	Dans ce type de réponse, la forme est utilisée de façon aberrante et déformée, le sujet plaque sa réponse sur la tache sans considération pour les contours en invente les contours.

2.3.2.4- Les contenus

La cotation des contenus est simple. Elle consiste à mettre les réponses dans des catégories d'objets, désignées par des abréviations ou symboles. Nous les présentons dans le tableau suivant (Exner, 2002, pp 47 à 50) :

Tableau 6. Catégories, symboles et critères pour la cotation des contenus

Catégories	Symboles	Critères
Humain entière	H	Forme humaine entière
Humain entier fictif ou mythologique	(H)	Forme humaine entière de nature fictive ou mythologique, ex. : diable, fée
Détail Humain	Hd	Forme humaine incomplète ou partie du corps humain, ex. : bras, tête
Détail Humain fictif ou mythologique	(Hd)	Forme humaine incomplète de nature fictive ou mythologique, ex. : tête de sorcière
Vécu humain	Hx	Emotions ou réponses sensorielles données comme réponses, ex. : l'amour, la dépression, la joie. La cotation spéciale abstraction (AB) est associée à ces réponses
Animal entière	A	Forme animale entier
Animal entier fictif ou mythologique	(A)	Forme animale fictive ou mythologique, ex. : dragon, cheval ailé
Détail animal	Ad	Forme animale incomplète ou partie d'animal, ex. : tête de cheval, peau d'animal
Détail animal fictif ou mythologique	(Ad)	Forme animal incomplète ou partie d'animal fictif ou mythologique, ex. : tête de licorne
Alimentation (Food)	Fd	Aliments comestibles, ex. : carotte, biscuit ou animal perçu en train de manger un aliment conforme à son espèce, ex. : poule mangeant des graines
Anatomie	An	Réponses relatives à des contenus anatomiques, ex. : utérus, poumons. S'il s'agit d'une représentation ou d'un dessin anatomique, on y ajoute, en contenu secondaire Art
Anthropologie	Ay	Réponse renvoyant à un contenu historique ou culturel, ex. Totem, la statue de la liberté
Art	Art	Réponse désignant une œuvre artistique, toile, dessin, décoration. Ces cotations peuvent comporter un contenu secondaire, ex. : tableau représentant 2 lions (Art, A)
Botanique	Bt	Tout ce qui renvoie au monde végétal, ex. : fleur, arbre

Explosion	Ex	Tout ce qui est relatif à l'explosion, y compris le feu d'artifice
Feu (Fire)	Fi	Contenus de feu ou de fumée
Géographie	Ge	Carte géographique
Mobilier (Household)	Hh	Objet mobilier ou ménager, ex. : chaise, couteau
Nuages (Clouds)	Cl	Désigne la réponse « nuage »
Paysage (Landscape)	Ls	Paysage ou élément de paysage, ex. : montagne, rocher, paysage sous-marin
Sang (Blood)	Bl	Toutes les réponses « sang »
Vêtement (Clothing)	Cg	Article vestimentaire, ex. : manteau, chaussures, cravate
Nature	Na	Contenus relevant de la nature, ex. : soleil, brouillard, mer, pluie
Radiographie (X-ray)	Xy	Contenu radiographique
Science	Sc	Produit de la science, technique ou science-fiction, ex. : auto, fusil, vaisseau spatial
Sexe	Sx	Réponses à contenu sexuel, organes ou activité sexuelle. Le Sx est souvent coté en contenu secondaire accompagnant une réponse humaine ou animale
Idiography	Id	Désigne un contenu qui ne peut être inséré dans aucune des catégories précédentes

2.3.2.5- Les réponses banales

Les banalités sont des réponses que l'on retrouve, de façon très fréquente, dans la quasi-totalité des protocoles. Il existe, dans le système intégré, 13 réponses banales (Popular en anglais, cotées P), comme le montre le tableau suivant (Exner, 2002, pp. 51-52) :

Tableau 7. Liste des réponses banales

Planche	Localisation	Critère
I	W	Chauve-souris, uniquement en *W*
I	W	Papillon, uniquement en *W*
II	D1	Animal, spécifié éléphant, ours, chien ou agneau, tête ou animal entier
III	D9	Contenu humain ou représentation humaine, poupée, caricature. Pour attribuer un *P*, le *D7* ne doit pas être inclus comme partie du corps
IV	W ou D7	Humain ou humanoïde, ex. : géant, monstre, créature de science-fiction
V	W	Chauve-souris (tête en *D6*), uniquement en *W*
V	W	Papillon, planche tenue à l'endroit, uniquement en *W*
VI	W ou D1	Peau d'animal ou fourrure d'animal. Il arrive que la peau d'animal fasse partie d'un animal entier (chat, renard), sous forme naturelle ou non naturelle. On attribue un *P* si le sujet mentionne clairement la peau, ou s'y réfère en décrivant sa réponse.
VII	D1 ou D9	Tête ou visage humain spécifiés féminins, enfant ou indien, ou de sexe non précisé. La saillie supérieure (*D5*) est généralement identifiée comme plume, queue de cheval, etc. Lorsque la réponse est localisée en *D2* ou en *W*, on ne cote *P* que si la tête est dans le *D9*.
VIII	D1	Animal entier habituellement de race canine, féline ou rongeur
IX	D3	Personnage humain ou humanoïde, ex. : sorcière, géant, monstre…
X	D1	Crabe, sans inclusion du *D12*
X	D1	Araignée, sans inclusion du *D12*

2.3.2.6- L'organisation du percept

Certaines réponses du Rorschach traduisent une activité d'organisation perceptive, à laquelle est attribuée une valeur numérique appelée score *Z*. Ce score apporte des éléments d'information sur l'effort d'organisation perceptive du sujet et son efficacité. Il est attribué à toutes les réponses comportant un déterminant formel selon les critères suivants :

1. Toutes les réponses *W* dont le *DQ* n'est pas vague.
2. Toutes les réponses avec un *DQ* + ou v/+ (quelle que soit la localisation
3. Les réponses *S* où l'espace blanc est associé à d'autres parties de la tâche et désigné comme faisant partie de la réponse.

Il existe quatre types de scores *Z* que nous présentons dans le tableau suivant (Exner, 2002) :

Tableau 8. Valeurs du Z pour chacune des 10 planches

Planche	W	Détail adjacent	Détail distant	Intégration espace blanc
I	1.0	4.0	6.0	3.5
II	4.5	3.0	5.5	4.5
III	5.5	3.0	4.0	4.5
IV	2.0	4.0	3.5	50
V	1.0	2.5	5.0	4.0
VI	2.5	2.5	6.0	6.5
VII	2.5	1.0	3.0	4.0
VIII	4.5	3 0	3.0	4.0
IX	5.5	2.5	4 5	5.0
X	5.5	4.0	4.5	6.0

2.3.2.7- Les cotations spéciales

La dernière étape de la cotation des réponses Rorschach consiste à déterminer les caractéristiques nécessitant une ou plusieurs cotations spéciales. Ces dernières, sont des codes ou symboles, et non des valeurs numériques, indiquant l'existence de caractéristiques inhabituelles dans la réponse.

Ces cotations spéciales permettent la quantification de certaines particularités de la réponse qui n'étaient, jusque-là, interprétées que qualitativement. Le système intégré comporte, actuellement, quatorze cotations spéciales, dont six correspondent à des verbalisations inhabituelles, deux désignent la persévération et l'échec de l'intégration, quatre concernent les particularités des contenus de la réponse, une est utilisée dans le cas de la réponse personnalisée et une concerne un phénomène particulier de la réponse.

1- Les verbalisations inhabituelles

Les verbalisations inhabituelles sont un élément important dans l'étude de l'activité cognitive du sujet, notamment, la distorsion cognitive. En cas de distorsion cognitive,

momentanée ou durable soit-elle, celle-ci apparait souvent dans la verbalisation. Elle prend, dans les réponses Rorschach, trois formes à savoir : la verbalisation particulière, la combinaison inappropriée et la logique inappropriée.

La verbalisation particulière est désignée par les cotations *DV* et *DR*, la combinaison inappropriée est cotée *INCOM*, *FABCOM* et *CONTAM* et la logique inappropriée *ALOG*.

Les deux codes de la verbalisation particulière (*DV* et *DR*), ainsi que deux des codes de la combinaison inappropriée (*INCOM* et *FABCOM*), sont cotées en niveau 1 et niveau 2, en fonction de leur degré de bizarrerie, car elles renvoient à des troubles cognitifs, de niveau de gravité variable, allant du simple lapsus au trouble grave.

Les réponses de niveau 1 renvoient à une perturbation légère de la pensée, pouvant être en lien avec une immaturité, une faiblesse dans le jugement ou un niveau d'éducation insuffisant.

Les réponses de niveau 2, quant à elles, signent des perturbations plus graves, allant de modérées à sévères, de la pensée, prenant la forme de distorsion grave dans le jugement et/ou d'un mode d'expression bizarre ou fortement inhabituel.

En cas d'hésitation dans la cotation en niveau 1 ou 2, il est préférable de coter en niveau1.

Nous présentons, dans ce qui suit, les différentes cotations spéciales avec des illustrations pour chacune d'entre elles :

- Les verbalisations particulières :

Il existe deux cotations spéciales pour les verbalisations particulières, qui confèrent à la réponse un caractère de bizarrerie pouvant entraver la capacité de communication du sujet.

- Les verbalisations déviantes (*DV*)

Assez faciles à repérer, car comportant un mot inapproprié, « frappant » dans la réponse, elles sont caractérisées par deux éléments, conférant à cette dernière un caractère d'étrangeté :

- ✓ *Le néologisme,* qui consiste en l'utilisation d'un mot inapproprié à la place du mot juste, tel que le montrent la réponse suivante : « des animaux qui font smack » (*DV1*).
- ✓ *La redondance,* qui consiste en l'utilisation d'un langage inhabituel où « le sujet identifie deux fois la nature de l'objet » (Exner, 2002), ex. : « c'est vide, comme un vide creux » (*DV1*) ou alors : « un trio de trois personnes » (*DV2*).

- Les réponses déviantes (*DR*)

Ces réponses se caractérisent par leur bizarrerie, liée à la présence de commentaires « à côté » ou confus, elles apparaissent sous deux formes :

- ✓ *Les phrases inappropriées* qui sont des phrases carrément « à côté », ex. : « On pourrait voir une souris, ma mère en avait horreur » (*DR1*), ou alors : « c'est quelque chose qui attaque, qui vient ronger mon organisme » (*DR2*).
- ✓ *Les réponses circonstanciées* consistent en associations libres ou commentaires absurdes, où le sujet a du mal à préciser ses réponses ou à s'arrêter, ex. : « ça a la forme d'une salière, c'est blanc comme s'il y avait du sel dedans, si ça avait été noir, j'aurais dit un poivrier » (*DR1*).

- Les combinaisons inappropriées

Elles désignent une association d'éléments de façon inappropriée et « contre-nature ». On en distingue trois types dont les deux premières se subdivisent en niveau 1 et 2.

- La combinaison incongrue (*INCOM*)

C'est l'association incongrue de deux ou plusieurs parties de la planche en un seul objet, ex. : « on dirait un arrière-train de mouton » (*INC1*), ou encore : « la tête d'un chien avec quatre yeux, il est en colère » (*INC2*).

- La combinaison fabulée (*FABCOM*)

C'est la mise en relation arbitraire ou bizarre de deux objets distincts, ex. ; « des souris sur un manège » (*FAB1*). On cote dans cette catégorie, les phénomènes de rupture entre l'intérieur et l'extérieur qui sont des *FABCOM* de niveau 2, ex. : « c'est un homme les bras levés, là on voit son cœur qui bat » (*FAB2*).

- La contamination (*CONTAM*)

C'est une combinaison bizarre de deux images ou plus en un seul objet, sans que le sujet en soit conscient, donnant des réponses complètement incohérentes, ex. : ça ressemble à une île, et ça ressemble à du sang, ça doit être une île sanguine ». Les deux images composant la réponse sont tout à fait correctes, mais la combinaison des deux est totalement étrange et incongrue.

- La logique inappropriée (*ALOG*)

C'est une forme de pensée concrète, voire simpliste où le sujet, pour justifier sa réponse, recourt à une logique complètement biscornue, en utilisant strictement la taille, la couleur, la position ou toute autre caractéristique de la planche, ex. : « c'est le pôle nord parce que c'est en haut ».

2- La persévération (PSV)

La persévération signe la présence d'un trouble psychologique sous-jacent ou d'une perturbation cognitive chez le sujet. Il existe, au moins trois types de persévération : la persévération intra-planche, la persévération de contenu et la persévération mécanique.

- La persévération intra-planche

Elle consiste en la présence de deux réponses identiques données consécutivement dans la même planche. La persévération est cotée, si les réponses obéissent exactement à la même cotation, mis à part la banalité, ex. : à la planche V, la réponse « papillon » suivie de la réponse « chauve-souris ».

- La persévération de contenu

Elle n'apparait généralement pas dans la même planche. Il s'agit d'une réponse ou un objet identifié dans une planche réapparait dans une autre planche, le sujet spécifiant

qu'il s'agit du même objet, ex. : « un bonhomme » et dans une autre planche, le sujet précise « le bonhomme de tout à l'heure ». Ici, il n'est pas nécessaire que la cotation des deux réponses soit la même pour coter la *PSV*.

- La persévération mécanique

Elle se retrouve, elle, chez les sujets présentant des troubles intellectuels ou neurologiques. Le sujet donne, ici, de façon stéréotypée, la même réponse aux différentes planches, ex. : à la planche I, « un papillon » puis à la planche II, « un papillon » et ainsi de suite.

3- Les caractéristiques de contenu

Certaines études se sont penché sur un type particulier de contenus, notamment ceux traduisant des caractéristiques cognitives et projectives du self. Il ne s'agit pas, ici, de catégories particulières de réponses mais plutôt d'ajouts appelant des cotations spéciales. Elles sont au nombre de quatre et concernent, particulièrement, l'image de soi et les relations interpersonnelles.

- Les contenus abstraits (*AB*)

La cotation (*AB*) est utilisée pour deux catégories de réponses. La première concerne les réponses au contenu *Hx* (Human experience), se rapportant aux sentiments humains et aux expériences sensorielles, qui sont cotées M sans forme particulière, ex. : « c'est tout plein de belles couleurs, ça représente la joie de vivre » ; de même que l'on peut retrouver des réponses avec des objets ayant une forme spécifique, ex. : « deux animaux qui se bagarrent, ils sont très en colère ». La deuxième catégorie, quant à elle, concerne des réponses où le sujet fait référence, de façon explicite, à une représentation symbolique, ex. : « un emblème pour un club de nature » et à l'enquête : « des ours de chaque côté et ça, c'est une montagne, ils sont debout sur la montagne, et ça, ce sont des mains tendues vers eux, pour symboliser l'harmonie entre l'homme et l'animal ».

- Les mouvements agressifs (*AG*)

La cotation *AG* est attribuée pour toute réponse de mouvement (*M*, *FM* ou *m*) dans laquelle l'action agressive apparait de façon franche, cette action doit être en cours,

ex. ; « deux ours en train de s'entretuer ». Cette cotation n'est pas attribuée lorsqu'il s'agit d'un objet qui a subi une agression, ex. : « une maison qui a été saccagée »

- Le mouvement de coopération (*COP*)

La cotation *COP* est attribuée à toute réponse mouvement (*M*, *FM*, *m*) décrivant une interaction bienveillante de coopération ou d'entraide entre deux objets ou plus, ex. : « des enfants qui jouent ».

- Les contenus morbides (*MOR*)

On attribue la cotation *MOR* pour deux types de réponses : l'objet décrit comme, mort, abîmé, blessé, brisé, pollué, ex. : « une feuille morte », ou un sentiment, une émotion dysphorique, ex. : « un enfant qui pleure ».

- Les réponses de représentation humaine (*HR*)

La plupart des protocoles contiennent des représentations humaines rendant compte, quelque peu, de la manière dont le sujet perçoit les autres et interagit avec eux.

Les représentations humaines (*HR*) sont déterminées par certains éléments de la cotation. Elles sont de deux sortes : les cotations de bonne représentation humaine (*GHR*, pour Good Human Representation) et les représentations humaines négatives ou faibles (*PHR*, pour Poor Human Representation).

Les représentations humaines sont définies à travers les contenus des réponses liées à l'être humain, à savoir : *H*, (*H*), *Hd*, (*Hd*) et *Hx*. Elles apparaissent aussi, de façon indirecte, à travers les réponses de mouvement humain (*M*), ou certaines cotations spéciales telles que la *COP*.

Les réponses à représentation humaines sont cotées selon les critères suivants :

a. Réponse comportant une cotation à contenu humain : *H*, (*H*), *Hd*, (*Hd*), *Hx*.
b. Réponses comprenant une cotation de mouvement humain : *M*.
c. Réponses cotées FM avec une cotation spéciale *COP* ou *AG*.

Après avoir identifié les représentations humaines, on leur attribue la cotation spéciale (*GHR* ou *PHR*) suivant les étapes indiquées dans ce qui suit (Exner, 2002) :

1. Sont cotées *GHR* les réponses comprenant une cotation en *H* pur et répondant aux conditions suivantes :

a- Qualité formelle *FQ+*, *FQo* ou *FQu*

b- Absence de toute cotation spéciale cognitive hormis la *DV*

c- Absence des cotations spéciales *MOR* ou *AG*.

2. Sont cotées *PHR* les réponses *HR* répondant aux deux conditions suivantes

a- Qualité formelle *FQ-* ou sans forme (*FQsans*)

b- FQ+, FQo, FQu avec *ALOG*, *CONTAM* ou toute autre cotation spéciale de niveau2.

3. Sont cotées *GHR* toutes les réponses *HR* restantes contenant les cotations spéciales *COP* sans *AG*.

4. Sont cotées *PHR* toutes les réponses *HR* restantes répondant aux deux conditions suivantes :

a- Cotation spéciale *FABCOM* ou *MOR*

b- Contenu *An*

5. Sont cotées *GHR* toutes les réponses *HR* restantes aux planches III, IV, VII, et IX, si les réponses sont des banalités (*P*).

6. Sont cotées *PHR* toutes les réponses *HR* restantes répondant aux conditions suivantes :

a- Cotation spéciale *AG*, *INCOM*, *DR*

b- Un contenu *Hd* mais pas (*Hd*).

7. Sont cotées *GHR* toutes les réponses *HR* restantes.

- Les réponses personnalisées (*PER*)

La cotation spéciale *PER* est attribuée lorsque le sujet, pour justifier sa réponse, fait référence à des connaissances ou expériences, en lien avec un vécu personnel, ex. : « c'est un bon fauteuil, j'ai le même à la maison ».

- La projection de couleur (*CP*)

  La cotation spéciale *CP* est attribuée lorsque le sujet perçoit une couleur chromatique dans une planche achromatique, ceci est observé, le plus souvent, aux planches IV et V, ex. : « Un beau papillon » et à l'enquête : « ce mélange de couleurs jaune et vert ».

2.4- Le résumé formel

La cotation des réponses permet d'aboutir au résumé formel qui permet de dégager les caractéristiques du fonctionnement psychologique du sujet. Il comporte, dans sa partie supérieure, les valeurs des variables Rorschach, dans sa partie médiane, les pourcentages et dérivations de l'ensemble des variables qui sont au nombre de 115 et dans sa partie inférieure, les cinq indices que voici :

1. L'indice de la perception et de la pensée (*PTI*),
2. L'indice de la dépression (*DEPI*),
3. L :'indice de l'incompétence sociale (*CDI*),
4. L'indice de l'hypervigilance (*HVI*),
5. L'indice de l'obsession (*OBS*),

   S'y ajoute la constellation suicide (*S-CON*).

L'élaboration du résumé formel passe par trois phases à savoir :

- l'établissement de la liste des cotations, dans l'ordre de leur succession, planche, par planche,
- l'établissement des fréquences de chaque variable et enfin,
- l'établissement des rapports, des calculs et des pourcentages des scores dérivés (Exner, 2002).

Il existe plusieurs logiciels qui permettent de calculer les données du résumé formel. Récemment, P. Fontan (2014) a mis au point un logiciel nommé *CHESSSS* (Code for Hermann : Enhanced Structural Summary and Supplementary Scales). Ce logiciel permet de réaliser les opérations suivantes (Fontan, 2014) :

- L'utilisation d'échelles supplémentaires : Rorschach Oral Dependency Mutuality Of Autonomy, Aggressive Contents, Ego Impairment Index.

- Les questions de double cotation, aussi bien d'un point de vue clinique (interrater agreement), que d'un point de vue de la recherche (interrater reliability).

- La standardisation des tables de qualités formelles dans différents pays.
- La recherche de qualités formelles dans les tables de qualités formelles.

- L'assistance à l'interprétation (stratégies d'interprétation et indications des aspects clés d'un protocole).

- La création d'une base de données, comprenant l'ensemble des informations disponibles pour chaque protocole (verbatim, séquence des cotations, résumé formel).

Il est important de noter que nous avons été formés à ce logiciel par son concepteur, dans le cadre du projet Tassili entre l'université Paris X Nanterre la Défense et l'université d'Alger2, portant sur « l'étude normative franco-algérienne du Rorschach en système intégré », dirigée par Dalila Haddadi, pour la partie algérienne et Anne Andronikof, pour la partie française.

2.5- L'interprétation du Rorschach en système intégré

L'interprétation des données du Rorschach en système intégré est un processus très complexe qui nécessite, à l'instar des autres tests psychologiques, une formation adéquate, des compétences et une certaine expertise, car c'est un processus qui est fondé sur une connaissance approfondie des théories de la personnalité et du comportement, ainsi qu'une bonne connaissance de la psychopathologie et du test lui-même, en plus des données normatives et bibliographiques. Le processus d'analyse est basé sur tout un travail déductif, à partir des données quantitatives et qualitatives du protocole.

La réponse Rorschach est la résultante d'un travail complexe d'opérations, comprenant le traitement de l'information, la traduction, la planification, la prise de décision et, parfois, la projection, car la singularité de la personne peut se traduire dans le matériel

projectif, mais il est également possible d'en faire la lecture, à travers la synthèse des données formelles du test. A ce propos, Exner (1995) affirme qu'il n'existe pas deux personnes identiques et que l'analyse fine et intelligente des données formelles d'une série de symboles de cotations et du matériel projectif, permet d'établir une image authentique d'une personne ressemblant toujours aux autres, sur certains aspects, mais qui reste une personne singulière. Il ajoute plus loin que le clinicien qui se respecte et respecte l'éthique de sa profession est celui qui évite toute interprétation, pouvant mener à l'erreur et qui se base sur la sagesse qui incite à l'utilisation de toutes les données formelles, séquentielles et de contenu pour produire une image rationnelle, réelle et réaliste de la personne.

Pour Exner (1995), l'on peut supposer que Rorschach n'a pas nié la théorie projective de Frank, mais il n'a donné aucune indication concernant l'existence de ce processus de projection dans son test, affirmant qu'il ne suscite pas de vagues successives de pensée, mais il nécessite l'adaptation aux stimuli extérieurs. Et si l'on affirme que le test de Rorschach a évolué, nous pouvons en dire autant du processus d'interprétation.

Ce que l'on peut retenir, comme point d'accord entre toutes les écoles du Rorschach, c'est que l'interprétation doit prendre en compte toutes les données du test, c'est-à-dire, ce qui est communément désigné, dans la littérature, comme approche « globale ».

L''interprétation du Rorschach est, selon Exner, une procédure en trois phases : la première phase consiste en l'émission des hypothèses, la seconde en l'intégration de l'ensemble des données et la troisième enfin, est celle de l'utilisation des données intégrées, pour répondre, de manière efficace, aux questions qui ont suscité la demande d'examen psychologique.

2.5.1- La formulation des hypothèses

L'interprétation du Rorschach procède par un examen minutieux de chaque variable, prise non comme variable isolée, mais comme faisant partie d'une famille de variables, qui renvoient aux différentes composantes de la personnalité dans sa globalité. Elle

doit tenir compte de toutes les données, qui se répartissent en trois groupes : le résumé formel, la séquence des cotations et la verbalisation.

Les variables du Rorschach en système intégré sont regroupées dans des ensembles, dont chacun reflète une dimension psychologique : affects, capacité de contrôle et tolérance au stress, médiation cognitive, idéation, traitement de l'information, perception des relations, perception de soi, stress situationnel.

Ces dimensions sont explicitées dans le tableau suivant (Exner, 2003) :

Tableau 9. Ensembles relatifs à différents domaines de fonctionnement psychologique

Composante ou fonction	Variables
Affects	DEPI, CDI, EB extratensif, Lambda, EBPer, eb (côté droit [SumC'+SumT+SumV+SumY], SumC/WSumC, Afr, 2AB+(Art+AY), CP, FC/CF+C, Cpure (fréquence et qualité), S, Blends, Blend Coul-Est., Blend Est.
Capacité de contrôle et tolérance au stress	Score D, Score D Aj, CDI, EA, EB, Lambda, es et esAj (FM, m, Sum T, Sum V, Sum C', Sum Y).
Médiation cognitive	R, Lambda, OBS, XA%, WDA%, X-%, FQ-, S-, réponses moins, P, FQ+, X+%, Xu%.
Idéation	EB introversif, Lambda, EBPer, a/p, HVI, OBS, MOR, eb (côté gauche [FM+m]), Ma/Mp, 2AB+(Art+Ay), Sum6, WSum6, Cotations spéciale critiques, MQ, réponses M.
Traitement de l'information	Lambda, EB, OBS, HVI, Zf, W/D/Dd, séquence des localisations, W/M, Zd, PSV, DQ, Séquence DQ.
Perception des relations	CDI, HVI, a/p, Fd, Sum T, Contenus Humains, H, GHR, PHR, COP, AG, Per, Index d'isolement social, Réponses M et FM avec paire.
Perception de soi **Stress situationnel**	OBS, HVI, Fr+rF, 3r+(2)/R, FD, Sum V, An+Xy, MOR, H pur/autres H, Codes des réponses humaines, Contenus des réponses moins, réponses H et M. Score D, Score D Aj, EA, EB (valeurs zéro), m, Sum Y, Sum T, Sum V, Complexité des blends, Blends Coul-Est et Est, (m et, Blends Coul-Est et Est, (m et Y), C pure, M, M-, M sans forme.

L'interprétation procède ensemble par ensemble, mais l'ordre dans lequel ces ensembles sont abordés n'est pas toujours le même. Chaque ensemble comprend un

certain nombre de variables et chaque ensemble de variables est étudié, pour lui-même et en relation à un petit nombre d'autres variables.

2.6- La synthèse des résultats relatifs à chaque ensemble de variables

Après examen des données de chaque ensemble de variables, il est procédé à la suggestion d'un résumé des hypothèses et propositions formulées à l'étape précédente. On se contente, à cette étape aussi, d'une formulation de probabilités, car d'autres variables peuvent interférer et modifier les propositions précédentes. Ce résumé peut donner lieu à une synthèse de toutes les informations relatives à la dimension de la personnalité étudiée.

2.7- La phase d'intégration

Après la formulation de plusieurs hypothèses, à partir de l'analyse des données de chaque ensemble, on aboutit à une description du sujet. Cette description est le résultat d'une intégration logique des différentes propositions formulées. Il ne s'agit pas, ici, d'une présentation des observations, les unes à la suite des autres, mais de la conceptualisation clinique de la dimension psychologique de l'individu.

Il arrive que les hypothèses formulées, à partir de l'analyse des données d'un ensemble, soient réfutées en raison de certains résultats obtenus dans l'analyse des autres ensembles, mais cela demeure assez rare, car bien souvent, les propositions obtenues, à travers l'analyse d'un ensemble, viennent modifier et expliciter d'autres hypothèses.

Au vu de la richesse des informations qu'il fournit, sur les différentes composantes et dimensions du fonctionnement psychologique, comme nous venons de le voir à travers ce chapitre, il nous a semblé intéressant d'utiliser cet outil qu'est le Rorschach en système intégré, pour explorer le vécu de nos patientes, à un niveau plus profond, en complément des échelles de qualité de vie qui nous fournissent des informations sur les différentes dimensions telles que perçues et exprimées par elles. Nous faisons état des résultats de cette exploration dans le chapitre que nous y avons consacré plus loin.

CHAPITRE 5
METHODOLOGIE

CHAPITRE 5- METHODOLOGIE

Nous présentons, dans ce chapitre, les principes méthodologiques qui ont présidé à la réalisation de ce travail, partant de la méthode adoptée, à la présentation de notre groupe de recherche et de son déroulement sur le terrain, ainsi que des contraintes et difficultés rencontrées.

1- La méthode

En vue de réaliser les objectifs de notre recherche, nous avons adopté la méthode clinique comparative, qui consiste à recueillir les données relatives à l'objet de la recherche, de les décrire puis de comparer deux situations ou plus.

Nous nous appuyons ici sur la définition de la méthode comparative, comme étant une méthode cognitive, à travers laquelle nous essayons de comprendre un phénomène donné en comparant différentes situations (Reuchlin, 1973).

La recherche en psychologie clinique se base sur la méthode clinique qui consiste à décrire le sujet, tant dans sa globalité que dans sa singularité. Pour ce faire, le chercheur clinicien dispose d'un ensemble d'outils tels que l'observation, l'entretien et les épreuves standardisées comme les échelles et le test de Rorschach.

Nous avons adopté, dans le cadre de notre recherche, la méthode clinique comparative, considérée par Godefroid (2001), comme étant toute approche visant l'acquisition de connaissances à travers une comparaison critique. Cette approche peut s'inscrire dans le cadre de la méthode expérimentale corrélationnelle ou l'étude de cas.

Notre travail vise à étudier le fonctionnement psychologique, à travers le Rorschach en système intégré et la qualité de vie, à travers des échelles de qualité de vie, chez deux groupes de femmes opérée d'un cancer du sein, dont un groupe mastectomie et un groupe reconstruction mammaire. Elle s'inscrit dans le cadre des études quasi-expérimentales, dans lesquelles le chercheur n'a pas la possibilité d'intervenir directement sur les variables afin de les contrôler et de ce fait, la répartition des sujets

ne peut se faire de façon aléatoire, tel le cas des études expérimentales à proprement parler, mais les groupes sont constitués selon des critères définis en fonction des variables dépendantes (Dancey & Reidy, 2007), mises en évidence à travers les outils de recherche utilisés.

Il est évident que, dans le cadre de notre travail, nous ne pouvons contrôler le type de chirurgie qui relève d'une décision médicale, dans le cas de la mastectomie et du choix de la patiente, pour ce qui est de la reconstruction mammaire, mais nous nous intéressons à l'impact de ces choix, qu'ils émanent du médecin ou de la patiente, sur les deux groupes.

2- Le groupe de recherche

Notre groupe de recherche est composé de deux groupes de femmes atteintes de cancer du sein opérées et ayant fini tous leurs traitements, depuis au moins une année : un groupe de femmes ayant subi une mastectomie seule (n = 31) et un groupe de femmes ayant subi une mastectomie avec reconstruction mammaire (n = 16), âgées entre 25 et 50 ans. Le groupe « mastectomie » sera parfois désigné par l'abréviation MC et le groupe « reconstruction mammaire » par l'abréviation RM.

2.1- Critères d'inclusion

- Patientes âgées de 25 à 50 ans au moment de l'intervention :
  - ✓ ayant terminé le traitement complet, depuis au moins une année,
  - ✓ ayant bénéficié, soit d'une mastectomie seule, soit d'une mastectomie avec reconstruction mammaire.

2.2- Critères d'exclusion

- Patientes âgées de plus de 50 ans au moment de l'intervention :
  - ✓ ayant bénéficié d'un traitement conservateur,
  - ✓ en cours de traitement, ou ayant terminé le traitement complet depuis moins d'une année,
  - ✓ présentant une comorbidité pouvant altérer leur qualité de vie,

- ✓ ayant présenté une récidive,
- ✓ ayant présenté des métastases.

2.3- Pourquoi un an après la fin des traitements ?

La période des traitements étant une période très difficile dans la vie des patientes, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique, avec des bouleversements importants dans leur vie, nous avons choisi de les prendre à distance de cette période, soit une année après la fin des traitements. C'est donc au moment où une certaine stabilité matérielle, psychologique et affective, ainsi que de leur vie courante, commence à s'installer chez elles et ce, afin de mieux évaluer leur état psychologique et leur qualité de vie, souvent trop impactés par la maladie et ses traitement depuis le choc de l'annonce.

Nous présentons, dans les tableaux 10 et 11 ci-après, les caractéristiques de chaque groupe.

Tableau 10. Caractéristiques du groupe mastectomie

Sujets	Age actuel	Age au Diagnostic	Situation familiale	Niveau d'instruction	Profession
MC1	50 ans	46 ans	Mariée, 1 enfant	Universitaire	PES
MC2	47 ans	44 ans	Mariée, 4 enfants	4AM	Néant
MC3	25 ans	23 ans	Mariée, sans enfants	Universitaire	Biologiste
MC4	49 ans	38 ans	Mariée, 4 enfants	3AS	Enseignante
MC5	38 ans	34 ans	Mariée, 4 enfants	3AS	Néant
MC6	42 ans	35 ans	Mariée, 1 enfant	3AS	Néant
MC7	45 ans	43 ans	Veuve, 3 enfants	Universitaire	Assistante médicale
MC8	46 ans	41 ans	Mariée, 4 enfants	3AS	Néant
MC9	42 ans	39 ans	Mariée, 4 enfants	2AS	Néant
MC10	40 ans	35 ans	Mariée, 2 enfants	9AF	Néant
MC11	49 ans	37 ans	Célibataire	4AM	Adjoint d'éducation
MC12	48 ans	39 ans	Divorcée, 2 enfants	1AS	Enseignante
MC13	45 ans	41 ans	Célibataire	2AF	Néant
MC14	47 ans	44 ans	Veuve, 2 enfants	4AM	Néant
MC15	40 ans	37 ans	Mariée, 4 enfants	3 AF	Néant
MC16	45 ans	42 ans	Séparée	Analphabète	Néant
MC17	45 ans	42 ans	Mariée, 4 enfants	Universitaire	Cadre
MC18	46 ans	43 ans	Mariée, 2 enfants	Analphabète	Néant
MC19	41 ans	39 ans	Mariée, 3 enfants	9AF	Néant
MC20	47 ans	44 ans	Mariée, 1 enfant	3AS	Agent polyvalent
MC21	48 ans	45 ans	Mariée, sans enfants	2AM	Agent de cuisine
MC22	43 ans	37 ans	Mariée, 3 enfants	2AS	Néant
MC23	48 ans	42 ans	Mariée, 5 enfants	6AF	Néant
MC24	44 ans	39 ans	Mariée, 3 enfants	9AF	Néant
MC25	43 ans	28 ans	Célibataire	3AS + CAP	Agent de formation
MC26	34 ans	31 ans	Mariée, sans enfants	8AF	Néant
MC27	47 ans	33 ans	Célibataire	6AF	Néant
MC28	40 ans	36 ans	Mariée, 4 enfants	6AF	Néant
MC29	45 ans	35 ans	Mariée, 3 enfants	4AF	Néant
MC30	39 ans	36 ans	Mariée, 4 enfants	6AF	Néant
MC31	43 ans	39 ans	Mariée, 4 enfants	6AF	Néant

Tableau 11. Caractéristiques du groupe reconstruction mammaire

Sujets	Age actuel	Age au diagnostic	Situation familiale	Niveau d'instruction	Profession
RM1	35 ans	30 ans	Célibataire	Universitaire	Agent de saisie
RM2	47 ans	44 ans	Mariée (4 enfants)	3AS	Ex secrétaire
RM3	44 ans	39 ans	Célibataire	3AS	Agent immobilier
RM4	46 ans	34 ans	Mariée, sans enfants	1AF	Néant
RM5	44 ans	40 ans	Célibataire	9AF	Néant
RM6	46 ans	41 ans	Célibataire	7AF	Cuisinière
RM7	43 ans	34 ans	Célibataire	9 AF	Ex coiffeuse
RM8	34 ans	29 ans	Mariée, 3 enfants	2AS	Néant
RM9	49 ans	46 ans	Mariée, 2 enfants	Universitaire	PES
RM10	42 ans	33 ans	Mariée, 5 enfants	1AM	Néant
RM11	43 ans	31 ans	Mariée, 4 enfants	Universitaire	Chirurgien-dentiste
RM12	47 ans	26 ans	Célibataire	1AS	Couturière
RM13	57 ans	50 ans	Mariée, 1 enfant	Universitaire	Chirurgien-dentiste
RM14	46 ans	37 ans	Mariée, 2 enfants	3AS	Standardiste retraitée
RM15	41 ans	31 ans	Mariée, 3 enfants	9AF	Agent de bureau
RM16	33 ans	27 ans	Mariée, sans enfants	2AS	Néant

3- Les outils de recherche

L'investigation a été faite à partir du test de Rorschach en système intégré, qui permet d'explorer les différentes dimensions du fonctionnement psychologique des patientes et de deux échelles de qualité de vie, à savoir le questionnaire EORTC QLQ-C30, spécifique au cancer, version 3 et de son module additionnel, spécifique au cancer du sein, EORTC QLQ- BR23. Les données recueillies ont ensuite été confrontées aux résultats obtenus aux deux types d'outils, en vue d'établir d'éventuelles correspondances. Nous avons, également, comparé les résultats obtenus avec ceux de l'étude normative algérienne sur le Rorschach en système intégré.

3.1- Les outils d'évaluation de la qualité de vie

Nous avons eu recours à deux outils pour évaluer la qualité de vie :

- un entretien clinique sommaire, qui nous a permis d'avoir une appréciation qualitative, mais globale et,

- les échelles et questionnaires de qualité de vie, aux fins d'avoir une appréciation quantitative.

L'avantage des échelles et questionnaires est que, même s'ils sont relativement restrictifs, ils permettent une mesure standardisée, ils sont généralement faciles à utiliser et peuvent, de ce fait, être utilisés dans les études comparatives, car ils fournissent des informations valables pour un groupe et aident à la prise de décisions au niveau collectif. (Mercier & Schraub, 2005).

3.1.1- Les instruments de mesure de la qualité de vie

Les instruments de mesure de la qualité de vie se comptent en centaines. On distingue deux catégories de questionnaires et échelles : les génériques et les spécifiques.

Les questionnaires génériques sont applicables à des sujets malades ou non malades et permettent d'apprécier la qualité de vie de ces sujets, quelle que soit leur pathologie.

Les questionnaires spécifiques, quant à eux, concernent une pathologie précise, telle que le cancer ou des symptômes particuliers de cette pathologie tels que la fatigue ou la douleur par exemple.

3.1.2- Les instruments de mesure de qualité de vie relative au cancer du sein

Ces instruments mesurent les effets secondaires des traitements des patientes atteintes de cancer du sein et permettent d'évaluer les répercussions, sur la qualité de vie liée à la santé, de ces dernières, sur les plans physiques (lymphœdème, limitation des mouvements de l'épaule, prise de poids, ménopause, toxicité cardiaque), psychologique (anxiété, dépression, image corporelle, fatigue) et social.

Nous avons utilisé deux questionnaires de qualité de vie à savoir : L'EORTC QLQ-C30 version 3.0 (annexe n°3) et l'EORTC QLQ-BR23 (Annexe n°5).

Le QLQ-C30 se compose de :

- cinq dimensions fonctionnelles relatives à l'activité (physique, professionnelle et loisirs, cognitive, émotionnelle et sociale),
- trois dimensions relatives aux symptômes (fatigue, douleur, nausées et vomissement),
- un item relatif à l'état de santé global et,
- six items indépendants portant sur des symptômes additionnels communément rapportés par les patientes (dyspnée, perte d'appétit, insomnie, constipation et diarrhée) et impact financier de la maladie.

Le QLQ-BR23 comprend 23 items permettant d'évaluer les symptômes des cancers du sein et les effets secondaires des traitements. Il porte sur huit dimensions qui se répartissent en :

- quatre dimensions fonctionnelles : l'image du corps et la perception de soi, l'activité sexuelle, le plaisir sexuel, la dimension future relative à l'état de santé dans le futur ;
- quatre dimensions relatives aux symptômes : les effets secondaires des traitements tels que la sécheresse de la bouche, la perte des cheveux, les bouffées de chaleur ; les symptômes au niveau du sein tels que les douleurs, l'hypersensibilité, les symptômes cutanés au niveau du sein traité ; les symptômes au niveau du bras tels que les douleurs, l'œdème, la difficulté à soulever le bras ; les effets psychologiques de la perte des cheveux.

3.2- Le Rorschach en système intégré (RSI)

Comme présenté plus haut au chapitre 4, le Rorschach en système intégré a été élaboré par John Exner en 1974, selon un modèle perceptivo-cognitif du processus de la réponse. Par l'appréhension des mécanismes inconscients prenant en compte les processus affectifs, il permet une approche précise des émotions et les troubles émotionnels (Gérat-Muller, 2012) et présente, de ce fait, un intérêt particulier qui

« réside dans la mise en relation et dans l'articulation du cognitif et des affects » (Bobet & Gely-Nargeot, 1999).

Composé de 10 planches créées à partir de taches d'encre symétriques, chromatiques et achromatiques, ce test est administré en une durée d'environ 40 à 55 minutes. L'administration se déroule en deux temps : le recueil des réponses données à chacune des planches, lesquelles réponses sont notées verbatim et l'enquête, reprenant toutes les réponses, dans le but de déterminer les processus perceptifs et cognitifs, ayant présidé à la prise de décision et la formulation de chacune d'entre elles, pour arriver à une cotation aussi fidèle que possible de chaque réponse.

4- La validité interjuges

Nous avons procédé à une double cotation de 20 protocoles choisis au hasard, parmi les protocoles des sujets des deux groupes, afin de calculer le facteur Kappa, qui traduit l'accord interjuges de la cotation des grandes catégories du test (localisations, déterminants, qualité formelle, contenus et cotations spéciales). Le facteur Kappa a été calculé par le logiciel CHESSSS, en fonction des critères établis par Meyer (1999). Nous en présentons les résultats dans le tableau suivant :

Tableau 12. Accord interjuges de la double cotation de 20 protocoles

N=20	Kappa	Interprétation
Loc	0,89	Excellent
DQ	0,85	Excellent
Dets	0,87	Excellent
FQ	0,64	Good
Pair	0,85	Excellent
Cont	0,88	Excellent
P	0,82	Excellent
Zf	0,83	Excellent
Sum6	0,59	Fair
Other SpSc	0,82	Excellent
All SpSc	0,79	Excellent

La deuxième cotation a été assurée par notre collègue Fergani Louhab, qui a fait partie du groupe de cliniciens formés au Rorschach en système intégré.

Comme le montre le tableau ci-dessus, l'accord interjuges est excellent, pour la majorité des grandes catégories à savoir : les localisations, la qualité de développement, les déterminants, les réponses paire, les contenus, les banalités, la fréquence du score Z, les cotations spéciales. Il est bon pour la qualité formelle et faible pour le Sum6.

5- La stratégie de recherche

Notre recherche s'est déroulée en trois étapes :

- la prise de contact sur le terrain,
- la validation de la traduction des échelles,
- l'administration des outils de recherche.

5.1- La prise de contact sur le terrain

Nous avons réalisé notre enquête dans deux services de deux centres anticancéreux : le service de sénologie du centre «Pierre et Marie Curie» (CPMC) d'Alger et le service d'oncologie médicale du centre anticancéreux de l'hôpital Frantz Fanon de Blida.

Après avoir effectué les démarches administratives d'usage, nous nous sommes rapprochées des médecins du service, pour leur expliquer l'objet de notre travail et recruter les patientes devant constituer notre groupe de recherche.

L'unité de sénologie était initialement intégrée au service de chirurgie carcinologique du centre «Pierre et Marie Curie» d'Alger et a été érigée en service de sénologie en 1995. Ce service est composé d'une unité d'hospitalisation, dans laquelle exerce une équipe pluridisciplinaire regroupant des chirurgiens, des médecins généraliste, une psychologue, des infirmiers(es), une kinésithérapeute et des agents d'entretiens.

La consultation de sénologie a été délocalisée en 2012, à l'extérieur de l'hôpital au niveau de l'annexe Larbi Tebessi. Elle reçoit les nouvelles patientes, ainsi que les patientes déjà traitées, se présentant aux consultations de suivi.
Ayant déjà exercé dans ce centre, en qualité de psychologue clinicienne, nous avons pu avoir un accès direct aux consultations médicales et aux dossiers des patientes, pour effectuer la sélection en fonction des critères arrêtés. Nous avons pu avoir une salle de consultation adéquate, disponible deux matinées par semaine.

L'établissement hospitalier spécialisé en lutte contre le cancer a été créé en 1994, au sein de l'hôpital Frantz Fanon de Blida. Il se compose d'un service de chirurgie, d'un service de radiothérapie, d'un service d'hématologie et d'un service d'oncologie médicale. Le service d'oncologie médicale se compose de deux unités d'hospitalisation (hommes, femmes), de deux unités d'hôpital de jour (hommes, femmes) et de deux consultations, une pour le contrôle et le suivi et une consultation pour les nouveaux malades.

Une équipe pluridisciplinaire exerce dans ce service, composée de médecins oncologues, de différentes spécialités (sénologie, gastro-entérologie, hématologie…), de psychologues et d'agents paramédicaux.

Après avoir remis notre demande au médecin chef de service, nous avons pu obtenir une autorisation d'accès à la consultation et aux patientes au niveau de l'hôpital de jour femmes, de même que nous avons pu disposer d'un bureau pour la réalisation de l'enquête.

5.2- La validation de la traduction des échelles

Après avoir traduit les échelles, dans leur version française à l'arabe dialectal (Annexes n° 4 et 5), nous les avons soumise à l'expertise de quatre professeurs du département de psychologie de l'université d'Alger2 (Haddadi, Moussa, Belarbi, Messili) et au professeur Dourari du département d'interprétariat et traduction de l'université d'Alger2.

Après validation de cette traduction, sans aucune réserve, par ces experts, nous avons procédé à la validation de cette traduction sur le terrain. Cette étape s'est déroulée à la consultation de sénologie Larbi Tebessi et au centre anti douleur du CPMC. Nous avons passé ces échelles à une soixantaine de patientes traitées pour cancer du sein, puis nous les avons soumis au test Alpha de Cronbach dont les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 13. Résultats de la validation de la traduction des échelles en utilisant le test Alpha Cronbach

Échelle EORTC QLQ-C30	
Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,790	30
Échelle EORTC QLQ-BR23	
Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,703	23

Les résultats du coefficient alpha de Cronbach était de 0.790 pour l'échelle EORTC QLQ-C30 et de 0.703 pour l'échelle QLQ BR-23, ce qui donne une cohérence interne bonne pour la première et relativement bonne pour la deuxième échelle.

5.3- L'administration des outils de recherche

Pour le centre anticancéreux « Pierre et Marie Curie » d'Alger, le travail de recueil des données s'est déroulé à la consultation située au niveau de l'annexe Larbi Tebessi. Comme nous ne disposions que de la matinée vu que les consultations fermaient à 13h, nous ne pouvions voir que deux patientes par jour, au maximum.

Nous nous présentions d'abord à la consultation médicale, pour sélectionner les dossiers des patientes programmées ce jour et nous les prenions après leur passage chez le médecin qui les informait, au préalable, de notre travail.

Les patientes se présentaient alors chez nous. Après les avoir accueillies, nous leur proposions le formulaire de consentement éclairé (Annexe n° 1 et 2), en leur expliquant l'objet et le but de notre recherche. En fonction de la langue maîtrisée par les patientes, nous le présentions en arabe académique ou en français. Pour les patientes lettrées, nous procédions à la lecture du formulaire pendant qu'elles suivaient sur leur exemplaire, afin de les assurer du contenu des deux documents à signer. Pour les patientes illettrées, nous nous contentions de leur lire le formulaire et de nous assurer de leur compréhension de son contenu. Après signature du formulaire, nous procédions directement à un entretien préliminaire, consistant à recueillir des informations générales sur les patientes : nom et prénom, âge, situation familiale, niveau d'études, profession, histoire de la maladie, traitements, réactions des patientes et de leur entourage à la maladie et aux traitements et changements induits par la maladie et ses traitements. Nous expliquions ensuite, à nos patientes, notre démarche et leur présentions brièvement nos outils de recherche. Cette étape se déroulait en français ou en arabe dialectal, selon la langue parlée par les patientes. Nous disions aux patientes que nous allions leur poser un ensemble de questions auxquelles nous leur demanderions de répondre et que nous allions, dans un deuxième temps lueur administrer un test de personnalité.

Nous passâmes, ensuite, les deux échelles susmentionnées. Dans le but d'une homogénéisation de la passation, nous avons choisi de les administrer, nous-mêmes, à l'ensemble des patientes, mêmes celles qui étaient lettrées, de même que nous les avons administrées en arabe dialectal, y compris pour les patientes qui maîtrisent la langue française ou la langue arabe académique. Pour les deux échelles de qualité de vie, nous demandions simplement aux patientes de répondre aux questions posées. Pour l'ensemble des patientes, cette étape s'est déroulée dans de bonnes conditions et sans aucune difficulté.

Nous passions ensuite au test de Rorschach dont l'administration a été effectuée selon la méthode Exner (Exner, 1995 ; 2003). Nous commencions par demander aux patientes si elles en avaient déjà entendu parler, puis nous leur expliquions que nous

allions leur présenter des planches contenant des taches d'encre et leur demander à quoi ces tache pourraient ressembler.

La consigne utilisée était donnée en fonction de la langue parlée par la patiente. Nous présentions la première planche en demandant aux patientes : *«qu'est-ce que cela pourrait être ? »*. Pour les patientes parlant la langue arabe la consigne été traduite en « واش يقدر يكون هد؟». Cette traduction a été adoptée dans le cadre du projet de recherche Tassili.

Il est important de noter que nous avons fait partie du groupe de chercheur du laboratoire de psychologie clinique et métrique (LAPCM), qui a bénéficié d'une formation au Rorschach en système intégré, assurée par le professeur Anne Andronikof et le docteur Patrick Fontan, de l'Université de Paris X, Nanterre sud.

À part deux cas de refus de participer à l'enquête, nous n'avons, pour le reste rencontré aucune difficulté.

Il y a lieu de signaler cependant que, concernant le groupe mastectomie, vu la disponibilité d'un nombre important de patientes, nous avons pu accéder facilement aux sujets, contrairement au groupe reconstruction qui nous a demandé beaucoup plus de temps. Cela est dû au fait que les reconstructions mammaires étaient alors réalisées exclusivement au CPMC et qu'il n'y avait pas de cas de reconstruction à chaque consultation de contrôle. Nous avons dû, avec la collaboration des chirurgiens revenir aux fichiers des malades pour les convoquer. Cela n'allait pas de soi, car certaines résidaient dans des wilayas éloignées et il fallait attendre le jour de leur déplacement à Alger pour les rencontrer, d'autres n'étaient pas joignables par téléphone et l'une d'entre elles était décédée au moment de l'enquête. Deux patientes ont tout de même proposé d'effectuer le déplacement de Bejaïa, spécialement pour participer à ce travail.

Le traitement des données des échelles de qualité de vie a été effectué avec le logiciel SPSS. Cependant, compte tenu de la taille réduite de nos groupes de recherche, nous n'avons pas pu réaliser les tests statistiques tel que le Khi^2 et autres ; et nous nous sommes, donc, résolus seulement au calcul des pourcentages.

Pour l'analyse des résultats du Rorschach, nous nous sommes appuyés sur les variables des résumés formels obtenus grâce au logiciel CHESSSS dont nous avons parlé précédemment.

Les résultats de ce travail feront l'objet du chapitre suivant, ainsi qu'une illustration clinique de quatre cas, pris au hasard, parmi les patientes des deux groupes : deux cas de mastectomie seule et deux cas de reconstruction mammaire.

CHAPITRE 6
PRESENTATION DES RESULTATS

CHAPITRE 6- PRESENTATION DES RESULTATS

Ce chapitre se compose de deux parties. Dans la première partie, nous présentons et analysons les résultats obtenus au Rorschach en système intégré (RSI), ainsi que la comparaison de nos données avec les résultats de l'étude normative algérienne. Nous consacrons la deuxième partie à la présentation et l'analyse des résultats obtenus aux échelles de qualité de vie.

Nous présentons dans le tableau suivant les caractéristiques sociodémographiques de nos groupes de recherche.

Tableau 14. Caractéristiques sociodémographiques des groupes de recherche

Caractéristiques		Groupe MC (n=31)	%	Groupe RM (n=16)	%	Total	%
Age actuel	30 ans et moins	1	3,23	0	0,00	1	2,13
	31 à 40 ans	5	16,13	3	18,75	8	17,02
	41 à 50 ans	24	77,42	12	75,00	36	76,59
	+ de 50 ans	1	3,23	1	6,25	2	4,25
Total		31	100	16	100	47	100
Age au diagnostic	30 ans et moins	2	6,45	3	18,75	5	10,64
	31 à 40 ans	17	54,84	9	56,25	26	55,32
	41 à 50 ans	12	38,71	4	25,00	16	34,04
Total		31	100	16	100	47	100
Distance au diagnostic	5 ans et moins	23	74,19	7	43,75	30	63,82
	5 à 10 ans	5	16,13	6	46,15	11	23,40
	+ de 10 ans	3	9,68	3	18,75	6	12,76
Total		31	100	16	100	47	100
Situation matrimoniale	Célibataires	4	12,90	6	37,50	10	21,28
	Mariées	23	74,19	10	62,50	33	70,21
	Divorcées/veuves	4	12,90	0	0,00	4	8,51
Total		31	100	16	100	47	100
Niveau d'instruction	Sans instruction	2	6,45	0	0,00	2	4,25
	Primaire	8	25,81	1	6,25	9	19,15
	Moyen	8	25,81	5	31,25	13	27,66
	Secondaire	8	25,81	6	37,50	14	29,79
	Post secondaire	5	16,13	4	25,00	9	19,15
Total		31	100	16	100	47	100
Situation professionnelle	Inactives	21	67,74	5	31,25	26	55,32
	Occupées	10	32,26	8	50,00	18	38,30
	En arrêt d'activité	0	0,00	3	18,75	3	6,38
Total		31	100	16	100	47	100

- Remarque : si le cumul des fréquences n'est pas exactement de 100%, cela est dû aux décimales que nous avons réduites à 2 après la virgule.
- Nous désignons par MC le groupe mastectomie et par RM le groupe reconstruction mammaire.

Comme le montre le tableau ci-dessus, l'âge au diagnostic se situe entre 31 et 40 ans, pour plus de la moitié des patientes des deux groupes, puis entre 41 et 50 ans, pour plus du quart d'entre elles. Elles se répartissent de façon égale, dans le groupe mastectomie et le groupe reconstruction mammaire.

Nous entendons par la distance au diagnostic, le temps écoulé entre le moment du diagnostic et celui de l'enquête. La majorité des patientes de nos deux groupes est à 5 ans et moins, du diagnostic de leur cancer, à savoir : les trois quart du groupe mastectomie et plus de la moitié du groupe reconstruction mammaire.

Pour la situation matrimoniale, les femmes mariées représentent les trois quarts de nos deux groupes de recherche, suivies par les célibataires, dans des proportions moins importantes. Nous notons que la proportion des célibataires est plus importante dans le groupe reconstruction mammaire que dans celui des mastectomies.

Pour le niveau d'instruction, le groupe mastectomie se situe, dans des proportions également réparties entre les niveaux primaire, moyen et secondaire, alors que le groupe reconstruction, se trouve plutôt dans les niveaux moyen, secondaire et supérieur.

Pour la situation professionnelle, les patientes du groupe mastectomie se situent majoritairement dans celui des femmes inactives (près de 68%) et le reste travaillent. Les patientes du groupe reconstruction mammaire sont des femmes qui travaillent pour 50% d'entre-elles, inactives pour près du tiers et le reste en arrêt d'activité.

1- Présentation des résultats du Rorschach SI

Tableau 14. Les indices du Rorschach

Indices	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
S Con positive	2	6,45%	1	6%
DEPI > ou = 5	5	16,13%	6	37,5%
PTI > ou = 3	4	12,9%	2	12,5%
CDI positif	17	55%	8	50%

L’indice S-Con permet de détecter l’imminence d’un passage à l’acte suicidaire. Sa valeur est positive, soit de 8, pour 2 sur 31 patientes (6%) du groupe MC et pour 1 sur 16 patientes (6%) du groupe RM.

Le DEPI renvoie aux affects et à la gestion émotionnelle. Lorsqu’elle est positive, elle signe la présence d'expériences de perturbation affective dans l’organisation de la personnalité du sujet. On peut observer chez les personnes ayant un DEPI positif, la récurrence d’épisodes dépressifs, ainsi que la présence de troubles de l’humeur, de tension ou d’angoisse. Il y a toutefois lieu de noter que ces épisodes, comportant des émotions négatives, ne sont pas systématiques et un certain nombre de sujet avec un DEPI positif ne présentera pas ces passages dépressifs.

Dans le groupe mastectomie, 16,13% des patientes présentent un DEPI positif, alors que dans le groupe reconstruction mammaire, le DEPI est positif chez plus du tiers des patientes. Ce qui montre une plus grande souffrance dans ce groupe par rapport au groupe mastectomie, sachant que cette variable renvoie aux affects et à la gestion émotionnelle.

Le CDI est l’indice du déficit de compétence sociale. Lorsqu’il est positif, il constitue un indicateur intéressant pour l’analyse de la perception des relations et comportements interpersonnels.

Dans notre tableau, le CDI est positif chez les deux groupes, soit un peu plus de la moitié des patientes du groupe mastectomie contre la moitié du groupe reconstruction mammaire. Cela indique l’existence d’une incompétence ou de difficultés au niveau des relations sociales, à des degrés nuancés, tant pour les patientes du groupe mastectomie que pour celles du groupe reconstruction mammaire.

Le PTI est un indice qui vise à attirer l’attention sur la présence probable de difficultés dans le domaine de la pensée (médiation et idéation). Cet indice est considéré comme une échelle continue, ses valeurs élevées étant moins favorables que ses valeurs basses.

Dans nos groupes de recherche, nous retrouvons un PTI supérieur ou égal à 3 dans les mêmes proportions soit chez un dixième des patientes des deux groupes. Cela indique

la présence, dans des proportions relativement faibles, de difficultés médiationnelles et idéatoires, sans différences notables entre les deux groupes.

Tableau 15. Les styles cognitifs

Styles cognitifs	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
Introversif	0	0%	0	0%
Ambiéqual	4	13%	2	12,5%
Extratensif	1	3 ,22%	4	25%
Évitant	17	50,84%	8	50%
NA (Non valide)	5	16,12%	2	12,5%

Le style dominant dans les deux groupes est le style évitant, il est présent chez la moitié des patientes dans chacun des deux groupes. Ce style se caractérise par une tendance dominante à simplifier. C'est un style peu efficient auquel elles font appel devant des situations perçues comme complexes et ambigües. Les patientes ayant un style évitant présentent des difficultés de modulation de leurs émotions ou une tendance au contrôle excessif de ces dernières et une pensée moins sophistiquée que ce que l'on retrouve dans les autres styles.

Le style ambiéqual apparait en 2ème position dans le groupe mastectomie et est présent, dans les mêmes proportions, mais en 3ème position dans le groupe reconstruction. Ce style indique un manque de cohérence dans la résolution des problèmes et la prise de décision.

Par contre, c'est le style extratensif qui prend la deuxième position dans le groupe reconstruction, dans des proportions beaucoup plus importantes, chez un quart des patientes de ce groupe, contre seulement 3% des mastectomies. Nous notons que chez ces patientes, les émotions interfèrent avec la pensée lors des opérations de résolution de problèmes ou de prise de décision.

L'absence totale du style introversif, dans les deux groupes, indique une tendance à la mise à l'écart de leurs émotions, pendant les opérations de résolution de problèmes et de prise de décision.

La tendance qui se dégage des styles dominants des deux groupes est que la plupart des patientes tendent à écarter complètement les émotions de leur fonctionnement, mais il y a lieu de préciser qu'une partie des patientes du groupe reconstruction s'orientent vers la mise en avant des émotions qu'elles mêlent souvent à leur pensée.

1.1- La déviation de la qualité formelle

Ces variables nous renseignent sur les activités médiationnelles et dans quelle mesure ces activités conduisent à des comportements appropriés ou pas, par rapport à la situation.

Tableau 16. Déviation de la qualité formelle (médiation)

Déviation de la qualité formelle	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
XA%>.89	1	3,23%	1	6,25%
XA%<.70	18	58,06%	9	56,25%
WDA%<.85	8	25,81%	5	31,25%
WDA%<.75	18	58,06%	9	56,25%
X+%<.55	23	74,19%	11	68,75%
Xu%>.20	10	32,26%	3	18,75%
X-%>.20	12	38,71%	5	31,25%
X-%>.30	10	32,26%	8	50,00%

Dans des proportions relativement importantes, les patientes des deux groupes enregistrent des valeurs de X+ inférieures à 0,55 et de X- supérieures à 0,20, ce qui est en faveur d'un dysfonctionnement médiationnel et de problèmes dans le testing de la réalité, pouvant induire une forte probabilité de voir apparaître des comportements plus atypiques et inappropriés qu'il n'est souhaitable.

1.2- Le score Zd (traitement de l'information)

Le score Zd nous renseigne sur l'efficacité de l'activité de balayage lors du traitement de l'information. Sa valeur se situe entre +3,0 et -3,0.

Tableau 17. Le score Zd

L'indice Zd	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
Zd> +3.0	1	3,23%	2	12,50%
Zd<-3.0	10	32,26%	7	43,75%

Les données du Zd indiquent, pour les deux groupes, une tendance à avoir une activité de balayage que l'on appelle sous-incorporatrice, mais cette tendance est plus marquée dans le groupe reconstruction. En d'autres termes, l'activité de balayage peut-être hâtive et aléatoire, ce qui pourrait constituer un handicap dans la mesure où cette sous-incorporation peut affecter l'activité médiationnelle et induire des comportements non efficients.

1.3- Le score D et DAj (Capacité de contrôle et tolérance au stress)

Le score DAj nous donne des indications sur les capacités de contrôle, il est à mettre en lien avec le CDI. Le score D, quant à lui, nous renseigne sur la tolérance au stress.

Tableau 18. Le score D et DAj (D ajusté)

Scores D et DAj	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
D=0	19	61,29%	8	50%
DAj =0	21	67,74%	9	56,25%
DAj<-1	3	9,67	5	31,25

Au regard des valeurs nulles des variables D et D ajustés chez la majeure partie des patientes du groupe mastectomie, nous supposons qu'elles ne présentent pas de grands problèmes dans le domaine des capacités de contrôle et de tolérance au stress. Elles semblent avoir des ressources relativement disponibles et devraient avoir des capacités relatives de contrôle. Nous retrouvons, par contre, chez une proportion plus faible, ne dépassant pas le dixième de ce groupe, un D ajusté négatif. Cela signe la présence, chez elles, d'un problème de contrôle mais de façon chronique et d'une pression interne plus qu'habituelle.

Quant aux patientes du groupe reconstruction, nous enregistrons des valeurs de D et D ajusté nulles pour la moitié du groupe, alors que près du tiers d'entre elles ont un D

ajusté négatif. Nous pouvons en conclure que leurs capacités de contrôle et de tolérance au stress semblent être amoindries et qu'elles ressentent, par conséquent, plus de pression interne qui interfère avec leur capacité de contrôle.

1.4- Variables diverses

- **Le rapport Mp:Ma**

Le rapport Mp:Ma est relatif à l'idéation. Il renseigne sur la tendance qu'auraient certaines personnes, à substituer le fantasme à une réalité vécue comme trop dure, dans une démarche défensive de déni de cette réalité. Généralement, la valeur de Ma est toujours supérieure à celle de Mp. Dans le cas contraire, on est en présence d'un recours à la vie fantasmatique plus souvent que de coutume.

Tableau 19. Le rapport Mp:Ma

Rapport Mp:Ma	Groupe MC(n=31)		Groupe RM (n=16)	
Mp>Ma	7	22,58%	3	18,75%

Dans le tableau ci-dessus, la valeur de Mp est supérieure à la valeur Ma, pour environ un cinquième des patientes des deux groupes, dans une proportion légèrement plus élevée dans le groupe mastectomie, ce qui marque, chez ces patientes, une tendance à la substitution du fantasme à la réalité face aux situations de stress. Il peut s'agir d'une stratégie défensive qui peut être utile, voire efficace face à la maladie cancéreuse et à la perte du sein. Mais globalement, cela ne concerne qu'une petite partie des deux groupes et n'est donc pas très fortement significatif.

- **Le rapport FC:CF+C**

Ce rapport nous renseigne sur le degré de régulation émotionnelle. Tandis que le FC indique un meilleur contrôle émotionnel, le CF indique l'existence de décharges émotionnelles moins contrôlées et le C pur est en faveur d'un contrôle émotionnel très insuffisant.

Tableau 20. La variable FC>CF+C

Variable	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
FC>CF+C	12	38,70%	10	62,5%

Dans le groupe mastectomie, le résultat montre que la majeurs partie des patientes est moins préoccupée de contrôler ses décharges émotionnelles que la plupart des adultes. Ce qui marque, chez elles, une tendance à exprimer leurs affects de façon plus intense. Cela ne pose pas de problème particulier pour ce groupe de patientes dans la mesure où, comme nous l'avons vu plus haut, elles ne présentent que dans des proportions relativement faibles, des difficultés dans le domaine du contrôle, de même qu'elles ne montrent pas de signes majeurs de perturbation affective.

Par contre, les patientes du groupe reconstruction montrent une tendance plus prononcée à exercer un contrôle plus étroit sur les décharges émotionnelles, ce qui pourrait constituer une source de souffrance dans la mesure où leurs capacités de contrôle et de tolérance au stress sont amoindries, comme il est mentionné plus haut.

- **La variable Afr**

Cette variable nous renseigne sur l'intérêt porté par le sujet aux stimuli ou environnements émotionnels.

Tableau 21. La variable Afr

Variable Afr	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
Afr<.40	7	22,58%	3	18,75%
Afr<.50	10	32,25%	2	12,5%

Les résultats du tableau ci-dessus, mettent en évidence une tendance à l'évitement des stimuli émotionnels. Les valeurs de l'Afr, inférieurs à 40 pour près du quart des mastectomies et inférieure à 50 pour près du tiers d'entre elles, signe la présence d'un malaise marqué dans les situations émotionnelles ce qui les pousse à l'évitement des stimuli émotionnels et à l'isolement social.

Ce résultat est plus nuancé pour le groupe reconstruction où les valeurs de l'Afr inférieur à 40 sont obtenues par près d'un cinquième de ce groupe et l'Afr inférieur à 50 l'est dans une proportion beaucoup plus faible (12,5%) par rapport au groupe mastectomie.

- **L'index d'intellectualisation**

L'intellectualisation est un processus défensif qui permet la réduction de l'impact des émotions par une sorte de déni ou de déformation du sens des situations émotionnelles, par leur traitement à un niveau idéationnel plutôt qu'émotionnel.

Ce processus défensif permet de nier la présence des affects et de ne pas confronter les situations affectives de manière directe. Au niveau idéationnel, il s'agit d'un recourt à la pensée, de façon inhabituelle dans une démarche de négation de la réalité par sa déformation. Le recours excessif à l'intellectualisation peut induire des distorsions cognitives qui, sans aller jusqu'à perturber la pensée, pourrait la rendre vulnérable et entrainer des erreurs de logique et mener le sujet à développer des concepts erronés.

Tableau 22. L'index d'intellectualisation

Index d'intellectualisation	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
(2AB+Art+Ay)>5	4	12,90%	3	18,75%

Dans une proportion toute relative, les données du tableau ci-dessus montrent une certaine vulnérabilité face aux situations affectives perçues comme stressantes plus marquée chez les patientes du groupe reconstruction où elle concerne près d'un cinquième des patientes, d'où leur recours à l'intellectualisation dont l'efficacité, devant l'intensité des affects, semble amoindrie. Cette proportion est encore plus faible dans le groupe mastectomie, dépassant à peine le dixième.

- **L'Index d'égocentrisme**

L'index d'égocentrisme nous renseigne sur la préoccupation de soi et l'estime de soi.

TABLEAU 23. L'INDEX D'EGOCENTRISME

Index d'égocentrisme	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
3r+(2)/R<.33	19	61,29%	8	50%
3r+(2)/R>.44	3	9,67%	3	13,75%

Les résultats des deux groupes donnent des valeurs inférieures à la fourchette normale qui se situe entre 0,33 et 0,45, pour plus de la moitié des patientes du groupe mastectomie et la moitié de celles du groupe reconstruction. Cela indique une

perception négative de soi et de sa valeur propre, avec une dévalorisation comparativement aux autres et une plus grande préoccupation par soi-même que la plupart des gens.

Cet index est à mette en lien avec la variable Reflet, dont les résultats chez nos sujets sont repris dans le tableau 24 ci-après.

- **Les réponses reflet**

La présence d'une ou plusieurs réponses reflet est un indicateur de perception positive de soi dans la relation à autrui, alors que l'absence de ce type de réponse signe une préoccupation importante avec soi pouvant induire un désintérêt voire un retrait du monde extérieur.

Tableau 24. Les réponses reflet

Réponses reflet	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
Fr+rF>0	2	6,45%	0	0,00%

Nous constatons que cette variable est présente dans une proportion très faible chez les patientes du groupe mastectomie et totalement absente dans le groupe reconstruction. Ce résultat confirme celui de l'indice d'égocentrisme qui montre globalement une altération de la perception de soi.

- **Les réponses MOR**

Les réponses MOR nous renseignent sur l'image de soi et, à une certaine fréquence, semblent marquer la pensée conceptuelle d'un certain degré de pessimisme.

Tableau 25. Les réponses MOR

Réponse MOR	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
MOR>2	9	31%	5	31,25%

Dans nos deux groupes de recherche, la valeur des réponses MOR est supérieure à 2 chez le tiers des patientes. Cela indique la présence, chez elles, d'une altération de l'image de soi, et une perception de soi négative, marquée d'une note plutôt pessimiste.

Au niveau idéationnel, cette vision pessimiste sur soi, induit une conception du monde teintée de doute et de découragement avec des anticipations négatives, ce qui peut altérer, chez elles, la qualité de la pensée conceptuelle, cette altération pouvant aller jusqu'à produire une désorganisation idéationnelle.

- **Les réponses An+Xy**

Il s'agit de la somme des réponses anatomiques et des réponses radiographie. Ce type de réponses est peu courant dans les protocoles de Rorschach, leur valeur ne dépassant pas 1, quand elles existent. Au-delà, cela indique l'existence d'une attention particulière pour le corps.

Tableau 26. Les réponses An+Xy

An+Xy	Groupe MC (n=31)	Groupe RM (n=16)
An+Xy = 2	22,6%	31,2%
An+Xy > 2	41,9%	37,5%

La lecture du tableau ci-dessus indique des valeurs élevées de cette variable. La valeur de cette variable est égale à 2 pour près du quart des patientes du groupe mastectomie contre le tiers du groupe reconstruction mammaire. Elle indiquerait une certaine inquiétude par rapport au corps, plus marquée chez les mastectomies que chez les reconstructions.

Dans des proportions plus rapprochées entre les deux groupes, la valeur de An+Xy dépasse 2 (elle a même atteint 9 et 10 chez quelques patientes du groupe reconstruction). Ce résultat s'explique par la présence de la maladie cancéreuse qui semble être à l'origine de vives inquiétudes à propos de leur corps.

- **L'Index d'isolement social**

Cet index nous renseigne sur le degré d'activité du sujet quant aux interactions sociales. Plus sa valeur est élevée et plus le sujet est isolé socialement. Il se situe entre 0,26 et 0,32.

Tableau 27. L'index d'isolement social

Variable	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
Index d'isolement social	13	41,93%	3	18,75%

L'index d'isolement social est positif, avec des valeurs supérieures à 0,33, chez près de la moitié des patientes du groupe mastectomie et, à un degré moindre (près d'un cinquième des patientes) dans le groupe reconstruction. Sans être pathologique, ce résultat indique une altération dans la sphère relationnelle ; ces patientes éprouvent des difficultés à entretenir des relations satisfaisantes avec autrui et sont de ce fait, très isolées socialement. Cet isolement, même s'il est présent dans le groupe reconstruction, est beaucoup plus important dans le groupe mastectomie.

Ce résultat est tout à fait en accord avec celui de l'indice de compétence sociale CDI, pour le groupe mastectomie mais plus nuancé pour le groupe reconstruction mammaire.

- **Les réponses banales (P)**

Les réponses banales nous renseignent sur la propension, chez la personne, à répondre de façon conventionnelle dans des situations qui appellent à des comportements communément admis.

Tableau 28. Les réponses banales (P)

Réponses banales	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
P<4	14	45,16%	8	50%%
P>7	00	0,00%	0	0,00%

Pour les deux groupes, la fréquence des réponses banales est inférieure à la moyenne (entre 4 et 7) pour la moitié des patientes, de façon légèrement plus marquée dans le groupe reconstruction, ce qui dénote chez elles une tendance à ignorer les conventions sociales.

- **Les réponses COP et AG**

Les réponses COP et AG nous renseignent sur l'abord, par les sujets, de leurs relations et échanges interpersonnels. La présence de réponses COP indique des échanges

interpersonnels plutôt satisfaisants. A l'inverse, les réponses AG assignent à ces échanges un caractère agressif ou compétitif.

Tableau 29. Les réponses COP et AG

Réponses COP et AG	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
COP = 0	24	77,41%	12	75%
COP>2	0	0,00%	0	0,00%
AG=0	19	61,29%	9	56,25%
AG>2	3	9,67%	0	0,00%

Dans les deux groupes, nous constatons que, tant les réponses COP que les réponses AG ont une valeur nulle, ce qui signe l'existence, chez les patientes, d'un certain malaise dans les relations interpersonnelles qu'elles n'anticipent pas de façon positive, les mettant, assez souvent, en marge des interactions sociales. Ce résultat rejoint celui de l'index d'isolement social et l'indice de compétence sociale évoqués plus haut.

- **Les cotations GHR/PHR**

Les cotations spéciales GHR/PHR, aident à la compréhension des comportements interpersonnels et leur efficience.

Les réponses GHR, indiquent une bonne représentation humaine (Good Human Representation), elles peuvent être considérées comme un indicateur de modalités relationnelles efficaces et adaptées, tandis que les réponses PHR, qui renvoie à une représentation humaine pauvre ou mauvaise (Poor Human Representation) indiquent des comportements relationnels moins efficients et moins adaptés.

Tableau 30. Les cotations GHR/PHR

Cotations GHR/PHR	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
GHR>PHR	7	22,58%	4	25%
GHR=PHR	6	19,35%	3	18,75%
GHR<PHR	18	60%	9	56,25%

Dans nos deux groupes de recherche, la valeur du GHR est supérieure à celle des PHR pour environ un quart des patientes chez lesquelles on peut s'attendre à des comportements interpersonnels plutôt adaptés et bien perçu par les autres.

En revanche, les réponses PHR sont nettement supérieures aux réponses GHR, dépassant le seuil des 50% dans les reconstructions et atteignant les 60% dans les mastectomies. Cela indique des modalités de relations interpersonnelles moins adaptées et moins efficientes, corroborant ainsi les résultats obtenus pour les autres variables relatives à la sphère relationnelle.

- **Le rapport a:p**

Cette variable est relative aux réponses « mouvement » qui est perçu comme actif ou passif. Ces réponses nous renseignent sur le style relationnel qui peut être actif ou passif. Habituellement, la majorité des réponses « mouvement » sont actives, si la fréquence des réponses *p* est supérieure à celle des réponses *a* cela indique un style relationnel passif.

Tableau 31. Le rapport a:p

Rapport a:p	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
p>a+1	8	25,80%	2	12,5%

Nos résultats montrent une valeur du mouvement passif supérieure à celle du mouvement actif d'au moins 1 point, pour un quart des patientes du groupe mastectomie et, à un degré moindre (12%) dans le groupe reconstruction. Cela indique qu'une proportion non négligeable des patiente du premier groupe sont plutôt passives dans leurs relations interpersonnelles, sans aller forcément jusqu'à la soumission, ce qui n'est pas le cas pour la majorité des patientes du deuxième groupe. Il s'agit généralement de personnes ayant tendance à éviter la responsabilité de la prise de décision et ne s'inscrivant pas dans une démarche de résolution de problèmes.

- **Les réponses dans le blanc (S)**

La présence de réponses S est habituelle dans un protocole de Rorschach. Il s'agit de l'inversion figure-fond qui peut traduire, chez les sujets, une certaine individualité.

Tableau 32. Les réponses S

Réponse S	Groupe MC (n=31)		Groupe RM (n=16)	
S>2	7	22,58%	3	18,75%

Le tableau ci-dessus, affiche une valeur de S>2 dans une proportion autour d'un cinquième pour les deux groupes. Ces valeurs peuvent être interprétées comme une forme de négativisme ou d'opposition, voire de colère, chez ces patientes, et qui pourraient constituer un obstacle à l'établissement de relations sociales harmonieuses.

2- Comparaison des résultats du Rorschach SI d'un groupe de femmes opérées d'un cancer du sein avec le groupe de l'étude normative algérienne

Dans cette partie, nous discutons nos résultats du Rorschach SI à la lumière de l'étude normative algérienne (n = 465) à l'aide du d de Cohen.

La classification de Cohen se décline en trois catégories de différences :

- Petite différence : entre 20 et 50,
- Différence moyenne : entre 50 et 80,
- Grande différence : supérieure à 80

Nous avons fait une première comparaison de l'ensemble de notre groupe de recherche : mastectomie et reconstruction mammaire, que nous avons appelé « le groupe cancer du sein », puis ce groupe a été réparti en deux sous-groupes : le groupe mastectomie (MC) et le groupe reconstruction mammaire (RM), dont nous avons comparé, respectivement, les résultats avec ceux du groupe normatif. Nous avons enfin comparé les résultats du groupe mastectomie avec ceux du groupe reconstruction mammaire.

L'intégralité des tableaux de ces différentes comparaisons est présentée dans l'annexe n° 9.

Les résultats obtenus au Rorschach SI chez les femmes atteintes de cancer du sein montrent des différences significatives dans trois ensembles, à savoir : la perception de soi, la perception des relations et les comportements interpersonnels et la triade cognitive, notamment les dimensions médiation et idéation.

2.1 - La perception de soi

- **Comparaison entre le groupe normatif (GN) et le groupe cancer du sein (CS)**

Dans la catégorie « grande différence », les variables relevant de cet ensemble, enregistrent des valeurs très élevées chez le groupe normatif par rapport au groupe cancer du sein sont : H, All H Cont et An, alors que le groupe cancer du sein se distingue par des valeurs nettement supérieures à celles du groupe normatif pour les variables : MOR et (Hd). La variable (H) enregistre une différence moyenne en faveur du groupe cancer du sein.

- **Comparaison entre le groupe normatif (GN) et le groupe mastectomie (MC)**

Les mêmes variables apparaissent dans les résultats du groupe mastectomie pour les grandes différences, soit des valeurs plus élevées pour les An, H et All H Cont dans le groupe normatif par rapport au groupe mastectomie, alors que ce dernier marque une valeur de Hd supérieur à celle du groupe normatif. Dans les différences moyennes, la valeur de la variable (H) est plus importante dans le groupe expérimental par rapport au groupe normatif.

- **Comparaison entre le groupe normatif (GN) et le groupe reconstruction mammaire (RM)**

Pour le groupe reconstruction mammaire, nous notons que les valeurs de FD, H, all content H et An sont plus élevées dans le groupe normatif que dans ce groupe, qui lui se distingue par une supériorité des valeurs des réponses (H) et (Hd).

- **Comparaison entre le groupe mastectomie (MC) et le groupe reconstruction mammaire (RM)**

Concernant la comparaison de ces deux groupes, nous ne relevons aucune grande différence entre les deux groupes. La seule différence se situe dans la catégorie des

différences moyennes et s'exprime par des valeurs de FD et de Hd plus élevée dans le groupe mastectomie que dans le groupe reconstruction mammaire.

- **Discussion**

Nous notons, dans les groupes cancer du sein, tant pour le groupe mastectomie que le groupe reconstruction mammaire des valeurs basse de la variable FD avec des (H) et des (Hd) élevés. Cela signe la présence de difficultés d'ajustement, comparativement au groupe normatif.

Les (H) et (Hd) renvoient à une image de soi fondée sur des représentations internes qui coïncident moins avec la réalité. Ces sujets ont une représentation de soi déformée pouvant impacter négativement la sphère relationnelle.

La valeur élevée des réponses MOR vient confirmer ce résultat par rapport à une image de soi comportant des impressions négatives et ressentie comme indésirable et abîmée et un point de vue pessimiste sur soi-même.

2.2- La perception des relations et les comportements interpersonnels

- **Comparaison entre le groupe normatif (GN) et le groupe cancer du sein (CS)**

Dans la catégorie « grande différence », ce sont les variables H et All H Cont qui enregistrent des valeurs très élevées chez le groupe normatif par rapport au groupe cancer du sein, tandis que le groupe cancer du sein se distingue par un PER supérieur à celui du groupe normatif. Par ailleurs, une différence moyenne de la variable H est constatée en faveur du groupe cancer du sein.

- **Comparaison entre le groupe normatif (GN) et le groupe mastectomie (MC)**

Les variables H, All H Cont, GHR et PHR prennent le pas dans le groupe normatif par rapport au groupe mastectomie, alors que ce dernier se distingue par une valeur de Hd supérieur à celle du groupe normatif.

Dans les différences moyennes, le groupe normatif marque une supériorité de l'indice d'isolement social par rapport au groupe mastectomie.

- **Comparaison entre le groupe normatif (GN) et le groupe Reconstruction mammaire (RM)**

Les mêmes résultats sont retrouvés dans le groupe reconstruction mammaire, avec des valeurs de H, All H Cont, GHR et PHR, supérieurs à celles du groupe normatif.
Nous relevons une seule différence moyenne avec un indice d'isolement social plus élevé dans le groupe reconstruction que dans le groupe normatif.

- **Comparaison entre le groupe mastectomie (MC) et le groupe reconstruction mammaire (RM)**

Concernant cette dernière comparaison, nous ne relevons aucune différence notable entre les deux groupes, hormis une valeur de GHR plus élevées dans le groupe reconstruction que dans le groupe mastectomie.

- **Discussion**

Les valeurs de la variable H montrent que les sujets du groupe expérimental s'intéresseraient moins aux autres que la plupart des gens. Il s'agit de personnes généralement émotionnellement repliées ou socialement isolées de leur environnement. La présence de réponses (H) chez ce groupe indique que leur perception n'est pas fondée sur la réalité.

La valeur élevée des réponses PER peut être interprétée comme une défense contre toute éventualité de paraître faible aux yeux des autres, chez des sujets ayant probablement un sentiment d'insécurité concernant leur intégrité personnelle dans les situations interpersonnelles.

Nous retrouvons les mêmes résultats dans le groupe mastectomie pour les réponses humaines et la variable GHR.

Le groupe mastectomie se distingue par un SumT élevé par rapport au groupe normatif, cela indique d'un besoin de contacts très forts et insatisfait qui serait en lien avec une perte affective, ce qui peut être expliqué chez les femmes de notre groupe par la perte du sein, laquelle perte n'a jamais été compensée ou remplacée. Ces personnes sont généralement à la recherche de relations émotionnelles proches mais ne savent pas comment y parvenir.

Quant à l'indice d'isolement social, même s'il est plus élevé dans le groupe normatif que dans celui du groupe mastectomie, il ne renvoie à aucune interprétation dès lors qu'il est en deçà de la fourchette de 0,26 et 0,32.

La comparaison des groupes mastectomie et reconstruction mammaire ne donne pas de différences notables quant à cet ensemble hormis une valeur de (H) supérieure dans le groupe reconstruction contre un GHR plus élevé dans le groupe mastectomie, dont les explication ont déjà été mentionnées précédemment.

2.3- La Triade cognitive

- **Comparaison entre le groupe normatif (GN) et le groupe cancer du sein (CS)**

C'est dans la dimension médiation que l'on retrouve de grandes différences entre le groupe normatif et le groupe cancer du sein avec des valeurs de XA% et Dd plus élevées dans le premier groupe que dans le second.

Une différence moyenne est marquée par une valeur de R plus élevée dans le groupe normatif que dans le groupe cancer du sein

- **Comparaison entre le groupe normatif (GN) et le groupe mastectomie (MC)**

Pour la médiation, nous notons des différences moyennes entre le groupe normatifs et le groupe mastectomie avec une valeur de Dd plus élevée dans le premier groupe et un S- plus élevé dans le second.

Concernant l'idéation, nous relevons des grandes différences avec un Sum6 et un WSum6 plus élevés dans le groupe normatif et des valeurs de MOR et des cotations spéciales de niveau2 plus importantes dans le groupe mastectomie.

- **Comparaison entre le groupe normatif (GN) et le groupe reconstruction mammaire (RM)**

Pour ce qui est de la médiation, le groupe reconstruction se distingue par des valeurs de XA%, X-%, X+% et Xu% supérieures à celles du groupe normatif, alors que ce dernier enregistre une valeur de P plus élevée.

Pour l'idéation, Nous noterons une grande différence entre les deux groupes marquée par des valeurs de Sum6, WSum6 et cotations spéciales, plus élevées dans le groupe normatif que dans le groupe reconstruction.

- **Comparaison entre le groupe mastectomie (MC) et le groupe reconstruction mammaire (RM)**

Concernant cette dernière comparaison, nous ne relevons pas de différence notable entre les deux groupes, hormis dans la dimension idéation qui enregistre des cotations spéciales de niveau2 plus élevées dans le groupe reconstruction mammaire que dans le groupe mastectomie, mais dans les différences moyennes.

- **Discussion**

Concernant la médiation, nous constatons que la variable centrale de cet ensemble (X-%) est élevée aussi bien dans le groupe reconstruction mammaire que dans le groupe mastectomie (respectivement 0,47 et 0,45) par rapport au groupe normatif qui est à 0,29. Cela pourrait indiquer une perturbation dans le testing de la réalité, qui pourrait s'expliquer par une interférence des affects liée à la maladie cancéreuse (S- qui renvoie à la colère).

Par ailleurs, pour l'idéation, nous retrouvons une perturbation cognitive modérée dans les groupes cancer du sein (valeur des cotations spéciales de niveau 2 notamment dans le groupe reconstruction mammaire où elle atteint 1,67), de même que nous relevons, chez ces groupes, une orientation nettement pessimiste de la pensée avec des réponses MOR nettement supérieures à celles du groupe normatif.

3- Présentation et analyse des résultats des échelles

3.1- Quelques précisions à propos de l'analyse des échelles

Les échelles de qualité de vie que nous avons utilisées, à savoir le questionnaire EORTC QLQ-C30 et le questionnaire EORTC QLQ-BR23, se composent, comme nous l'avons dit précédemment, de plusieurs dimensions fonctionnelles et d'une dimension symptômes.

L'analyse des résultats se fait à partir des scores obtenus aux différents items composant chacune des dimensions, en sachant qu'un score de plus de 50% dans les dimensions fonctionnelles est un indicateur de bonne qualité de vie alors que ce même score dans la dimension symptômes indique une mauvaise qualité de vie. Ce qui revient à dire que plus le score est élevé dans les dimensions fonctionnelles, plus la qualité de vie est bonne et, plus il est élevé dans la dimension symptôme, plus la qualité de vie est mauvaise.

Nous présentons, dans ce qui suit, les résultats obtenus aux deux échelles de qualité de vie, selon les variables : distance au diagnostic, situation matrimoniale, niveau d'instruction et activité ou situation professionnelle, puis nous présenterons les résultats obtenus selon le type de chirurgie, soit : mastectomie seule et reconstruction mammaire.

Compte-tenu de la taille réduite des deux groupes de recherche, nous n'avons pas pu faire les croisements avec les variables ci-dessus énumérées, de même que nous avons fait notre analyse seulement à partir des pourcentages puisque le χ^2 et autres tests statistiques étaient non significatifs.

Par ailleurs, la différence en nombre des deux groupes ne permettant pas de faire une analyse comparative, de ce fait, nous nous sommes intéressées uniquement aux tendances qui se dégagent dans chacun d'entre eux.

3.2- Résultats des échelles de qualité de vie selon la distance au diagnostic

Tableau 33. Scores de l'EORTC QLQ-C30 selon la distance au diagnostic

Qualité de Vie		**Bonne**			**Mauvaise**		
Groupes		**0-5ans**	**5-10ans**	**10ans et +**	**0-5ans**	**5-10 ans**	**10 ans et +**
Échelle de santé globale		81,5%	84,6%	57,1%	18,5%	15,4%	42,9%
Dimensions	Capacité fonctionnelle. (CF)	7,4%	0,0%	0,0%	**92,6%**	**100%**	**100%**
	Capacité au travail et activités de loisir (CT)	29,6%	30,8%	42,9%	**70,4%**	**69,2%**	**57,1%**
	État émotionnel (CT)	51,9%	46,2%	42,9%	48,1%	**53,8%**	**57,1%**
	Capacités cognitives (CC)	29,6%	15,4%	42,9%	**70,4%**	**84,6%**	**57,1%**
	Capacité sociales (CS)	18,5%	15,4%	0,0%	**81,5%**	**84,6%**	**100%**
	Difficultés financières (DF)	51,9%	76,9%	71,4%	48,1%	23,1%	28,6%
Symptômes	Fatigue (FA)	55,6%	23,1%	100%	44,4%	**76,9%**	0,0%
	Nausées et vomissements (NV)	100%	100%	100%	0,0%	0,0%	0,0%
	Douleur (DO)	11,1%	7,7%	28,6%	**88,9%**	**92,3%**	**71,4%**
	Dyspnée (DY)	81,5%	76,9%	57,1%	18,5%	23,1%	42,9%
	Insomnie (IN)	59,3%	69,2%	42,9%	40,7%	30,8%	**57,1%**
	Manque d'appétit (MA)	63,0%	76,9%	42,9%	37,0%	23,1%	**57,1%**
	Constipation (CO)	85,2%	76,9%	71,4%	14,8%	23,1%	28,6%
	Diarrhée (DI)	100%	100%	85,7%	0,0%	0,0%	14,3%

Les données de l'EOPRTC QLQ-C30, indiquées dans le tableau ci-dessus, montrent une altération de la qualité de vie, pour l'ensemble des patientes, quelle que soit la distance au diagnostic, pour les dimensions : « Capacité fonctionnelle », « Capacité au travail et aux activités de loisirs », « capacités cognitives » et « Capacités sociales ». La dimension « État émotionnel » est altérée pour un peu plus de la moitié des deux groupes qui sont à plus de 5 ans du diagnostic.

Pour la dimension symptômes, seule la douleur est à un seuil élevé et ce, chez l'ensemble des patientes.

Tableau 34. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 selon la distance au diagnostic

Qualité de Vie		**Bonne**			**Mauvaise**		
Groupes		**0 -5ans**	**5-10 ans**	**10ans et +**	**0 -5ans**	**5-10 ans**	**10ans et +**
Dimension fonctionnelle	Image corporelle	37%	53,8%	28,6%	**63%**	46,2%	**71,4%**
	Activité sexuelle	29,6%	29,1%	42,9%	**70,4%**	**76,9%**	**57,1%**
	Plaisir sexuel	51,9%	46,2%	57,1%	48,1%	**53,8%**	42,9%
	Perspective future	100%	100%	100%	0,0%	0,0%	0,0%
Dimension symptômes	Effets secondaires des traitements	33,3%	15,4%	42,9%	**66,7%**	**84,%6**	**54,1%**
	Symptômes / sein	11,1%	7,7%	0,0%	**88,9%**	**92 ,3%**	**100%**
	Symptômes / bras	11,1%	0,0%	28,6%	**88,9%**	**100%**	**71,4%**
	perte des cheveux	92,6%	76,9%	71,4%	7,4%	23,1%	28,6%

À l'EORTC QLQ-BR23, nous notons une altération de l'image corporelle pour les groupes dont la distance au diagnostic est respectivement, de 0 à 5 ans et de 10 ans et plus, alors que plus de la moitié du groupe dont la distance au diagnostic est de 5 à 10 ans, ne semble pas présenter de problèmes à ce niveau.

Nous notons, pour ce dernier groupe, une altération de la dimension « Plaisir sexuel » chez plus de la moitié de ses membres, alors que la dimension « Activité sexuelle » est altérée dans les trois groupes.

Pour la dimension symptômes, les trois groupes enregistrent les mêmes résultats, à savoir des scores élevés concernant les effets secondaires des traitements, les symptômes au niveau du sein et les symptômes au niveau du bras.

3.3- Résultats des échelles de qualité de vie selon la situation matrimoniale

Qualité de Vie		**Bonne**			**Mauvaise**		
Groupes		**Célibataire**	**Mariée**	**Divorcée Veuve**	**Célibataire**	**Mariée**	**Divorcée Veuve**
Échelle de santé globale		90%	75,8%	75%	10%	24,2%	25%
Dimensions	Capacité fonctionnelle (CF)	10%	0,0%	25%	**90%**	**100%**	**75%**
	Capacité au travail et loisirs (CT)	50%	30,3%	0,0%	**50%**	**69,7%**	**100%**
	État émotionnel (CT)	40%	45,5%	100%	**60%**	**54,5%**	0,0%
	Capacité cognitive (CC)	40%	24,2%	25%	**60%**	**75,8%**	**75%**
	Capacité sociales (CS)	20%	9,1%	50%	**80%**	**90,9%**	**50%**
	Difficultés financières (DF)	50%	69,7%	25%	**50%**	30,3%	**75%**
Symptômes	Fatigue (FA)	70%	48,5%	50%	30%	**51,5%**	**50%**
	Nausées et vomissements (NV)	100%	100%	100%	0,0%	0,0%	0,0%
	Douleur (DO)	70%	57,6%	50%	30%	42,4%	**50%**
	Dyspnée (DY)	60%	78,8%	100%	40%	21,2%	0,0%
	Insomnie (IN)	70%	57,6%	50%	30%	42,4%	**50%**
	Manque d'appétit (MA)	70%	66,7%	25%	30%	33,3%	**75%**
	Constipation (CO)	70%	81,8%	100%	30%	18,2%	0,0%
	Diarrhée (DI)	100%	97%	100%	0,0%	3%	0,0%

Au niveau de la situation matrimoniale, il ne semble pas y avoir de différences notables entre les trois groupes (célibataires, mariées et veuves ou divorcées) qui enregistrent de faibles résultats à l'EORTC QLQ-C30, dans les dimensions : « capacité fonctionnelle », «capacité au travail et aux loisirs », « capacités cognitives » et « capacités sociales ». Par contre, nous notons une altération de l'état émotionnel pour les célibataires et les mariées, alors que les veuves et divorcées ne semblent pas présenter de problèmes de ce type mais souffrent par contre de difficultés financières.

Pour les symptômes, les veuves et divorcées obtiennent des scores élevés concernant la douleur, l'insomnie et le manque d'appétit.

Tableau 36. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 selon la situation matrimoniale

QDV		**Bonne**			**Mauvaise**		
Groupes		**Célibataire**	**Mariée**	**Divorcée Veuve**	**Célibataire**	**Mariée**	**Divorcée Veuve**
Dimension fonctionnelle	Image corporelle	30%	39,4%	75%	**70%**	**60,6%**	25%
	Activité sexuelle	-	42,4%	-	-	**57,6%**	-
	Plaisir sexuel	-	69,7%	-	-	30,3%	-
	Perspective future	100%	100%	100%	0,0%	0,0%	0,0%
Dimension symptômes	Effets secondaires des traitements	40%	27,3%	25%	**60%**	**72,7%**	**75%**
	Symptômes / sein	0,0%	9,1%	25%	**100%**	**90,9%**	**75%**
	Symptômes / bras	30%	3%	25%	**70%**	**97%**	**75%**
	perte des cheveux	90%	87,9%	50%	10%	12,1%	50%

L'EORTC QLQ-BR23, montre, comme indiqué ci-dessus, une atteinte de l'image corporelle pour la plus grande proportion des célibataires et des mariées et une altération de l'activité sexuelle pour les femmes mariées. Les célibataires et veuves ou divorcée n'ont pas renseigné les items de cette dimension car elles n'ont pas de vie sexuelle.

Concernant la dimension symptôme, les mêmes résultats se retrouvent dans les trois groupes à savoir, des scores élevés concernant les effets secondaires des traitements, les symptômes au niveau du sein et les symptômes au niveau du bras.

3.4- Résultats des échelles de qualité de vie selon le niveau d'instruction

Tableau 37. Scores de l'EORTC QLQ-C30 selon le niveau d'instruction

Qualité de vie		Bonne					Mauvaise				
Groupes		Sans Inst	Prim	Moy	Second	Post second	Sans Inst	Prim	Moy	Second	Post second
Échelle de santé globale		66,7%	75%	84,6%	73,3%	87,5%	33,3%	25%	15,4%	26,7%	12,5%
Dimensions	Capacité fonctionnelle (CF)	33,3%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	**66,7%**	**87,5%**	**100%**	**100%**	**100%**
	Capacité au travail et aux loisirs (CT)	100%	50%	46,2%	26,7%	0,0%	**66,7%**	**50%**	**53,8%**	**73,3%**	**100%**
	Etat émotionnel (CT)	66,7%	50%	53,8%	46,7%	37,5%	33,3%	**50%**	46,2%	**53,3%**	**62,5%**
	Capacités cognitives (CC)	33,3%	12,5%	46,2%	20%	25%	**66,7%**	**87,5%**	**53,8%**	**80%**	**75%**
	Capacité sociales (CS)	33,3%	0,0%	23,1%	13,3%	12,5%	**66,7%**	**100%**	**76,9%**	**86,7%**	**87,5%**
	Difficultés financières (DF)	0,0%	25%	61,5%	80%	87,5%	**100%**	**75%**	38,5%	20%	12,5%
Symptômes	Fatigue (FA)	66,7%	50%	46,2%	53,3%	62,5%	33,3%	**50%**	**53,8%**	46,7%	37,5%
	Nausées et vomissements (NV)	100%	100%	100%	100%	100%	0,0%	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0%
	Douleur (DO)	66,7%	12,5%	0,0%	13,3%	12,5%	33,3%	**87,5%**	**100%**	**86,7%**	**87,5%**
	Dyspnée (DY)	66,7%	62,5%	84,6%	80%	75%	33,3%	37,5%	15,4%	20%	25%
	Insomnie (IN)	66,7%	50%	61,5%	66,7%	50%	33,3%	**50%**	38,5%	33,3%	**50%**
	Manque d'appétit (MA)	66,7%	37,5%	69,2%	73,3%	62,5%	33,3%	**62,5%**	30,8%	26,7%	37,5%
	Constipation (CO)	100%	87,5%	69,2%	80%	87,5%	0,0%	12,5%	30,8%	20%	12,5%
	Diarrhée (DI)	100%	100%	100%	100%	87,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%

La répartition selon le niveau d'instruction nous montre, à l'EORTC QLQ-C30, une altération de la qualité de vie, pour l'ensemble des groupes, dans des proportions variables, allant de la moitié, jusqu'à la totalité des patientes, aux dimensions «capacité fonctionnelle», «capacité au travail et aux activités de loisir», «capacités cognitives» et «capacités sociales». Pour la dimension «état émotionnel», l'altération est présente chez la moitié du groupe de niveau primaire alors qu'elle ne l'est, pour le groupe de

niveau moyen et les sans instruction, que dans des proportions plus faibles, soit en deçà de 50%. Quant aux «difficultés financières», elles touchent, dans des proportions plus importantes les groupes des niveaux les plus bas : les sans instruction et ceux du niveau primaire.

Pour ce qui est de la «dimension symptômes», c'est la douleur qui est la plus présente, dans de fortes proportions, touchant les groupes des niveaux primaire, moyen, secondaire et post-secondaire, l'insomnie est présente pour la moitié des groupes primaire et post-secondaire et le manque d'appétit touche les deux tiers du groupe de niveau primaire.

Tableau 38. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 selon le niveau d'instruction

Qualité de Vie		**Bonne**					**Mauvaise**				
Groupes		**Sans Instr.**	**Prim.**	**Moy**	**Sec.**	**Post sec**	**Sans Instr.**	**Prim.**	**Moy**	**Sec.**	**Post sec**
Dimension fonct.	Image corporelle	33,3%	50%	46,2%	26,7%	50%	**66,7%**	**50%**	**53,8%**	**73,3%**	**50%**
	Activité sexuelle	33,3%	50%	23,1%	33,3%	12,5%	**66,7%**	**50%**	**76,9%**	**66,7%**	**87,5%**
	Plaisir sexuel	33,3%	25%	53,8%	46,7%	75%	**66,7%**	**75%**	46,2%	**53,3%**	25%
	Perspective Future	100%	100%	100%	100%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Dimension symptômes	Effets secondaires des traitements	66,7%	62,5%	30,8%	6,7%	25%	33,3%	37,5%	**69,2%**	**93,3%**	**75%**
	Symptômes au niveau du sein	33,3%	12,5%	12,7%	0,0%	12,5%	**66,7%**	**87,5%**	**92,3%**	**100%**	**87,5%**
	Symptômes au niveau du bras	33,3%	0,0%	7,7%	6,7%	12,5%	**66,7%**	**100%**	**92,3%**	**93,3%**	**87,5%**
	perte de cheveux	66,7%	87,5%	84,6%	93,3%	75%	33,3%	12,5%	15,4%	6,7%	25%

Pour l'EORTC QLQ-BR23, nous notons, dans les «dimensions fonctionnelles», une altération de l'image corporelle et l'activité sexuelle, touchant la moitié jusqu'à plus des trois quart des patientes. La proportion la plus élevée se situe dans le groupe du niveau post-secondaire, alors que la «dimension plaisir sexuel», n'est altérée que pour le quart de ce dernier groupe mais l'est dans des proportions allant de la moitié aux

trois quart chez les sans instruction et dans les groupes des niveaux sans instruction, primaire et secondaire.

Quant aux symptômes, nous notons la présence des effets secondaires des traitements chez près des trois quart jusqu'à presque la totalité des groupes des niveaux moyen, secondaire et post-secondaire. Les symptômes au niveau du sein et les symptômes au niveau du bras sont présents dans des proportions dépassant les 50% et avoisinant les 100% pour l'ensemble des groupes.

3.5- Résultats des échelles de qualité de vie selon l'activité (situation professionnelle)

Tableau 39. Scores de l'EORTC QLQ-C30 selon l'activité

Qualité de Vie		**Bonne**			**Mauvaise**		
Groupes		**Néant**	**Occupée**	**Interrupt.**	**Néant**	**Occupée**	**Interrupt.**
Échelle de santé globale		77,8%	85,7%	66,7%	22,2%	14,3%	33,3%
Dimensions	Capacité fonctionnelle (CF)	7,4%	0,0%	0,0%	**92,6%**	**100%**	**100%**
	Capacité au Travail et loisirs (CT)	40,7%	7,1%	50%	**59,3%**	**92,9%**	**50%**
	État émotionnel (CT)	48,1%	50%	50%	**51,9%**	**50%**	**50%**
	Capacités cognitives (CC)	25,9%	28,6%	33,3%	**74,1%**	**71,4%**	**66,7%**
	Capacité sociales (CS)	11,1%	21,4%	16,7%	**88,9%**	**78,6%**	**83,3%**
	Difficultés financières (DF)	55,6%	71,4%	66,7%	44,4%	28,6%	33,3%
Symptômes	Fatigue (FA)	51,9%	64,3%	33,3%	48,1%	35,7%	**66,7%**
	Nausées et vomissements (NV)	100%	100%	100%	0,0%	0,0%	0,0%
	Douleur (DO)	1,1%	14,3%	16,7%	**88,9%**	**85,7%**	**83,3%**
	Dyspnée (DY)	81,5%	71,4%	66,7%	18,5%	28,6%	33,3%
	Insomnie (IN)	59,3%	64,3%	50%	40,7%	35,7%	**50%**
	Manque d'appétit (MA)	66,7%	57,1%	66,7%	33,3%	42,9%	33,3%
	Constipation (CO)	88,9%	78,6%	50%	11,1%	21,4%	**50%**
	Diarrhée (DI)	100%	92,9	97,9%	0,0%	7,1%	2,1%

Pour la situation professionnelle (indiquée dans le tableau par activité), nous notons, à l'EORTC QLQ-C30, une altération :

- des capacités fonctionnelles, dans une proportion avoisinant les 100% dans le groupe sans profession et touchant la totalité des patientes occupées et en interruption d'activité,

- de la capacité au travail et aux activités de loisirs dans des proportions touchant la moitié jusqu'à la presque totalité des patientes, dans les trois groupes,
- de l'état émotionnel est altéré pour la moitié des trois groupes et,
- des capacités sociales, dans des proportions dépassant les trois quart de chacun des trois groupes.

- Les difficultés financières concernent 50% du groupe sans profession et beaucoup moins les deux autres groupes.

Dans la «dimension symptômes», c'est la douleur qui est fortement présente pour la quasi-totalité des trois groupes. L'insomnie et la constipation touchent la moitié du groupe en interruption d'activité.

Tableau 40. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 selon l'activité

Qualité de vie		**Bonne**			**Mauvaise**		
Groupes		**Néant**	**Occupée**	**Interrupt.**	**Néant**	**Occupée**	**Interrupt.**
	Image corporelle	37%	50%	33,3%	**63%**	**50%**	**66,7%**
	Activité sexuelle	40,7%	7,1%	33,3%	**59,3%**	**92,9%**	**66,7%**
	Plaisir sexuel	40,7%	64,3%	66,7%	**59,3%**	35,7%	33,3%
	Perspective future	100%	100%	100%	00%	00%	0,0%
Dimension symptômes	Effets secondaire des traitements	29,6%	28,6%	33,3%	**70,4%**	**71,4%**	**66,7%**
	Symptômes / sein	11,1%	7,4%	00%	**88,9%**	**92,9%**	**100%**
	Symptômes / bras	7,4%	14,3%	16,7%	**92,6%**	**85,7%**	**83,3%**
	perte des cheveux	92,6%	71,4%	83,3%	7,4%	28,6%	16,7%

Pour l'EORTC QLQ-BR23, on constate :

- une altération de l'image corporelle pour la moitié du groupe en activité et pour les deux tiers des deux autres groupes,
- une altération de l'activité sexuelle allant dans des proportions de plus de la moitié du groupe sans activité, aux deux tiers des femmes en interruption d'activité, jusqu'à la quasi-totalité du groupe des femmes occupées,
- une altération de la dimension plaisir sexuel pour un peu plus de la moitié des sans activité.

Concernant la « dimension symptômes », ce sont les effets secondaires des traitements, les symptômes au niveau du sein et les symptômes au niveau du bras que l'on retrouve dans l'ensemble des groupes, dans de fortes proportions, dépassant les trois quarts pour les premiers et touchant la presque totalité des patientes des trois groupes, pour les deux derniers.

3.6- Résultats des échelles de qualité de vie pour l'ensemble des 2 groupes de recherche

Tableau 41. Scores de l'EORTC QLQ-C30 pour l'ensemble des deux groupes

Qualité de vie		**Bonne**	**Mauvaise**
Échelle de santé globale		78,7%	21,3%
Dimensions	Capacité fonctionnelle (CF)	4,3%	**95,7%**
	Capacité au travail et loisir (CT)	31,9%	**68,1%**
	État émotionnel (EM)	48,9%	**51,1%**
	Capacité cognitive (CC)	27,7%	**72,3%**
	Capacité sociales (CS)	14,9%	**85,1%**
	Difficultés financières (DF)	61,7%	38,3%
Symptômes	Fatigue (FA)	53,2%	46,8%
	Nausées et vomissements (NV)	100%	0,0%
	Douleur (DO)	12,8%	**87,2%**
	Dyspnée (DY)	76,6%	23,4%
	Insomnie (IN)	59,6%	40,4%
	Manque d'appétit (MA)	63,8%	36,2%
	Constipation (CO)	80,9%	19,1%
	Diarrhée (DI)	97,9%	2,1%

Les données du tableau ci-dessus font apparaitre une altération de la qualité de vie :

- chez la quasi-totalité des sujets enquêtés, au niveau des dimensions « Capacité fonctionnelle »,
- pour plus de la moitié des patientes quant à la dimension « Capacité au travail » ainsi que « l'État émotionnel »,

- en matière de « Capacité relationnelle et sociale », pour plus des trois quarts des patientes.

Quant aux « symptômes », c'est la douleur qui est signalée, par plus des trois quarts des patientes.

Tableau 42. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 pour l'ensemble des deux groupes

QDV		**Bonne**	**Mauvaise**
Dimension fonctionnelle	Image corporelle (IC)	40,4%	**59,6%**
	Activité sexuelle (AS)	29,8%	**70,2%**
	Plaisir sexuel (PS)	51,1%	48,9%
	Perspective future (PF)	100%	0,0%
Dimension symptômes	Effets secondaires des traitements (EST)	29,8%	**70,2%**
	Symptômes au niveau du sein(SS)	8,5%	**91,5%**
	Symptômes au niveau du bras (SB)	10,6%	**89,4%**
	Sentiments liés à la perte des cheveux (PC)	85,1%	14,9%

Pour les résultats de l'EORTC QLQ-BR23, nous notons la présence d'une altération de l'image corporelle pour plus de la moitié des sujets, de l'activité sexuelle, pour près des trois quarts, du plaisir sexuel, pour près de la moitié des sujets.

Pour la dimension symptômes, hormis la perte des cheveux, qui n'et signalée que par une très faible proportion des sujets, les effets secondaires des traitements sont présents pour près des trois quarts de l'ensemble des deux groupe et les symptômes au niveau du sein et au niveau du bras sont signalés par la quasi-totalité des sujets.

3.7- Résultats des échelles de qualité de vie pour les groupes mastectomie et reconstruction mammaire

Tableau 43. Scores de l'EORTC QLQ-C30 pour les groupes mastectomie et reconstruction mammaire

Groupes		**MC (n=31)**		**RM (n=16)**	
Qualité de vie		**Bonne**	**Mauvaise**	**Bonne**	**Mauvaise**
Échelle de santé globale		76,7%	23,3%	82,4%	17,6%
Dimension	Capacité fonctionnelle (CF)	6,7%	**93,3%**	0,0%	**100%**
	Capacité au travail et loisirs (CT)	30%	**70%**	35,3%	**64,7%**
	État émotionnel(EM)	63,3%	36,7%	23,5%	**76,5%**
	Capacité cognitive (CC)	36,7%	**63,3%**	11,8%	**88,2%**
	Capacité relationnelle et sociale (CS)	16,7%	**83,3%**	11,8%	**88,2%**
	Difficultés financières (DF)	56,7%	43,3%	70,6%	29,4%
Symptômes	Fatigue (FA)	56,7%	43,3%	47,1%	**52,9%**
	Nausées et Vomissements (NV)	100%	0,0%	100%	0,0%
	Douleur (DO)	10%	**90%**	17,6%	**82,4%**
	Dyspnée (DY)	73,3%	26,7%	82,4%	17,6%
	Insomnie (IN)	50%	**50%**	76,5%	23,5%
	Manque d'appétit (MA)	60%	40%	70,6%	29,4%
	Constipation (CO)	80%	20%	82,4%	17,6%
	Diarrhée (DI)	100%	0,0%	94,1%	5,9%

Dans les résultats de l'EORTC QLQ-C30, indiqués au tableau ci-dessus, nous notons un bon score à l'échelle de santé globale, pour plus des trois quarts de l'ensemble des sujets.

Concernant les dimensions, une altération des capacités fonctionnelles est enregistrée pour la quasi-totalité du groupe mastectomie et la totalité du groupe reconstruction

mammaire. L'état émotionnel est altéré pour les trois quarts des reconstructions mammaires, alors qu'il ne l'est que pour près du tiers des mastectomies. Il en est de même pour l'altération de la capacité cognitive qui est présente chez plus de la moitié des mastectomies mais qui dépasse les trois quarts des reconstructions mammaires et la « capacité relationnelle et sociale » connaît une très forte altération, touchant plus des trois quarts des deux groupes. Quant aux « difficultés financières », elles ne sont fortement présentes que dans le groupe mastectomie dont les trois quarts en souffrent.

Pour les « symptômes », la douleur est fortement présente dans les deux groupes. En effet, une forte proportion des patientes s'en plaignent, dont plus des trois quarts du groupe reconstruction mammaire et pas loin de la totalité du groupe mastectomie. Dans ce dernier groupe, nous notons, en outre, la présence de l'insomnie pour la moitié de ses membres, alors que ce symptôme n'est signalé que par un peu moins du quart du groupe reconstruction mammaire.

Tableau 44. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 pour les groupes mastectomie et reconstruction mammaire

Groupes		**MC (n=31)**		**RM (n=16)**	
Qualité de vie		**Bonne**	**Mauvaise**	**Bonne**	**Mauvaise**
Dimension fonctionnelle	Image Corp.(IC)	40%	**60%**	41,2%	**58,8%**
	Activité sexuelle (AS)	30%	**70%**	29,4%	**70,6%**
	Plaisir Sexuel (PS)	46,7%	**53,3%**	58,8%	41,2%
	Perspective future (PF)	100%	0,0%	100%	0,0%
Dimension symptômes	Effets secondaire des traitements (EST)	36,7%	**63,3%**	17,6%	**82,4%**
	Symptômes. Sein (SS)	10%	**90%**	5,9%	**94,1%**
	Symptômes. Bras (SB)	16,7%	**83,3%**	0,0%	**100%**
	Perte des cheveux (PC)	83,3%	16,7%	88,2%	11,8%

Les résultats de l'EORTC QLQ-BR23, comme indiqués dans le tableau ci-dessus, montrent une altération de l'image corporelle et de l'activité sexuelle, quasiment, dans les mêmes proportions pour le groupe mastectomie et le groupe reconstruction mammaire, touchant près des deux tiers pour la première dimension et près des trois

quarts pour la deuxième dimension. L'altération de la dimension « Plaisir sexuel » touche un peu plus de la moitié du groupe mastectomie et moins de la moitié du groupe reconstruction mammaire.

Nous notons que la dimension « Perspective future » est excellente avec des score de 100 pour l'ensemble des patientes des deux groupes.

Pour la « dimension symptômes », nous remarquons des altérations, relativement plus élevées dans le groupe reconstruction mammaire que dans celui des mastectomies, concernant les effets secondaires des traitements, où les proportions sont de moins de deux tiers pour les mastectomie mais dépassent les trois quart, pour les reconstructions mammaires. Les symptômes au niveau du sein sont présents dans des proportions quasi-équivalentes, dans les deux groupes. Les symptômes au niveau du bras sont, quant à eux, présents pour la totalité du groupe reconstruction mammaire alors que cette proportion descend au trois quart dans le groupe mastectomie.

CHAPITRE 7
ILLUSTRATIONS CLINIQUES

CHAPITRE 7- ILLUSTRATIONS CLINIQUES

1- Quelques remarques préalables

Ce chapitre sera consacré à des études de cas. Chaque cas sera analysé en fonction des données du Rorschach et des échelles de qualité de vie EORTC QLQ-C30 et son module complémentaire EORTC QLQ-BR23. La démarche d'interprétation, suivie dans ce chapitre, pour l'analyse des données du Rorschach des quatre cas, est celle établie par Exner (2003). Mais, notre analyse prendra en considération les trois points suivants :

1- L'analyse de certaines variables ne s'est pas fait en fonction des données normatives américaines, mais elle se fera en fonction des données normatives algériennes que nous avons exposées au chapitre 6. Aussi, l'analyse prendra en considération la dominance du style évitant dans la population algérienne.

2- Dans la mesure où nous disposons des renseignements anamnestiques sur les cas présentés, nous nous référons largement à certains de ces renseignements afin d'étayer les données de l'analyse.

3- Le choix des quatre illustrations clinique a été fait de façon aléatoire, ils n'ont fait l'objet d'une sélection.

Avant d'entamer l'analyse de nos cas, nous résumons, dans le tableau suivant, le rationnel à la base de l'interprétation de chaque ensemble.

Tableau 45. Rationnel de l'interprétation des ensembles du RSI

Ensemble	Rationnel
Capacités de contrôle et tolérance au stress	Le contrôle peut être défini comme « *la capacité à élaborer des décisions et mettre en œuvre des comportements délibérés face aux exigences d'une situation* » (Exner, 2003, p. 25). Les variables du Rorschach permettent de décrire les capacités de contrôle d'un sujet. Étant fluctuantes, ces capacités peuvent s'affaiblir ou se renforcer en fonction des circonstances. Certaines variables de cet ensemble peuvent traduire cette fluctuation temporaire des capacités de contrôle, et d'autres renvoient plutôt à des capacités de contrôle limitées de manière plutôt chronique.
Stress situationnel	Les stress situationnels sont produits par une variété de traumatismes personnels tels que les échecs, les déceptions, les pertes affectives, les conflits autours de décisions à prendre, etc. (Exner, 2003). Certaines variables du Rorschach peuvent nous aider à comprendre dans quelle mesure la diminution des capacités de contrôle et de tolérance au stress du sujet ne seraient pas en rapport avec une circonstance de ce genre.
Affects	Les affects jouent un rôle important et complexe dans la plupart des activités psychologiques d'une personne. Les variables de cet ensemble fournissent des informations sur le rôle des émotions dans la prise de décision et la traduction comportementale du sujet, sur le présence inhabituelle d'émotions négatives, sur l'implication du sujet dans le domaine émotionnel, sur l'efficacité de contrôle qu'a le sujet de ses affects, savoir si les affects créent des attitudes inhabituelles envers l'environnement ou un état de confusion chez le sujet.
Traitement de l'information	Le traitement de l'information reflète les procédures mentales impliquées dans la saisie de l'information. Cette opération implique le balayage du champ du stimulus et la formation d'images du champ, dans son ensemble ou dans ses parties, dans la mémoire à court terme. Les variables de cet ensemble sont regroupées dans deux catégories. La première nous renseigne sur l'effort fourni dans le traitement ou la motivation au traitement. La seconde renseigne sur la qualité et l'efficacité du traitement.
Médiation	Elle reflète les opérations mentales impliquées dans la traduction ou l'identification du matériel saisi. Les variables de cet ensemble nous renseignent sur les activités médiationnelles : dans quelles mesure elles sont appropriées ou non à la situation ; dans quelle mesure elles sont conventionnelles ou individualistes ; si un dysfonctionnement médiationnel est présent, dans quel contexte il apparait.

Idéation	Elle se réfère aux processus de pensée mis en route après que l'information ait été identifiée, elle représente une forme de conceptualisation mentale de l'information traduite. Il s'agit de savoir comment la pensée est utilisée dans les situations quotidiennes de coping et dans la prise de décision. Savoir s'il y a des niveaux inhabituels d'activité idéationnelle périphérique. Savoir si la pensée ne présente pas des particularités inhabituelles.
Perception de soi	La perception de soi se réfère à deux éléments, l'image de soi et l'investissement de soi. L'image de soi est constituée des impressions qu'un sujet a envers ses propres caractéristiques. L'investissement de soi se réfère à la quantité d'attributions ou de préoccupations que le sujet se porte à lui-même par opposition à la préoccupation qu'il peut porter au monde extérieur. Cet ensemble contient des variables qui nous renseignent sur ces deux caractéristiques de la perception de soi.
Perception des relations	Les variables de cet ensemble peuvent nous aider à répondre aux questions suivantes : Y a-t-il des éléments qui pointeraient vers une carence des compétences relationnelles ? le sujet présente-il des caractéristiques de style ou de traits inhabituels qui pourraient affecter les perceptions qu'il a des autres ou la façon dont il interagit avec les autres ? Le sujet semble-t-il ouvert au rapproché affectif ? Dans quelle mesure le sujet s'intéresse-t-il aux autres ? Le sujet considère-t-il l'échange interpersonnel de manière habituellement positive ? Y a-t-il des éléments qui indiqueraient que le sujet serait excessivement défensif dans les situations d'interaction ou qu'il tendrait à être socialement isolé.

Nous procédons, dans ce qui suit, à la présentation de quatre cas cliniques, deux cas de mastectomie et deux cas de reconstruction mammaire, pris au hasard, illustrant nos deux groupes de recherche. L'analyse des protocoles de Rorschach de chacune d'entre elles, s'est faite selon l'ordre indiqué par le CHESSSS, pour les différentes dimensions.

2- Illustration 1 : Madame MC10

2.1- Présentation du cas

Il s'agit de MC10 âgée de 40 ans, mariée, mère de deux garçons âgés de 7 et 8 ans, ayant un niveau d'instruction de 9ème AF.

La maladie est apparue en août 2010, alors qu'elle avait 35 ans, par la découverte fortuite d'un nodule au niveau du sein qui, après examen, s'est avéré malin. C'est son mari qui lui annoncé son cancer, ce dernier en étant été informé par le médecin avant l'hospitalisation. Sidérée par cette annonce, elle dit l'avoir acceptée résignée. Elle a bénéficié du traitement complet : mastectomie dont elle a été informée au bloc opératoire, chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie. Elle a eu les effets secondaires de la chimiothérapie, à type d'alopécie, asthénie et changement de teint, de la radiothérapie à type de brûlures au niveau e la zone d'irradiation et une aménorrhée suite à l'hormonothérapie, celle-ci ayant disparu à la fin du traitement hormonal.

Pour les changements induits par la maladie et les traitements, elle affirme être devenue nerveuse et susceptible. Quant à la perception qu'elle a d'elle-même et de son image devant le miroir, elle décrit un sentiment d'infériorité et dit qu'elle s'apitoie sur son sort. Concernant la reconstruction mammaire, elle la refuse car, dit-t-elle, elle a peur du bloc opératoire, de même que son mari la refuse. Sur le plan relationnel, elle ne révèle rien de particulier, mais signale qu'elle bénéficie d'un grand soutien de la part de sa famille. Elle signale avoir toujours très peur de la récidive, et qu'elle a très peur de la mort qui est omniprésente dans ses pensées et ce, de crainte de ne pouvoir élever ses enfants. Elle porte néanmoins un regard optimiste sur le futur.

2.2- Résultats du Rorschach

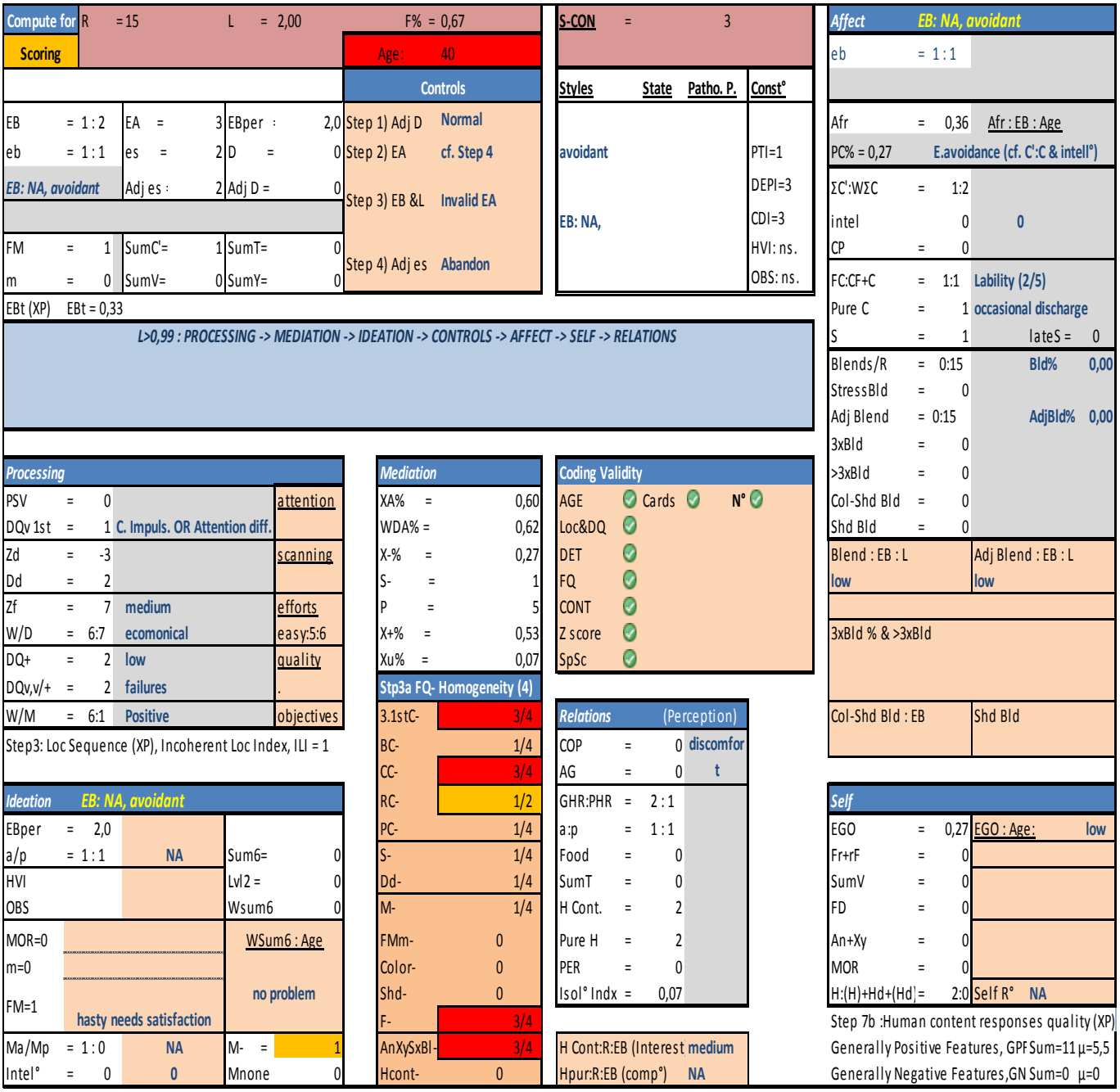
2.2.1- Protocole de Rorschach

Pl	N°	Réponses	Enquête
I	1	هدا ماشي الرحم لالا؟ الجماع بين الرجل والمرا	E : lit la réponse du sujet S : شفتو هكدا شبهتو لغنق الرحم، بانلي كما هو الشكل تاعو، كشفت هكدا بان لي الجماع
	2	Papillonهدا واش راني نشوف	E : lit la réponse du sujet S : الشكل تاعو بانلي papillon
II	3	الرحم	E : lit la réponse du sujet S : هدا لبيض
	4	الدم، هدا واش راني نشوف	E : lit la réponse du sujet S : شفتو احمر بانلي دم
III	5	فيها كشغل دراري، شغل ولاد لالا؟	E : lit la réponse du sujet S : هدو بانولي دراري (D9)
	6	كاش حيوان؟ عقرب؟ هدا واش راني نشوف	E : lit la réponse du sujet S : هكدا الشكل تاعو
IV	7	راني نشوف فيها حاجة مظلامة شغل	E : lit la réponse du sujet S : كشفتها كحلة
	8	كاش حيوان هكايا، هدا ما كان	E : lit la réponse du sujet S : إيه حيوان كامل
V	9	طير هداك، خفاش	E : lit la réponse du sujet S : شبهتو للخفاش، الشكل تاعو
VI	10	هاني نشوف فيها كشغل حيوان، ديب شغل الجلد نتاعو	E : lit la réponse du sujet S : الجلد تاعو، الشكل تاعو، شغل راسو، رجليه، وهدا الجلد تاعو مفرش
VII	11	راني نشوف فيه كشغل زوج هكا متقابلين،زوج حيوانات هكدا متقابلين، هدا ما كان	E : lit la réponse du sujet S : إيه، دراري، لالا حيوان، حيوان هدو زوج
VIII	12	نشوف فيها حاجة مليحة بصح وشنو؟ هدي سجرة	E : lit la réponse du sujet S : هنا لخضورا هدي الفوقانية، الشكل ولخضورة
	13	وهدا حيوان هدا ما كان	E : lit la réponse du sujet S : هدو زوج منا
IX	14	نشوف بيبي؟ إيه بيبي هدا ما كان	E : lit la réponse du sujet S : هنا نشوف شغل مرا، شغل عنق الرحم تاعها ورايحة تزيد، نشوفو شغل كزاد، شغل راهم توأم،هام زوج، الشكل تاعهم
X	15	سرطان؟ وهدا عنق الرحم؟ هدا ما كان	E : lit la réponse du sujet S : شغل سرطان جاي في عنق الرحم، شغل مرا راهي مهددة بالسرطان، تخيلتو هكدا، شبهتو فالشكل تاعو

2.2.2- Séquences de cotation

Pl	N°	Loc & DQ	Loc N°	Déterminants	FQ	(2)	Conte-nus	P	Z	Cotations Spéciales
I	1	Do	4	Ma	-		Sx			I
	2	Wo		F	O		A	P	ZW	
II	3	DSo	5	F	-		Sx			II
	4	Dv	3	C	No		Bl			
III	5	Do	9	F	O	2	H	P		III
	6	Wo		F	-		A		ZW	
IV	7	Wv		C'	No		Id			IV
	8	Wo		F	o		A		ZW	
V	9	Wo		F	o		A	P	ZW	V
VI	10	Wo		F	o		Ad	P	ZW	VI
VII	11	D+	2	FMp	o	2	A		ZD	VII
VIII	12	Ddo	99	FC	o		Bt			VIII
	13	Do	1	F	o	2	A	P		
IX	14	D+	6	F	u	2	H,Sx		ZA	IX
X	15	Ddo	99	F	-		Sx,Id			X

2.2.3- Résumé formel



Compute for Scoring	R = 15	L = 2,00	F% = 0,67	Age: 40

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=1
			DEPI=3
EB: NA,			CDI=3
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	EB: NA, avoidant
eb	= 1 : 1
Afr	= 0,36 Afr : EB : Age
PC% = 0,27	E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 1:2
intel	0 0
CP	= 0
FC:CF+C	= 1:1 Lability (2/5)
Pure C	= 1 occasional discharge
S	= 1 lateS = 0
Blends/R	= 0:15 Bld% 0,00
StressBld	= 0
Adj Blend	= 0:15 AdjBld% 0,00
3xBld	= 0
>3xBld	= 0
Col-Shd Bld	= 0
Shd Bld	= 0

Controls	
Step 1) Adj D	Normal
Step 2) EA	cf. Step 4
Step 3) EB &L	Invalid EA
Step 4) Adj es	Abandon

EB	= 1 : 2	EA	= 3	EBper	: 2,0		
eb	= 1 : 1	es	= 2	D	= 0		
EB: NA, avoidant		Adj es	: 2	Adj D	= 0		
FM	= 1	SumC'=	1	SumT=	0		
m	= 0	SumV=	0	SumY=	0		

EBt (XP) EBt = 0,33

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -3		scanning
Dd	= 2		
Zf	= 7	medium	efforts
W/D	= 6:7	ecomonical	easy:5:6
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 2	failures	.
W/M	= 6:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA%	= 0,60
WDA%	= 0,62
X-%	= 0,27
S-	= 1
P	= 5
X+%	= 0,53
Xu%	= 0,07

Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	3/4
BC-	1/4
CC-	3/4
RC-	1/2
PC-	1/4
S-	1/4
Dd-	1/4
M-	1/4
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	3/4
AnXySxBl-	3/4
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L
low	low
3xBld % & >3xBld	
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 2 : 1	
a:p	= 1 : 1	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,07	

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper	= 2,0		
a/p	= 1 : 1	NA	Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			
FM=1		hasty needs satisfaction	no problem
Ma/Mp	= 1 : 0	NA	M- = 1
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Self			
EGO	= 0,27	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:0	Self R°	NA

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=11 μ=5,5
Generally Negative Features,GN Sum=0 μ=0

2.2.4- Analyse du protocole de Rorschach

- Traitement de l'information.

En se montrant économique, Mme MC10 n'a pas fourni beaucoup d'effort pour traiter l'information. L'économie dans l'effort fourni s'explique par le style cognitif évitant qu'elle adopte. Ce style se caractérise par une tendance évitante à simplifier la complexité ou l'ambigüité qu'elle perçoit dans les situations. Mais, son effort est relativement instable à travers le test. Il semble que c'est une personne qui s'efforce

d'accomplir plus de choses qu'il ne parait raisonnable, compte tenu de ses capacités fonctionnelles actuelles. Cependant, l'efficacité du balayage est similaire à celle de la plupart des gens. La qualité du traitement de l'information tend à être adéquate, mais quelque peu prudente et économique. Enfin, Mme MC10 peut éprouver quelque difficulté à maintenir son attention.

- Médiation.

Les premières variables de cet ensemble (XA% et WDA%) sont à la limite des normes nationales suggérant que Mme MC10 entretient un rapport approprié avec les situations et la réalité conventionnelles. Il n'y a pas lieu de s'inquiéter sur l'efficience des processus médiationnels dans la mesure où les processus de dysfonctionnement médiationnel n'apparaissent pas plus fréquemment que chez la plupart des gens. Cependant, il semble que l'efficience de sa médiation est susceptible d'être quelque peu perturbée par une approche de médiation désinvolte ou hâtive, qui est à l'origine d'une impulsivité médiationnelle. Cette perturbation cognitive est liée, en partie, à des préoccupations inhabituelles concernant le contenu sexuel. Mme MC10 dispose de capacités suffisantes à produire des réponses attendues ou acceptables, dans des situations où les indices relatifs à ces types de comportements sont évidents. Mais il est à préciser, encore une fois, que les quelques dysfonctionnements médiationnels, que nous venons de citer, interfèrent avec l'inclination du sujet à produire des comportements qui sont en accord avec les demandes ou les attentes sociales.

- Idéation.

Mme MC10, comme nous l'avons noté ci-dessus, est une personne qui est orientée à éviter la complexité. L'efficience de sa pensée conceptuelle, due à ce style, peut être à l'origine d'une pensée moins sophistiquée ou de l'apparition d'incidents dans lesquels les émotions sont moins modulées. Nous explorons cette dernière hypothèse dans l'analyse de l'ensemble affects. Quant à sa pensée, nous notons l'absence d'indices d'altération, pouvant remettre en cause son efficience et sa consistance, hormis une tendance à réagir rapidement pour réduire les irritations causées par les intrusions mentales naturelles, en raison de ses états de besoin et la présence d'une préoccupation

particulière autour de contenus sexuels qui interfèrent avec la médiation ou avec la clarté de la pensée.

- Contrôle.

Cet ensemble n'est pas susceptible de nous fournir des informations sur les capacités de contrôle et de tolérance au stress de Mme MC10, dans la mesure où les variables principales qui le composent ne sont pas valides.

- Affects.

L'organisation de la personnalité de Mme MC10 ne comporte pas un potentiel de fréquentes expériences de perturbation affective, ni de difficultés d'ajustement social. Mais il faut dire que sa tendance à éviter la complexité et l'incohérence dans le maniement de ses émotions peuvent augmenter sa vulnérabilité aux problèmes affectifs et/ou ses difficultés d'ajustement social, quand elle se trouve dans un environnement complexe sur de longues périodes. En tous cas, elle préfère généralement ne pas s'impliquer dans les stimuli émotionnels. Ceci s'explique, en grande partie, par son style évitant et sa propension à limiter la complexité. Occasionnellement, elle peut se montrer directe ou intense dans l'expression de ses affects. En somme, le fonctionnement psychologique de cette femme est moins complexe que ce que l'on aurait pu attendre. Ce résultat est très fréquent chez les sujets dont l'organisation psychologique est marquée par une certaine immaturité ou pauvreté. Les sujets de ce type manifestent souvent des difficultés comportementales lorsqu'ils sont confrontés à des situations affectives complexes.

- Perception de soi.

Il semble que Mme MC10 n'est ni plus ni moins centrée sur elle-même que la plupart des gens. Ni son image du corps ni son image de soi ne sont marquées par un sentiment inconfortable de vulnérabilité. Nous notons également l'absence d'un point de vue pessimiste sur soi-même.

- Perception des relations.

Nous avons déjà souligné que Mme MC10 dispose de capacités d'ajustement social suffisantes. Elle ne se considère pas particulièrement limitée dans ses compétences relationnelles. Mais, elle est plutôt prudente dans des situations de proximité interpersonnelles, notamment celles qui impliquent un échange tactile. Dès lors, elle éprouve une certaine difficulté à initier et à maintenir de nouvelles interactions positives.

2.3- Résultats des échelles de qualité de vie

Tableau 46. Rationnel de l'interprétation des ensembles du RSI

Échelles		**scores**
Échelle de santé globale		75
Dimensions	Capacité fonctionnelle (CF)	66
	Capacité à accomplir toute forme de travail et d'activité de loisir (CT)	100
	État émotionnel (EM)	33
	Capacité cognitive (CC)	66
	Capacité à maintenir les relations sociales (CS)	100
Symptômes	Fatigue (FA)	66
	Nausées et vomissements (NV)	00
	Douleur (DO)	16
	Dyspnée (DY)	00
	Insomnie (IN)	100
	Manque d'appétit (MA)	00
	Constipation (CO)	00
	Diarrhée (DI)	00
	Difficultés financières (DF)	00

Les résultats de l'EORTC - QLQ C30, indiqués au tableau ci-dessus, montrent un score de 33 pour l'état émotionnel, ce qui signe une baisse de la qualité de vie de cette dimension.

Pour les symptômes, nous notons un score maximal (100) pour l'insomnie et un score relativement élevé pour la fatigue (66).

Tableau 47. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 pour MC10

Dimensions		**Scores**
Dimension fonctionnelle	Image corporelle (IC)	100
	Activité sexuelle (AS)	67
	Plaisir sexuel (PS)	00
	Perspective future (PF)	100
Dimension symptômes	Effets secondaires des traitements (EST)	42
	Symptômes au niveau du sein (SS)	58
	Symptômes au niveau du bras (SB)	33
	Sentiments liés à la perte des cheveux (PC)	00

Les résultats de l'EORTC- QLQ BR23, tel que le montre le tableau ci-dessus, indiquent des scores plutôt élevés pour les différentes dimensions, hormis la dimension plaisir sexuel qui, elle, est nulle (00), couplé d'un score élevé pour les symptômes au niveau du sein (58). Ceci qui indique une altération de la qualité de vie en rapport avec ces dimensions et symptômes, alors qu'un score maximal est obtenu au niveau de la dimension relative à l'image corporelle et la perspective future (100) et un score fort acceptable au niveau de l'activité sexuelle (67).

2.4- Synthèse et discussion générale du cas

Mme MC10 est une femme qui a développé une approche simpliste face aux situations de la vie. Généralement, elle n'adopte pas des stratégies cognitives efficientes comme le tâtonnement ou comportements d'essai et d'erreur et la réflexion logique quand elle est appelée à résoudre des problèmes ou à prendre des décisions. Son traitement de l'information ne présente pas de particularités hormis le fait qu'elle fournisse des efforts surpassant ses capacités fonctionnelles. Par ailleurs, elle présente un fonctionnement médiationnel adéquat, mais il y a lieu de noter, chez elle, une préoccupation inhabituelle concernant le contenu sexuel qui semble perturber son fonctionnement médiationnel. Cela correspond à son score dans la dimension plaisir sexuel qui montre une altération de la qualité de vie à l'échelle EORTC-BR23. Cette préoccupation sexuelle interfère aussi avec la clarté de sa pensée. Mais d'une manière générale, elle ne présente pas d'altération inquiétante à ce niveau, ce qui se confirme avec son bon score (66) qui indique une bonne capacité cognitive à l'EORTC QLQ-C30.

Sur le plan affectif, elle ne présente pas de troubles affectifs graves, mais nous retrouvons, chez elle, un problème dans le maniement de ses émotions compte-tenu de son style évitant, d'où sa tendance à éviter de s'impliquer dans des situations émotionnelles complexes. De ce fait, on peut dire qu'elle est confrontée au risque de mal réguler ses affects, en se montrant plutôt impulsive. Cela concorde, d'ailleurs, avec le score bas obtenu dans la dimension émotionnelle à l'EORTC-C30, ce qui dénote une altération de cette dimension.

Quant à sa perception de soi, les données du Rorschach aussi bien que celles des échelles de qualité de vie, ne montrent aucun signe de vulnérabilité concernant tant son image du corps que son image de soi.

Pour ce qui est de la perception des relations, elle ne présente pas de difficultés d'ajustement social ni de compétences relationnelles, ce qui est retrouvé dans son Rorschach et qui correspond parfaitement à son score tout à fait acceptable de cette dimension à l'EORTC QLQ-C30 qui montre, chez elle, une bonne capacité à maintenir les relations sociales. Il y a lieu de noter sa tendance à être prudente dans les situations de proximité interpersonnelles, impliquant un échange tactile, cela pourrait être mis en relation avec son malaise concernant la sexualité déjà mentionné précédemment.

Il y a lieu de mentionner les scores élevés au niveau des symptômes (insomnie, fatigue, symptômes au niveau du sein) qui pourraient avoir un impact négatif sur ses émotions. Mais d'une manière générale, elle ne présente pas de problèmes psychologiques significatifs.

3- Illustration 2 : Madame MC14

3.1- Présentation du cas

Mme MC14 était âgée de 46 ans quand nous l'avons rencontrée. Elle est veuve et mère de deux enfants, une fille âgée de 10 ans et un garçon âgé de 5 ans. Son niveau d'instruction est de quatrième année moyenne et elle est sans profession.

L'apparition de sa maladie remonte à l'année 2012. Elle l'a découverte fortuitement lors d'un rapport sexuel. Elle a subi une mastectomie, suivie d'une chimiothérapie, d'une radiothérapie et une hormonothérapie.

La chimiothérapie a été très difficile, dit-elle, en raison des effets secondaires à type de vomissements et d'asthénie, mais surtout d'une alopécie avec la perte des cils et des sourcils, qu'elle a vécue comme un véritable choc et qui lui a occasionné une grande frayeur. Selon ses dires, la radiothérapie s'est bien déroulée, contrairement à l'hormonothérapie qui, outre l'aménorrhée, a été à l'origine d'effets secondaires à type de vertiges et asthénie qu'elle a très mal vécus.

À l'annonce de sa maladie, le soutien et le réconfort de son conjoint, qui l'a rassurée, ont permis d'en amortir le choc. Ce n'était, cependant, pas le cas pour la mastectomie, qui a eu, sur elle, l'effet d'un couperet et à laquelle elle a réagi par une perte de connaissance quand le médecin lui en a fait l'annonce. Elle dit en être encore impactée et être, jusqu'à aujourd'hui, hantée par la peur de la récidive.

Elle décrit une relation excellente avec son médecin traitant et l'ensemble de l'équipe soignante.

Interrogée sur les répercussions de sa maladie et de ses traitements, elle précise que tout a changé dans sa vie, notamment, au plan de l'image qu'elle a de son corps et d'elle-même qui est prisonnière du regard des autres.

Elle n'a jamais envisagé de se faire reconstruire, même du vivant de son conjoint, qui l'y avait encouragée, car affirme-t-elle, « la peur est plus forte ».

3.2 – Résultats du Rorschach

3.2.1- Protocole de Rorschach

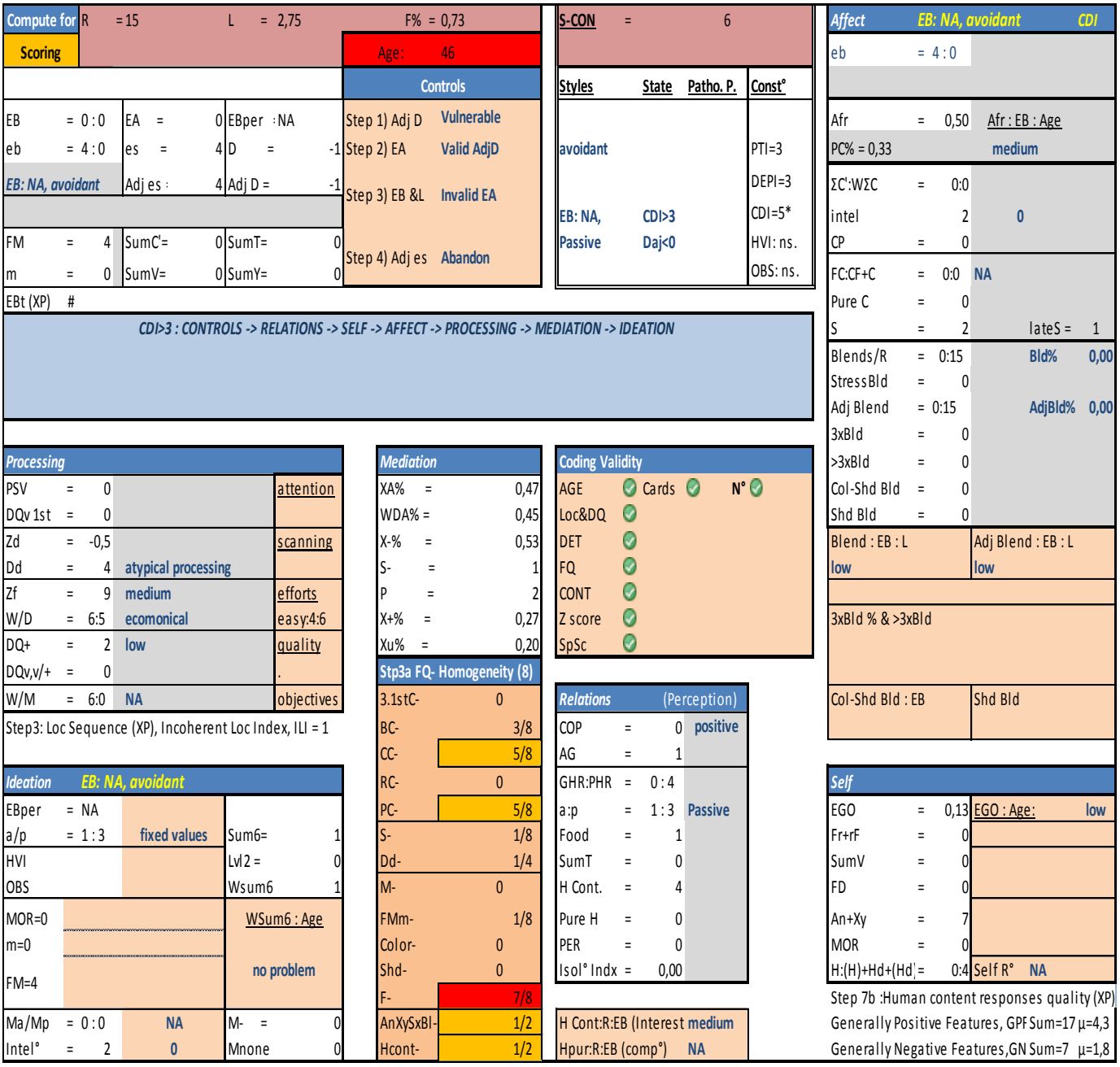
Pl	N°	Réponses	Enquête
I	**1**	خفاش	E : lit la réponse du sujet S : إيه خفاش كشغل هدا ويفتح يديه يعني جناحتيه
	2	عقرب	E : lit la réponse du sujet S : كامل، هدا راسو وهدو باش تمص
II	**3**	Bassin, la matrice	E : lit la réponse du sujet S : إيه خاطر هدي بانت لي شغل تاع لمرا وهدا لبيض لا ماتريس
III	**4**	هدي تبان لي ليسطوما	E : lit la réponse du sujet S : هنا بان لي ليسطوما على الشكل نتاعها
	5	le bassinوهدا	E : lit la réponse du sujet S : هنا هدي بانت لي دايما le bassin
IV	**6**	هكدا لابواترين مالصدر للتحت، هدا ما كان	E : lit la réponse du sujet S : هكا نتخيل بلي لابواترين مالصدر للتحت وهدي دايما تع لمرا نتخيلها le sexe
V	**7**	طائر، صقر هكا يبان لي واقف	E : lit la réponse du sujet S : إيه صقر واقف كامل اللوحة
VI	**8**	هدا يبان لي جسم مالرقبة للتحت، جسم تاع لمرا les hanchesملابواترين حتى	E : lit la réponse du sujet S : إيه هدا قع الكوغمااللاقبة للتحت، كامل اللوحة
VII	**9**	نفس الشي الكوغ تاع مرا ملابواترين حتى les hanches	E : lit la réponse du sujet S : هدا بان لي bassin مع le sexe نتاعها وهنا ليسطوما
	10	كشغل زوج حيوانات يهدرو كشغل كلاب هكدا حشاك مقابلين في بعضاهم	E : lit la réponse du sujet S : هدو الزوج

VIII	**11**	هدوما كشغل زوج كلاب ياكلو في جسم إنسان، نفس الشي يبان كوغ تاع إنسان وزوج كلاب ياكلو فيه	E : lit la réponse du sujet S : هدا كوغ وهدوما زوج كلاب
IX	**12**	مافهمتوش ... شوفي هدا يبان لي كوغ تاع مرا وهدوما les seins وهنا واش كاين ليسطوما وهدي دايما نشوف كرش صغيرة تاع مرا	E : lit la réponse du sujet S : هام les seins وهاي ليسطوما ملداخلوهدي الكرش الصغيرة و le sexe
X	**13**	كما هدا يبان كرش صغيرة، هدا الكوغ تاني وهدا لابواترين، هدو هنايا بانو لي سرطان وهدوما الجرثومة نتاعو، كوغ تاع مرا وهدا سرطان كبير و هدوما جرثومة نتاعو شغل هاو على برا والكوغ نظيف وهو على برا. الحياة، يعني الإنسان يواجه كل شي بأمر الله	E : lit la réponse du sujet S : هدا كوغ وهدا سرطان، قع اللوحة
	14	شغل هدوما بانولي 2 أرنوبة	E : lit la réponse du sujet S : هدوما le vert
	15	هدو حصان، زوج أحصنة درك انتبهتلهم	E : lit la réponse du sujet S : هدوما هنا صفر

3.2.2- Séquences de cotation

Pl	N°	Loc & DQ	Loc N°	Déterminants	FQ	(2)	Contenus	P	Z	Cotations Spéciales
I	1	Wo		FMp	O		A	P	ZW	DV
	2	Wo		F	U		A		ZW	
II	3	DdSo	99	F	U		An,Sx		ZS	
III	4	Do	3	F	O		An			
	5	Do	7	F	O		An			
IV	6	Do	5	F	-		Hd,Sx			
V	7	Wo		FMp	U		A		ZW	
VI	8	Wo		F	-		Hd,An		ZW	
VII	9	DdSo	99	F	-		An,Sx		ZS	
	10	Dd+	99	FMp	O		An		ZD	
VIII	11	W+		FMa	-		A,Fd,Hd	P	ZW	AG
IX	12	Ddo	99	F	-		An,Sx			
X	13	Wo		F	-		Hd,Id		ZW	AB
	14	Do	12	F	-	2	A			
	15	Do	2	F	-	2	A			

3.2.3- Résumé formel



3.2.4- Analyse du protocole de Rorschach

- Perception des relations.

La première variable de cet ensemble (CDI=5) indique que Mme MC14 présente une incompétence dans le domaine des relations. Il s'agit d'une difficulté à établir et/ou à maintenir des relations proches et adultes. Cette difficulté peut apparaître dans ses interactions avec l'environnement ou dans la sphère interpersonnelles. Ses relations sont probablement plus superficielles et moins faciles à maintenir, ce qui peut mener

les autres à la considérer comme distante et inadéquate dans ses relations. Généralement, il semble qu'elle adopte un rôle plutôt passif dans ses relations interpersonnelles. Cela implique une tendance à éviter la responsabilité de la prise de décision et un manque d'initiative pour chercher de nouvelles solutions aux problèmes ou à adopter de nouveaux modes de comportements. Par ailleurs, elle est susceptible de manifester plus de comportements de dépendance qu'il n'est habituel. Ainsi, Mme MC14 semble plus dépendante des autres pour l'étayer et tend à se montrer naïve dans ses attentes relationnelles. Autrement dit, elle s'attend à ce que les autres soient très tolérants envers ses besoins et ses exigences et prêts à agir selon ces besoins et exigences. En effet, la présence du style passif et d'une tendance à la dépendance semble indiquer que la caractéristique passive-dépendante est une composante essentielle de la structure de sa personnalité. Enfin, elle est moins prête à initier des interactions positives avec les autres. Il est probable que ses comportements interpersonnels soient pris de manière défavorable par les autres.

- Perception de soi.

L'estimation de la valeur personnelle de Mme MC14 tend à être négative. Dit autrement, elle a tendance à se dévaloriser lorsqu'elle se compare aux autres. Cette caractéristique peut être un précurseur de la dépression. Nous notons la présence chez Mme MC14 d'une attention particulière, voire une inquiétude, portée à son corps. Cette préoccupation se présente assez couramment chez les personnes qui ont des problèmes physiques. Il nous semble important de préciser qu'en présence d'un problème de santé chez le sujet, cette préoccupation ne serait pas une rumination à propos du corps et/ou de l'image de soi, qui pourrait révéler un sentiment inconfortable de vulnérabilité.

- Affects.

La patiente ne semble pas présenter une quelconque vulnérabilité aux problèmes affectifs et ce, en dépit de ses difficultés d'ajustement social. Mais, son style cognitif évitant rend moins avantageuse sa capacité à utiliser et à gérer ses affects. La tendance évitante à simplifier ne va pas forcément impacter ses capacités d'adaptation dans des environnements familiers, mais dès qu'elle est confrontée à la complexité, elle risque

de présenter des problèmes dans le maniement de ses émotions. Bien que Mme MC14 semble aussi prête que la plupart des gens qui présentent le même style de coping à traiter des stimuli chargés émotionnellement et à s'y impliquer, les affects et les émotions sont complètement écartés de son fonctionnement par le mécanisme d'un évitement massif. En effet, son organisation psychologique est marquée par une certaine immaturité ou pauvreté, ce qui l'expose, comme nous venons de le noter, à des difficultés comportementales lorsqu'elle est confrontée à des situations affectives complexes.

- Traitement de l'information.

Mme MC14 a fourni suffisamment d'effort pour traiter le stimulus du test. Mais, l'effort de traitement et les stratégies utilisées manquent de consistance. Son style évitant fait qu'elle se montre généralement économique dans le traitement des informations qu'elle reçoit. Ainsi, face à la complexité, elle se contente d'un moindre effort. L'efficacité de l'activité de balayage qu'elle déploie pendant les opérations de traitement de l'information s'inscrit dans les normes attendues. Par ailleurs, elle ne présente pas de problèmes significatifs dans le déplacement de son attention. Cela rend ses activités de traitement plus efficientes. Quant à la qualité du traitement de l'information, elle tend à être adéquate mais quelque peu prudente et économique, ce qui est une configuration fréquente chez un sujet évitant. Comme nous allons le voir à propos de la médiation, le style évitant influe très fortement les activités psychologiques de Mme MC14.

- Médiation.

Les premières variables de cet ensemble (XA% et WD%) sont en dessous des normes, ce qui pourrait suggérer la présence, chez Mme MC14, d'une atteinte importante de ses capacités médiationnelles. Discutées à la lumière des deux variables fondamentales de cet ensemble, en l'occurrence le X-% et le X+%, cette conclusion se trouve renforcée, dans la mesure où ces deux dernières variables se trouvent largement déviantes de la moyennes des normes attendues. Le X-%, significativement supérieur à la moyenne, confirme l'importance de l'atteinte médiationnelle. Le X+%, significativement inférieur à la moyenne et, la présence en nombre très restreint de banalités, rendent fort probable que le sujet manifeste des comportements atypiques

voire inappropriés dans certaines situations. Cependant, ces résultats ne vont pas jusqu'à évoquer un dysfonctionnement
de type psychotique, cela pour deux raisons principales : d'une part, le dysfonctionnement médiationnel est assez spécifique et concerne le style évitant, qui est devenu inefficace et peut être maintenu par des distorsions de la réalité et, d'autre part, l'analyse du niveau de distorsion des réponses montre qu'aucune réponse ne représente de distorsion grave.

- Idéation.

Nous avons noté à plusieurs reprises, lors de l'analyse des ensembles précédents, comment certaines activités psychologiques de Mme MC14 sont ou risquent d'être négativement impactées par son style cognitif évitant. Parmi les autres styles, ce dernier est le moins avantageux. L'orientation à éviter la complexité, qu'implique ce style, recouvre l'inconsistance dans la pensée conceptuelle. Théoriquement, cette caractéristique rend Mme MC14 vulnérable à une pensée moins sophistiquée et à une occurrence plus fréquente d'incidents dans lesquels les émotions sont moins bien modulées. Mais, excepté la présence, chez elle, d'une certaine rigidité dans ses valeurs idéationnelles, rendant quelque peu difficile la tâche de modifier ses opinions, nous ne trouvons pas de caractéristiques en faveur de la présence de problèmes au niveau de sa pensée. Il est vrai que cette conclusion s'applique uniquement à la capacité de Mme MC14 à s'adapter à un environnement familier. On peut légitiment supposer qu'elle éprouverait souvent des difficultés à s'adapter à des environnements complexes.

3.3- Résultats des échelles de qualité de vie

Tableau 48. Scores de l'EORTC QLQ-C30 pour MC14

Échelles		Scores
Échelle de santé globale		67
Dimensions	Capacité fonctionnelle (CF)	67
	Capacité à accomplir toute forme de travail et d'activité de loisir (CT)	100
	État émotionnel (EM)	25
	Capacité cognitive (CC)	83
	Capacité à maintenir les relations sociales (CS)	00
Symptômes	Fatigue (FA)	22
	Nausées et vomissements (NV)	00
	Douleur (DO)	00
	Dyspnée (DY)	00
	Insomnie (IN)	67
	Manque d'appétit (MA)	100
	Constipation (CO)	00
	Diarrhée (DI)	00
	Difficultés financières (DF)	100

Les résultats de l'EORTC QLQ-C30, indiqués au tableau ci-dessus, montrent, pour les dimensions, des scores tout-à fait acceptables hormis pour la capacité à maintenir des relations sociales (00) et, à un degré moindre, l'état émotionnel, qui est limite (50), ce qui signe une baisse de la qualité de vie de ces dimensions.

Pour les symptômes, des scores maximaux sont enregistrés pour le manque d'appétit et les difficultés financières (100), de même que nous notons un score relativement élevé pour l'insomnie (66).

Tableau 49. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 pour MC14

Dimensions		Scores
Dimension fonctionnelle	Image corporelle (IC)	00
	Activité sexuelle (AS)	/
	Plaisir sexuel (PS)	/
	Perspective future (PF)	100
Dimension symptômes	Effets secondaires des traitements (EST)	19
	Symptômes au niveau du sein (SS)	33
	Symptômes au niveau du bras (SB)	11
	Sentiments liés à la perte des cheveux (PC)	/

Au niveau de l'EORTC QLQ-BR23, c'est l'image du corps qui est la plus altérée avec un score nul alors que les scores des autres dimensions sont au-dessus de 50, indiquant une bonne qualité de vie les concernant. Pour la dimension sexuelle, la patiente étant veuve et n'ayant plus d'activité sexuelle, ces items n'ont pas été renseignés.

Pour les symptômes, les scores sont, de loin, en deçà de 50, ce qui signe l'absence de problèmes à ce niveau.

3.4- Synthèse et discussion générale du cas

Comme madame MC14 nous l'a déclaré, elle porte un grand intérêt au regard des autres concernant la perception qu'elle a d'elle-même. En effet, son Rorschach met en évidence, en premier lieu ses difficultés relationnelles d'où sa tendance à rester superficielle dans ses relations. Par ailleurs, elle s'inscrit, plutôt, dans un mode relationnelle passif-dépendant, ce qui peut amener les autres à percevoir ses comportements interpersonnels de manière défavorable. Cela est en parfaite concordance avec son score nul à la dimension de la capacité à maintenir des relations sociales à l'EORTC QLQ-C30.

Les difficultés relationnelles de Mme MC10 sont, de toute évidence, en lien avec une image qu'elle décrit comme très négative de son corps, ce qui apparait clairement dans son Rorschach où l'on retrouve une estimation défavorable de sa valeur personnelle, ce qui induit, chez elle, un sentiment inconfortable de vulnérabilité. Comme pour la sphère relationnelle, ce résultat est en concordance avec celui de la dimension image corporelle à l'EORTC QLQC-BR23 dont le score est de 0.

Au niveau des affects, nous avons relevé un score très faible à l'EORTC QLQ-C30 concernant la capacité émotionnelle. Cela est corroboré par son Rorschach qui met en évidence, chez elle, une difficulté dans la gestion de ses émotions d'où sa tendance à l'évitement massif des situations affectives et émotionnelles, surtout lorsqu'elle est confrontée à des situations complexes.

Sur le plan cognitif, Mme MC14, semble manquer de consistance au niveau du traitement de l'information qu'elle reçoit du monde extérieur mais ses capacités cognitives (attention, concentration) demeurent dans les normes, ce qui se traduit par des scores élevés de cette dimension ainsi que celle de la capacité au travail au niveau de l'EORTC QLQ-C30. On note également, chez elle, la présence d'une atteinte médiationnelle importante, ce qui serait à l'origine de comportements atypiques voire inappropriés dans certaines situations, sans aller jusqu'à évoquer un dysfonctionnement grave ou pathologique. Ainsi, elle ne semble pas présenter de problème significatif au niveau de la pensée

Outre sa maladie, la présence de troubles du sommeil et de l'appétit et sa situation financière extrêmement difficile, très fortement marqués au niveau de ses scores aux échelles de qualité de vie, pourraient expliquer son pessimisme extrême quant à la perspective future où le score obtenu est nul.

4- Illustration 3 : Madame RM10

4.1- Présentation du cas

Femme âgée de 50 ans, elle est célibataire et d'un niveau d'instruction de première année secondaire, elle est couturière de profession. Elle a découvert sa maladie fortuitement pendant la douche.

Questionnée sur sa réaction à l'annonce du diagnostic elle nous répond : « c'est très difficile, j'ai pensé qu'on allait me l'enlever, j'étais très jeune, pas mariée ».

En 1997, elle a subi une mastectomie qu'elle a très mal acceptée « C'est la féminité pour une femme, c'est une chose trop, trop chère, c'est quelque chose qui est attaché à toi, c'est dur, c'est comme quand tu perds une partie de toi. À ce moment-là, on pense à l'entourage, la société ». Elle en est encore impactée et fond en larmes quand elle en parle.

Elle n'a pas eu de traitements complémentaires de chimiothérapie, ni de radiothérapie ou hormonothérapie, car non indiqués, dans son cas.

Cinq ans plus tard, elle a bénéficié d'une première reconstruction mammaire, qui a été un échec, puis elle a eu une seconde reconstruction une année après.

Interrogée sur les changements induits par sa maladie et son traitement, elle déclare réprimer ses émotions « pour ne pas faire souffrir les autres ». Le regard des autres semble peser très lourd sur elle : « quand tu es seule avec toi-même, dit-elle, tu y penses, tout ton corps n'a pas la valeur du sein ».

Sur le plan relationnel, elle ne signale aucun changement car, dit-elle, personne n'en est informé à part ses frères qui lui apportent soutien et réconfort.
Elle verbalise, de façon franche, l'atteinte de son image corporelle, sa difficulté à se mettre devant le miroir, le poids du regard des autres. Elle dit que, depuis la reconstruction, elle va mieux mais, affirme-t-elle, « ce n'est pas la même chose. La reconstruction m'a réparée, mais ce n'est plus comme avant ».

Concernant l'idée de la récidive, elle est tout le temps présente, elle se palpe, tout le temps, le sein controlatéral, surtout à l'approche des contrôles.

Quant à la mort, elle dit qu'elle y pense quelquefois « tu ne sais pas de quoi tu vas mourir, j'ai la foi, c'est ma foi en Dieu qui m'a donné la force ».

Pour sa projection dans le futur, elle est plutôt optimiste, elle dit garder l'espoir de bien vivre, fait des projets et mène une vie « normale » et, si après sa mastectomie, elle rejetait catégoriquement la perspective du mariage, il n'en est plus ainsi depuis que son sein a été reconstruit.

4. 2- Résultats du Rorschach

4.2.1- Protocole de Rorschach

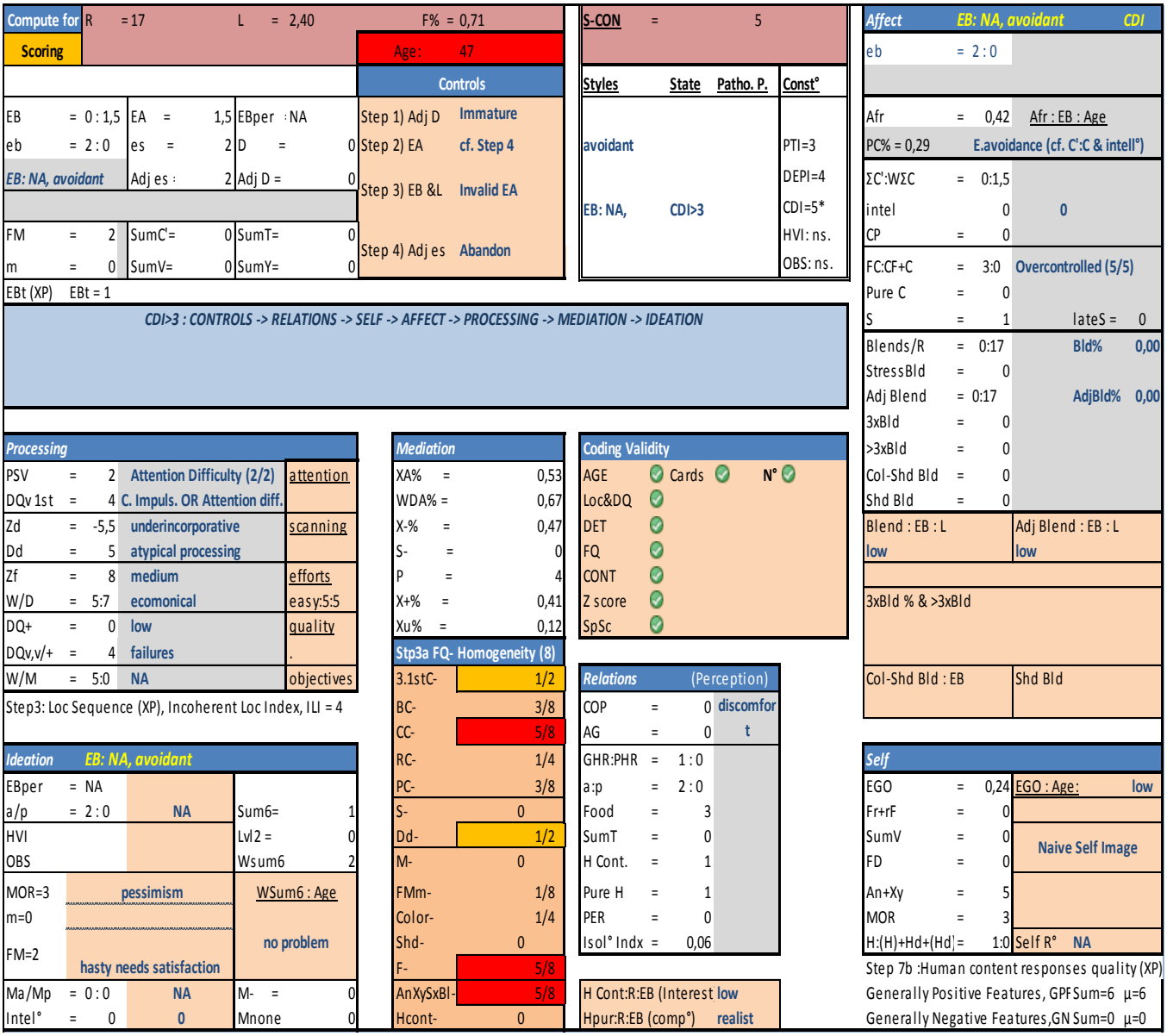
R	N°	Réponses	Enquête
I	**1**	La chauve-souris	E : lit la réponse du sujet S : ça, c'est le corps et ça, c'est les ailes, ça ressemble, c'est la forme de la chauve-souris
	2	C'est comme un utérus	E : lit la réponse du sujet S : C'est cette partie-là. Par exemple, quand tu prends une radio, ça ressemble, il a la forme
	3	Par exemple comme les côtes	E : lit la réponse du sujet S : La forme des côtes, là, la colonne vertébrale et puis les côtes
II	**4**	Toujours, c'est comme l'appareil génital de la femme	E : lit la réponse du sujet S : C'est cette partie-là en noir et en blanc en haut, il ressemble à l'appareil génital, il a sa forme
	5	On peut voir quelque chose comme une lampe au milieu	E : lit la réponse du sujet S : Le blanc avec ce petit bout en haut, c'est la forme d'une lampe
III	**6**	Là, toujours un appareil génital	E : lit la réponse du sujet S : Oui juste le noir là en bas
	7	Là, comme 2 personnes	E : lit la réponse du sujet S : 2 personnes ici, c'est la forme de 2 personnes
IV	**8**	Là, c'est comme la colonne vertébrale	E : lit la réponse du sujet S : Oui, ça, c'est que cette partie au centre (axe central)

	9	Le haut, c'est comme un dinosaure	E : lit la réponse du sujet S : Oui, c'et le tout, la tête, le corps, ça ressemble au corps du dinosaure
V	**10**	C'est un papillon ici, c'est comme quelque chose, c'est un papillon mais il a des oreilles	E : lit la réponse du sujet S : Sa forme, le tout et là en haut, ses oreilles
VI	**11**	V Je vois comme un morceau de viande pourrie, comme s'il avait un ver dedans	E : lit la réponse du sujet S : Là c'est le ver et là, c'est comme une viande pourrie qui a été pénétrée par ce ver
VII	**12**	Là, c'est un truc, de la viande ou quelque chose comme ça et puis il y a un ver dedans, elle est pourrie, comme si le ver il a fini toute cette partie et il s'est tourné vers celle-ci	E : lit la réponse du sujet S : Toute la planche y compris le blanc
VIII	**13**	C'est un peu difficile, comme ici, c'est des couleurs, mais celle-ci et celle-là, ce n'est pas pareil. Comme là par exemple ça ressemble à un animal comme le chat ou...	E : lit la réponse du sujet S : Oui, ces couleurs sont différentes, celle-ci et celle-là, ce n'est pas la même chose. Ça ressemble au chat, comme par exemple les pieds, la tête, c'est la forme d'un animal comme le chat
	14	Je vois là aussi, c'est un animal	E : lit la réponse du sujet S : Oui, là ça ressemble aussi, c'est juste un animal, je ne sais pas lequel
	15	Là, je vois cette chose qui rentre là-dedans, c'est comme des veines, comme quelque chose dans le corps et la veine passe dedans	E : lit la réponse du sujet S : Oui là c'et les veines et là, c'est la couleur de la chair
IX	**16**	Là, c'est de la chair, elle a été bouffée par le ver là	E : lit la réponse du sujet S : Là c'est le ver et là c'est la couleur de la chair et la forme là, comme s'il l'a bouffée
X	**17**	Les couleurs, ces choses qui restent par ici, ça ressemble à des fleurs, ça y est.	E : lit la réponse du sujet S : La forme d'une petite fleur, 2 là, jaunes, même la couleur

4.2.2- Séquences de cotation

Pl	N°	Loc & DQ	Loc N°	Déterminants	FQ	(2)	Contenus	P	Z	Cotations Spéciales
I	1	Wo		F	o		A	P	ZW	
	2	Ddo	21	F	-		An,Xy			
	3	Do	4	F	-		An			
II	4	Ddo	99	F	-		Sx			
	5	DSo	5	F	o		Sc		ZS	
III	6	Do	7	F	-		Sx			
	7	Do	9	F	o	2	H	P		
IV	8	Ddo	33	F	o		An			
	9	Wo		F	u		(A)		ZW	
V	10	Wo		F	o		A	P	ZW	INC
VI	11	Wv/+		FMa	u		Fd,A		ZA	MOR
VII	12	Wv/+		FMa	-		Fd,A		ZA	MOR,PSV
VIII	13	Do	1	F	o	2	A	P		
	14	Ddo	31	F	-	2	A			
IX	15	Dv/+	9	FC	-		An		ZA	
X	16	Ddv/+	21	FC	-		Fd,A		ZA	MOR,PSV
	17	Do	15	FC	o	2	Bt			

4.2.3- Résumé formel



Compute for Scoring	R = 17	L = 2,40	F% = 0,71	Age: 47

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=4
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb = 2 : 0		
Afr = 0,42	Afr : EB : Age	
PC% = 0,29	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 0:1,5		
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 3:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C = 0		
S = 1	lateS = 0	
Blends/R = 0:17	Bld% 0,00	
StressBld = 0		
Adj Blend = 0:17	AdjBld% 0,00	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		

Controls	
Step 1) Adj D	Immature
Step 2) EA	cf. Step 4
Step 3) EB &L	Invalid EA
Step 4) Adj es	Abandon

EB = 0 : 1,5	EA = 1,5	EBper : NA	
eb = 2 : 0	es = 2	D = 0	
EB: NA, avoidant	Adj es : 2	Adj D = 0	
FM = 2	SumC'= 0	SumT= 0	
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	

EBt (XP) EBt = 1

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 2	Attention Difficulty (2/2)	attention
DQv 1st = 4	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd = -5,5	underincorporative	scanning
Dd = 5	atypical processing	
Zf = 8	medium	efforts
W/D = 5:7	ecomonical	easy:5:5
DQ+ = 0	low	quality
DQv,v/+ = 4	failures	.
W/M = 5:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 4

Mediation		Stp3a FQ- Homogeneity (8)	
XA% =	0,53	3.1stC-	1/2
WDA% =	0,67	BC-	3/8
X-% =	0,47	CC-	5/8
S- =	0	RC-	1/4
P =	4	PC-	3/8
X+% =	0,41	S-	0
Xu% =	0,12	Dd-	1/2
		M-	0
		FMm-	1/8
		Color-	1/4
		Shd-	0
		F-	5/8
		AnXySxBl-	5/8
		Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations	(Perception)	
COP = 0	discomfor	
AG = 0	t	
GHR:PHR = 1 : 0		
a:p = 2 : 0		
Food = 3		
SumT = 0		
H Cont. = 1		
Pure H = 1		
PER = 0		
Isol° Indx = 0,06		

Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L
low	low

3xBld % & >3xBld

Col-Shd Bld : EB	Shd Bld

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = NA			
a/p = 2 : 0	NA	Sum6= 1	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 2	
MOR=3	pessimism	WSum6 : Age	
m=0			
FM=2	hasty needs satisfaction	no problem	
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- = 0	
Intel° = 0	0	Mnone 0	

Self			
EGO = 0,24	EGO : Age:	low	
Fr+rF = 0			
SumV = 0	Naive Self Image		
FD = 0			
An+Xy = 5			
MOR = 3			
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:0	Self R°	NA	

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=6 μ=6
Generally Negative Features, GN Sum=0 μ=0

4.2.4- Analyse du protocole du Rorschach

Même si le CHESSSS indique le contrôle en premier dans l'ordre d'analyse des ensembles, il n'est pas susceptible de nous fournir des renseignements sur les capacités de contrôle et de tolérance au stress de la patiente dans la mesure où la variable EA (qui reflète les ressources disponibles du sujet) n'est pas valide.

De ce fait, nous entamons l'analyse par la variable suivante qui est la Perception des relations.

- Perception des relations.

La première variable positive de cet ensemble (CDI=5) indique que Mme RM10 manque de maturité sur le plan des relations et que ses compétences à maintenir des relations interpersonnelles sont plutôt limitées. D'une manière générale cela indique la présence de difficultés dans l'interaction avec l'environnement, notamment dans la sphère interpersonnelle. Cela peut se traduire essentiellement par une forme de distance et de superficialité dans ses relations avec les autres.

En présence de renseignements anamnestiques sur le cas, nous pouvons supposer que Mme RM10 préfère fuir les relations sociales et adopter un style de vie isolé. L'une des explications de ses compétences interpersonnelles limitées se trouve peut-être dans son orientation vers la dépendance, c'est-à-dire, dans sa tendance à montrer, plus qu'il n'est habituel, des comportements de dépendance à l'égard des autres pour qu'ils la dirigent et l'étayent. Cela semble être très corrélé avec une vision personnelle naïve des attentes relationnelles, en s'attendant à ce que les autres soient très tolérants envers ses besoins et ses exigences. Elle est extrêmement prudente dans des situations de proximité interpersonnelle, en particulier celles qui impliquent un échange tactile.

Comme sa biographie nous le fait comprendre, Mme RM10 se montre excessivement concernée par son espace personnel en se focalisant sur son corps, elle préfère éviter les liens émotionnels proches avec les autres, excepté peut être avec ses frères qui constituent sa seule source de soutien. Bien qu'elle porte un intérêt très réduit aux gens, les perceptions qu'elle s'est construites des autres sont basées sur les expériences de la réalité. Il est vrai qu'elle se trouve dans la difficulté à initier et à maintenir des relations positives avec les autres, mais ses aspirations relationnelles ne sont pas différentes de celles de la plupart des gens.

- Perception de soi.

Cet ensemble indique en premier lieu que l'estimation qu'accorde Mme RM10 à sa valeur personnelle tend à être négative. Cela indique que son estime de soi est plus basse qu'il n'est ordinaire ; c'est-à-dire lorsqu'elle compare son soi aux autres, le résultat est négatif. Elle peut même se montrer naïve quand à elle-même car il se

trouve qu'elle est moins portée à la conscience de soi. En revanche, elle porte une attention voire une inquiétude particulière à son corps, qui, en dehors de sa maladie, peut évoquer une préoccupation à propos de son corps et/ou de son image de soi qui pourrait révéler un sentiment inconfortable de vulnérabilité. Ainsi, son image du corps et son image de soi sont fortement marquées par des attributions négatives, et sa pensée est marquée par un point de vue sur soi beaucoup plus pessimiste qu'il ne serait souhaitable. Une lecture qualitative de certaines réponses (« Là c'est de la chair, elle a été bouffé par le ver là », Pl X) suggère que Mme RM10 est angoissée par des préoccupations corporelles.

- Affect.

On relève chez Mme RM10 la présence d'une tendance marquée à éviter les stimuli émotionnels, ce qui impliquerait qu'elle est généralement très mal à l'aise dans les situations émotionnelles. En conséquence, comme on l'a noté plus haut, elle devient souvent socialement évitante. Par ailleurs, elle est beaucoup plus encline à sur-contrôler ses manifestations émotionnelles que la plupart des gens. Cela indique généralement sa peur ou sa méfiance devant l'implication dans les manifestations affectives intenses et suggère une grande probabilité de constriction émotionnelle. Ceci dit, son organisation psychologique est marquée par une certaine pauvreté qui l'expose au risque de manifester des difficultés comportementales lorsqu'elle est confrontée à des situations affectives complexes.

- Traitement de l'information.

Compte tenu de son style cognitif évitant, marqué par une tendance évitante à simplifier, Mme RM10 a investi suffisamment d'effort dans son traitement de l'information, mais, son effort et sa stratégie de traitement tendent à être irréguliers. Il semble que pendant les opérations de traitement, Mme RM10 sélectionne les informations de manière hâtive et aléatoire. Cela peut souvent la conduire à négliger des éléments critiques, voire importants d'un champ du stimulus. Elle présente, par ailleurs, des problèmes d'attention. Cela se traduit d'abord par une difficulté significative à déplacer son attention, et puis elle semble présenter une sorte d'impulsivité cognitive qui la pousse à fournir une réponse avant qu'une image définie

ne se soit formée et qu'elle n'ait été vérifiée. Mais, aussi, il se pourrait qu'elle éprouve quelque difficulté à élaborer et/ou à maintenir une image dans sa mémoire à court terme. En somme, la qualité de son traitement de l'information est souvent peu adéquate, surtout dans des situations complexes.

- Médiation.

Tenant compte des normes algériennes, les premières variables de cet ensemble (XA% et WDA%) indiquent que la médiation (rapport à la réalité) est généralement appropriée à la situation. Il se trouve même que Mme RM10 s'efforce de se montrer plus conventionnelle qu'il n'est habituel. Cependant, ses capacité médiationnelles sont susceptibles d'être atteintes, mais à un moindre degré, face à des situations plus complexes. Cette patiente présente un X-% (47%) significativement supérieur à la moyenne du groupe algérien (X- =29%). Cela ne traduit pas un problème dans le testing de la réalité tel qu'on le rencontre chez des sujets psychiatriques, mais reflète, très probablement, des biais psychologiques internes qui impactent ses activités de médiation. Les ratés de sa médiation sont d'abord provoqués par ses préoccupations corporelles qui l'angoissent, et par l'inefficacité de son style cognitif évitant.

- Idéation.

Nous avons déjà noté que le style cognitif évitant rend certaines caractéristiques de son fonctionnement psychologique moins avantageuses. Sa pensée est aussi concernée par cette remarque dans la mesure où la dominance de ce style rend sa pensée simpliste, voire moins efficiente notamment dans des situations complexes. Sa pensée conceptuelle est souvent marquée par une orientation pessimiste qui l'amène à conceptualiser ses relations au monde dans un esprit de doute et de découragement, ainsi qu'à anticiper des résultats sinistres à ses efforts. Sa pensée est aussi marquée par une tendance à réagir rapidement pour réduire les irritations causées par les intrusions de pensées périphériques (il s'agit d'intrusions mentales naturelles causées par les états de besoin). Cela apparaît comme un élément négatif dans la mesure où les réponses formulées à la hâte ne sont généralement pas très bien réfléchies, et leur efficacité à long terme peut être fort limitée.

4.3- Résultats des échelles de qualité de vie

Tableau 50. Scores de l'EORTC QLQ-C30 pour RM10

Échelles		**Scores**
Échelle de santé globale		58
Dimensions	Capacité fonctionnelle (CF)	87
	Capacité à accomplir toute forme de travail et d'activité de loisir (CT)	100
	État émotionnel (EM)	50
	Capacité cognitive (CC)	33
	Capacité à maintenir les relations sociales (CS)	50
Symptômes	Fatigue (FA)	55
	Nausées et vomissements (NV)	00
	Douleur (DO)	00
	Dyspnée (DY)	00
	Insomnie (IN)	33
	Manque d'appétit (MA)	00
	Constipation (CO)	00
	Diarrhée (DI)	00
	Difficultés financières (DF)	00

Les résultats de l'EORTC - QLQ C30, comme le montre le tableau ci-dessus, indiquent un score très bas pour la capacité cognitive (33) et des scores limites (50) pour l'état émotionnel et la capacité aux relations sociales, ce qui signe une baisse de la qualité de vie de ces dimensions.

Pour les symptômes, la patiente ne présente pas de problèmes particuliers hormis pour la fatigue dont le score est quelque peu élevé (55).

Tableau 51. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 pour RM10

Dimensions		**Scores**
Dimension fonctionnelle	Image corporelle (IC)	83
	Activité sexuelle (AS)	/
	Plaisir sexuel (PS)	/
	Perspective future (PF)	100
Dimension symptômes	Effets secondaires des traitements (EST)	43
	Symptômes au niveau du sein (SS)	08
	Symptômes au niveau du bras (SB)	00
	Sentiments liés à la perte des cheveux (PC)	00

Pour l'EORTC QLQ-BR23, les scores ne montrent aucune altération particulière et ce, tant pour la dimension fonctionnelle que pour la dimension symptômes.

4.4- Synthèse et discussion générale du cas

Mme RM10 est une femme dont les ressources sont limitées. Cela trouve sa traduction, d'abord, dans ses compétences limitées dans le champ relationnel où elle se trouve dans la difficulté à initier et à maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes. Elle préfère plutôt fuir les relations sociales et adopter un style de vie isolé. Elle se montre, par ailleurs, dépendante vis-à-vis des autres, ce qui pourrait expliquer son incompétence dans les relations interpersonnelles. Son score à la dimension sociale de l'EORTC QLQ-C30 est limite (50) mais il ne reflète pas l'ampleur de l'altération de cette dimension telle que mise en évidence au Rorschach et à l'entretien.

Mme RM10, se dévalorise lorsqu'elle se compare aux autres, et cela est souvent un précurseur de la dépression. Par ailleurs, le problème de sa santé fait qu'elle se centre excessivement sur son corps qui représente une source de vive inquiétude pouvant révéler un sentiment inconfortable de vulnérabilité, accompagné d'une vision sur soi plutôt pessimiste. Cela est en contradiction totale avec l'EORTC QLQ-BR23 qui indique un très bon score (87) à la dimension image corporelle.

Lorsque nous interprétons les difficultés affichées par Mme RM10 dans ses compétences à établir des relations interpersonnelles satisfaisantes, à la lumières des conclusions de la perception de soi, nous pouvons en déduire que cette incompétence est en lien avec une estime de soi très basse quand elle se compare aux autres.

D'une manière générale, Mme RM10 souffre d'un malaise dans les situations émotionnelles, d'où sa tendance marquée à les éviter. Sa propension au surcontrôle émotionnel serait en lien avec une attitude plutôt méfiante devant toute manifestation affective, ce qui l'expose à des difficultés comportementales face à des situations affectives complexes. Son score limite (50) à cette dimension, mettant en exergue une atteinte de la sphère émotionnelle, ne semble pas refléter toute sa vulnérabilité, dans cette sphère, retrouvée au Rorschach, et exprimée à travers les montées émotionnelles,

à l'évocation de la mastectomie, lors de l'entretien. Ceci pourrait s'expliquer par sa tendance au contrôle et à la répression de ses émotions.

Mme RM10 est une personne qui peut maintenir un effort suffisant pour recevoir et traiter les informations. Mais, sa tendance à minimiser toute implication face à toute ambigüité perçue peut la rendre moins efficiente lorsqu'elle est appelée, par exemple, à résoudre des problèmes ou à prendre des décisions dans des contextes un peu compliqués pour elle. Nous avons bien remarqué qu'elle a du mal à déplacer son attention. Le fait qu'elle soit confrontée à ce genre de difficultés, en plus de celles évoquées plus haut, rend encore plus considérable sa détresse psychologique. En somme, face à des environnements compliqués, il faut s'attendre à ce que Mme RM10 présente une qualité de traitement de l'information moins efficiente.

Bien qu'elle entretienne un rapport à la réalité plutôt convenable, ses préoccupations corporelles qui l'angoissent, l'inefficacité de son style cognitif évitant et des biais psychologiques internes, semblent altérer quelque peu son activité médiationnelle, notamment des situations complexes.

Le style cognitif évitant de Mme RM10 l'expose à une pensée moins efficiente et rend son fonctionnement psychologique moins avantageux. Sa conception pessimiste du monde et ses anticipations négatives la mettent dans une attitude de doute et de méfiance envers le monde extérieur. La dimension cognitive de l'EORTC QLQ-C30, vient confirmer ce résultat.

La confrontation des résultats du Rorschach avec ceux obtenus aux échelles de qualité de vie, montrent une certaine incongruence entre le discours conscient et réfléchi et l'éprouvé, à un niveau plus profond. Cela apparait d'ailleurs aussi par une expression de son malaise, voire de sa détresse dans son discours spontané, lors de l'entretien.

L'ensemble de ces éléments dresse un tableau d'une personne en détresse, avec un sentiment d'impuissance qui ne saurait échapper à un clinicien averti.

5- Illustration 4 : Madame RM14

5.1- Présentation du cas

Madame RM14 est âgée de 46 ans, mariée et mère de 2 enfants. Elle a le niveau de 3ème année secondaire, ancienne standardiste dans une administration ayant pris une retraite proportionnelle.

Son cancer du sein est survenu à l'âge de 37 ans. Elle l'a découvert fortuitement, pendant la douche, où elle a remarqué un écoulement mamelonnaire sanglant. Une première mammographie ne montre rien d'inquiétant et ce n'est qu'après une deuxième mammographie que sa gynécologue lui annonce la présence d'un cancer du sein.

Cette annonce a eu l'effet d'un choc sur elle : « j'ai pensé à mes enfants, j'ai pensé à ma mère et à ma cousine décédées d'un cancer… comment je vais dire à ma famille que je vais mourir ».

Une mastectomie a été décidée avec une reconstruction mammaire immédiate, réalisées 4 mois après le diagnostic, complétée par la reconstruction du mamelon, 2 mois plus tard. Sa réaction à cette deuxième annonce n'était pas meilleure « c'était aussi dur que l'annonce du cancer, j'ai beaucoup pleuré… on m'a informée pour la reconstruction immédiate, mais te dire que j'ai ressenti de la joie, non. Même après, quand on m'a fait les pansements, je ne voulais pas regarder, je ne l'ai pas vue, je ne pouvais pas… déjà sans le mamelon... juste les fils… je ne l'ai pas acceptée, je vous dis la vérité, et même maintenant, je ne l'accepte pas, c'est juste le vide qui est comblé, mais quand tu regardes dans le miroir, tu n'acceptes pas ton corps ».

L'annonce de l'intervention n'a pas été faite par le chirurgien, elle affirme d'ailleurs : « les médecins ne te parlent pas, ils ne te disent rien de ce qu'il y a ni ce qu'ils vont faire. Aucun médecin n'est venu me voir, à part l'anesthésiste ».

Au niveau des traitements complémentaires, elle n'a bénéficié ni de chimiothérapie, ni de radiothérapie, car il n'y avait pas d'indication pour cela.

Sur le plan psychologique, elle affirme que sa maladie a induit des changements négatifs, car elle n'avait pas accepté la maladie, ni la chirurgie, mais que par la suite, elle a fini par accepter et les choses sont rentrées dans l'ordre.

Au plan relationnel, elle dit n'en avoir parlé à personne hormis sa belle-mère et ses sœurs qui lui ont témoigné un grand soutien.

Dans sa relation avec son conjoint, elle dit s'être « retirée longtemps, ne se change pas en sa présence, ne mets pas de tenues qui laissent voir ça… mais lui, a été compréhensif ».

Concernant la perception d'elle-même, de son corps et son image devant le miroir, elle dit qu'elle n'est plus la même, surtout au début, mais jusqu'à maintenant « mon corps ne me plait pas, ce n'est pas comme avant ».

Sa projection dans le futur est, selon elle, bonne, elle se dit optimiste pour ses enfants et sa famille. L'idée de la mort, ne la préoccupe pas, elle dit ne pas y penser. Par contre, elle reste préoccupée par l'idée de la récidive qui constitue, pour elle une source d'angoisse. Cela suite à un curage axillaire, réalisé quelques mois après l'intervention et les informations qu'elle a lues sur internet concernant les précautions à prendre pour prévenir les effets secondaires du curage sur le bras (œdème, douleurs…), qui peuvent être très incommodants.

5.2- Résultats du Rorschach

5.2.1- Protocole de Rorschach

Pl	N°	Réponses	Enquête
I	**1**	Je vois, on dirait une chauve-souris	E : lit la réponse du sujet S : les ailes, la tête, les oreilles de la chauve-souris, elles sont un peu rondes et grandes, c'est tout ça
	2	Je vois comme des chevaux qui volent avec des ailes	E : lit la réponse du sujet S : voilà, cette partie là
	3	je vois comme un vampire	E : lit la réponse du sujet S : à cause des trous blancs, comme ses yeux et sa bouche, toute cette partie du milieu, comme s'il avait la bouche ouverte

	4	je vois comme une araignée	E : lit la réponse du sujet S : C'est la tâche complète... On enlève l'araignée
II	**5**	hmm... Je vois, on dirait un visage ici, mais d'un dessin animé	E : lit la réponse du sujet S : un visage de dessin animé, un insecte, j'ai vu ça à la télé, surtout cette partie en haut au milieu
	6	je vois comme une fusée qui monte, elle va décoller	E : lit la réponse du sujet S : tout le blanc avec le rouge, elle monte, elle lâche de la fumée
	7	je vois comme une carte géographique déchirée	E : lit la réponse du sujet S : toute la partie noire, elle est déchirée au milieu (blanc central)
	8	V là en rouge en bas je vois comme des poumons, c'est tout	E : lit la réponse du sujet S : comme une coupe des poumons, il a la forme des poumons
III	**9**	V bon celui-là c'est un papillon, le rouge	E : lit la réponse du sujet S : oui un papillon, il a la forme d'un papillon
	10	je vois comme un insecte géant, vous avez vu dans les dessins animés ? Les gros insectes comme dans "Bachar" ceux qui sont contre lui, ils leur ressemblent, avec les pinces	E : lit la réponse du sujet S : oui, tout le noir, comme si on le voyait de haut, il est aplati E : vous avez dit il est aplati S : il est mort
	11	les taches rouges des deux côtés, je les vois comme des visages comme "Casper", ceux qui sont avec lui, comme un visage de fantôme	E : lit la réponse du sujet S : comme les fantômes, le rouge sur les côtés, ces 2 là
	12	ceux-là au milieu, je les vois comme des taureaux	E : lit la réponse du sujet S : oui, des têtes de taureaux
	13	ceux-là, c'est des bras avec des pinces	E : lit la réponse du sujet S : là sur le côté
	14	et là c'est des branches d'arbre	E : lit la réponse du sujet S : oui, la même forme
	15	comme ça /\ des personnages, tu as vu Cendrillon ? C'est comme les serveurs avec de longues vestes	E : lit la réponse du sujet S : oui, ils portent des costumes noirs, chemises blanches, là c'est le col, ils sont accroupis
IV	**16**	comme un ours	E : lit la réponse du sujet S : oui un ours, le tout, on enlève juste cette partie en bas au milieu, c'est la forme d'un ours, ces taches à l'intérieur, on dirait une fourrure et même la tête
	17	comme la peau d'un tigre, vous avez vu quand vous l'étalez et que vous la découpez ?	E : lit la réponse du sujet S : toute la tâche, on voit ses bras, ses pattes, sa queue, elle a la forme d'une peau de tigre,

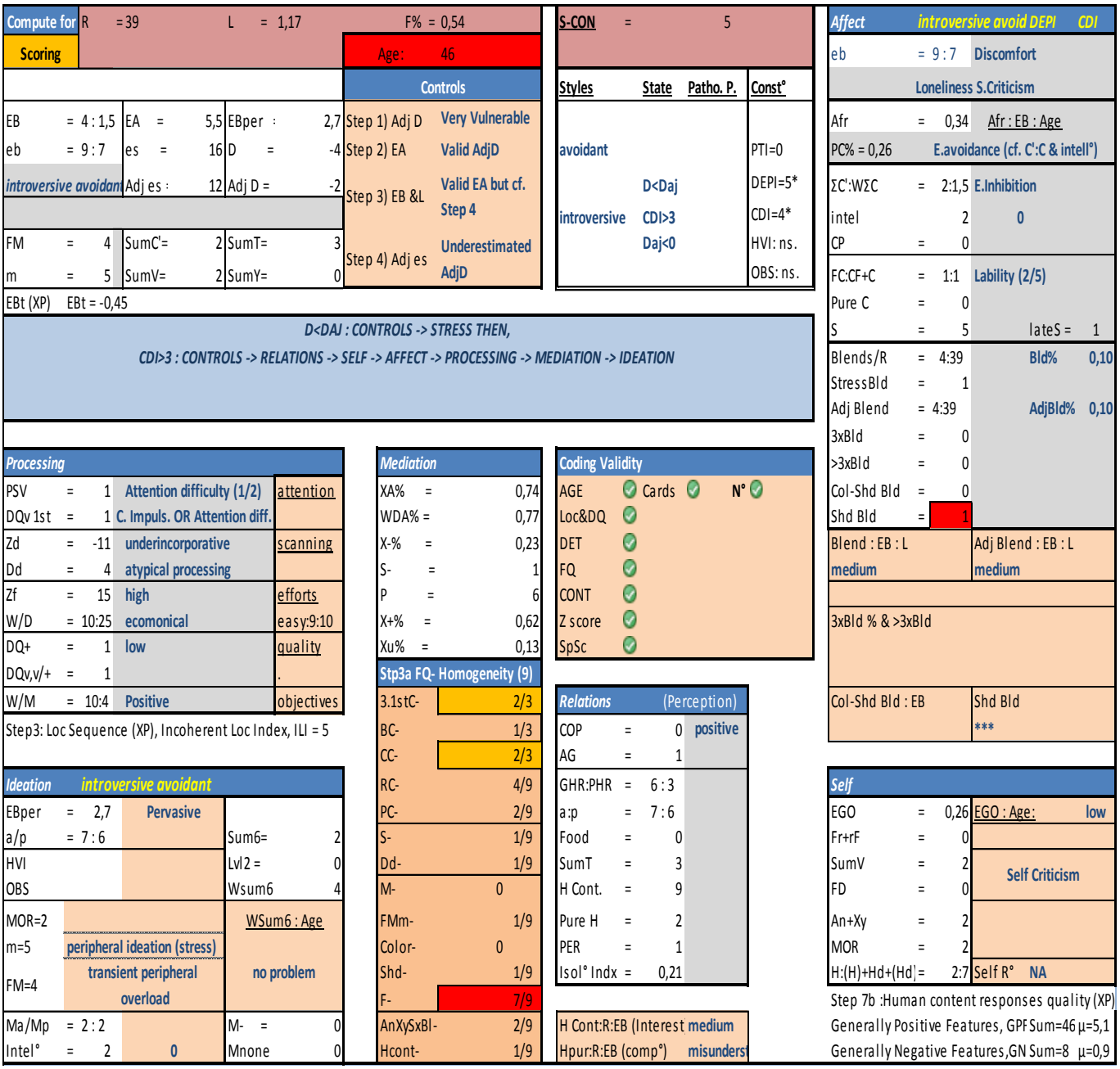
			mais elle n'a pas les taches du tigre
	18	je le vois comme un monstre, c'est tout	E : lit la réponse du sujet S : oui, selon la tâche, comme un monstre entrain de faire peur E : vous avez dit entrain de faire peur S : la forme de la tâche, il est large, il a de grands pieds, comme s'il venait vers vous pour vous effrayer
V	**19**	ça c'est une chauve-souris, voici sa patte...	E : lit la réponse du sujet S : tout ça, ses ailes, sa tête, elle vole, la preuve, elle a les jambes tendues
	20	aussi un papillon	E : lit la réponse du sujet S : le papillon, pareil, ses ailes aussi, pareilles, il vole, mais c'est plus une chauve-souris
	21	Comme Batman, ses ailes, elles sont noires comme ça	E : lit la réponse du sujet S : oui, tout pareil, il vole E : en quoi ressemble-t-il à Batman S : c'est sa couleur noire, ses ailes aussi, quand il vole, il ressemble à la chauve-souris
	22	là, je vois comme 2 crocodiles sur les côtés, la tête d'un crocodile, leurs bouches sont ouvertes	E : lit la réponse du sujet S : ces deux-là, sur les côtés
VI	**23**	c'est comme un manteau accroché	E : lit la réponse du sujet S : juste cette partie (D1) c'est un manteau en fourrure, regardez là, on sent la fourrure (fait passer ses doigts sur la tâche), un manteau ouvert, accroché, vous enlevez juste ces deux parties sur le côté.
	24	je vois comme la tenue d'un esquimau	E : lit la réponse du sujet S : c'est la même forme, vous voyez quand ils mettent un manteau ? C'est l'esquimau qui porte un manteau, on le voit pas, il est à l'intérieur ; on voit que sa tête, on sent comme de la fourrure, la texture
	25	la peau d'un ours	E : lit la réponse du sujet S : toujours le tout, comme tout à l'heure, sans le haut
	26	V je vois aussi comme des racines d'un arbre	E : lit la réponse du sujet S : juste cette partie-là (D3)
VII	**27**	ici, je vois 2 têtes comme de la fée clochette	E : lit la réponse du sujet S : cette tête avec son corps mais il n'est pas complet, on le voit pas en entier (parait très

			perplexe)
	28	V je vois aussi un insecte, voici ses pattes et là sa tête	E : lit la réponse du sujet S : le tout avec le blanc au milieu, c'est surtout le corps qui ressemble
	29	Comme un livre ouvert, je ne sais pas	E : lit la réponse du sujet S : un livre ouvert en bas, comme un vieux livre, avec le papier qui commence à s'effriter, les pages abîmées
VIII	**30**	V je vois comme un navire de pirates	E : lit la réponse du sujet S : Comme si on le voyait de face, venant vers nous, ce vert là
	31	quand je la retourne comme ça /\ ces roses là sur le côté je les vois comme des léopards ou des guépards	E : lit la réponse du sujet S : ces deux-là (D1)
IX	**32**	comme ça je vois un volcan actif	E : lit la réponse du sujet S : là, regardez comme il monte là, vous enlevez le vert et l'orange, il est actif, la fumée qui sort
	33	comme ça V ces verts-là, c'est comme la carte géographique de la Russie ou l'Asie	E : lit la réponse du sujet S : c'est tout le vert, c'est l'Asie, je l'ai vue sur le livre de mon fils, ça ressemble à ça
	34	Ici, c'est comme des têtes de diables, l'orange là	E : lit la réponse du sujet S : oui, l'orange là, ils crachent le feu, ou eux même sont comme une flamme, c'est vraiment la forme de la flamme
X	**35**	V comme un bouquet de fleurs	E : lit la réponse du sujet S : le tout, du rose, du jaune, c'est les couleurs et même la forme
	36	je vois ces bleus là comme des scorpions	E : lit la réponse du sujet S : comme des scorpions avec leurs pinces
	37	De loin, je la vois comme la Tour Eiffel	E : lit la réponse du sujet S : on dirait la forme de la Tour Eiffel
	38	comme des poumons	E : lit la réponse du sujet S : oui, là les côtés, la forme des poumons
	39	bon, ces jaunes-là, je les vois comme des fleurs	E : lit la réponse du sujet S : oui c'est des fleurs, les tiges, la forme, la couleur, c'est des fleurs

5.2.2- Séquences de cotation

Pl	N°	Loc & DQ	Loc N°	Déterminants	FQ	(2)	Contenus	P	Z	Cotations Spéciales
I	1	Wo		F	O		A	P	ZW	
	2	Do	2	FMa	-	2	A			INC
	3	DdSo	99	Mp	O		(H)		ZS	
	4	Wo		F	-		A		ZW	
II	5	DdSo	99	F	U		Art,Ad		ZS	
	6	Dso	5	m'a	O		Sc,Fi		ZS	
	7	DSo	6	F	U		Ge		ZS	MOR
	8	Do	3	F	-		An			
III	9	Do	3	F	O		A			
	10	Do	1	VF	-		A			MOR
	11	Do	2	F	-	2	(Hd)			
	12	Ddo	99	F	-	2	Ad			
	13	Do	5	F	U		(Hd)			INC
	14	Do	5	F	O	2	Bt			
	15	Do	9	Mp.FC'	O	2	H,Cg	P		
IV	16	Wo		FT	O		A		ZW	
	17	Wo		F	O		Ad		ZW	
	18	Wo		Ma	O		(H)		ZW	AG
V	19	Wo		FMa	O		A	P	ZW	
	20	Wo		FMa	O		A	P	ZW	PSV
	21	Wo		Ma.FC'	O		(H)		ZW	
	22	Do	10	FMp	O	2	Ad			
VI	23	Do	1	FT.m'p	O		Cg			
	24	D+	1	FV.FT	O		H,Cg		ZA	
	25	Do	1	F	O		Ad	P		
	26	Do	3	F	O		Bt			
VII	27	Do	2	F	O		(H)			
	28	Wso		F	-		A		ZW	
	29	Do	4	m'p	U		Sc			
VIII	30	Do	4	m'a	U		Sc,Ay			
	31	Do	1	F	O	2	A	P		
IX	32	Ddv	99	m'p	no		Na,Fi			
	33	Do		F	-		Ge			PER
	34	Do	3	F	O	2	(H),Fi			
X	35	Wo		CF	O		Bt		ZW	
	36	Do	1	F	O	2	A			
	37	Do	11	F	O		Sc			
	38	Do	8	F	-		An			
	39	Do	2	FC	O	2	Bt			

5.2.3- Résumé formel



5.2.4- Analyse du protocole du Rorschach

- Contrôle.

Il semble que Mme RM14 se trouve actuellement dans un état de complexité psychologique, ce qui peut l'amener à sous-estimer ses capacités de contrôle et de tolérance au stress dont certaines variables pointent sa vulnérabilité face au stress. Mais, l'origine de ses difficultés semble être sa tendance à internaliser ses affects. Ce mécanisme psychologique peut conduire à éprouver diverses sortes d'inconfort

subjectif, comme l'angoisse, la tristesse, la tension, l'appréhension, et il peut aussi contribuer à des désorganisations somatiques. Cette vulnérabilité a trait aussi, d'une part, à la tendance de Mme RM14 à s'adonner à plus d'introspection négative en se centrant sur les traits négatifs de son image de soi. Cela conduit à des sentiments d'inconfort et d'autodépréciation, ce qui peut faire le lit d'une dépression et de pensées autodestructrices et, d'autre part, à la présence d'un sentiment de déprivation affective. Il est fort probable que ce sentiment soit lié à sa maladie et ce qu'elle implique comme perte.

- Perception des relations.

Les compétences relationnelles de Mme RM14 sont quelques peu limitées. Elle peut éprouver des difficultés dans l'interaction avec l'environnement, particulièrement dans la sphère interpersonnelle. Il est fort probable qu'elle apparaisse aux autres comme distante et inadéquate dans ses relations. Néanmoins, certaines données de sa biographie indiquent déjà l'impact de sa maladie sur la qualité de ses relations. Il faut dire que Mme RM14 éprouve des besoins de contacts très forts et insatisfaits. Déclarant que sa vie relationnelle n'est plus comme avant, cet état est plutôt persistant. Il est légitime de penser qu'il a été provoqué par un vécu de sa maladie comme une perte affective et une déception qui n'ont jamais été adéquatement compensées ou remplacées. Cependant, elle semble aussi intéressée aux autres que la plupart des gens. Même si elle peut se sentir mal à l'aise dans des situations interpersonnelles et que les autres peuvent la considérer comme distante ou retirée, ou encore même se montrer défensive dans certaines situations relationnelles, généralement elle s'implique dans des formes de comportements interpersonnels qui ont toutes les chances d'être adaptés à la situation.

- Perception de soi.

Bien que Mme RM14 ne soit ni plus ni moins centrée sur elle-même que la plupart des gens, elle est préoccupée, comme il est noté en haut, par des caractéristiques perçues comme négatives concernant son image de soi. Cela lui procure des affects douloureux dont l'origine est probablement liée à ses difficultés somatiques ou physiques. Par ailleurs, on retrouve chez elle une inquiétude corporelle qui prend une grande

importante dans son organisation psychologique. Les traits négatifs inclus dans sa conception de soi favorisent un point de vue pessimiste sur elle-même.

- Affects.

Les difficultés d'ajustement social auxquelles est confrontées Mme RM14 ont créé, chez elle, une certaine vulnérabilité aux problèmes affectifs. Ses activités psychologiques sont régies par un style cognitif de type introversif- évitant. Cela implique une certaine inefficience dans l'utilisation des affects. Elle peut sacrifier la prudence et adopter des solutions plus simples, y compris celles qui engagent les émotions. Dans d'autres situations, Mme RM14 peut trouver que l'effort qui doit être fourni pour moduler ses émotions est trop compliqué, ce qui la pousse alors à exercer un contrôle émotionnel excessif, voire à éviter toute expression affective. En effet, les émotions ne joueront qu'un rôle très limité dans ses prises de décisions. Nous avons déjà relevé la présence, chez elle, d'un malaise psychologique que nous avons rattaché à plusieurs sources. Il s'agit de la présence d'expériences persistantes d'émotions négatives en rapport avec des sentiments de solitude, de besoins affectifs, et d'affects douloureux généré par une tendance permanente à se critiquer ou à se dévaloriser. Ces expériences émotionnelles négatives sont aggravées par la présence d'une irritation psychique causée par la tendance de Mme RM14 à réprimer la libération de ses émotions de façon beaucoup plus fréquente que la plupart des gens, et une tendance marquée à éviter les stimuli émotionnels. Son fonctionnement psychologique semble être affecté par la présence d'une quantité considérable de colère qui impacte considérablement son attitude envers l'environnement et la qualité de ses relations. L'expression directe ou indirecte de cette colère est fonction des habitudes apprises par la patiente. La complexité psychologique, due aux expériences émotionnelles négatives, augmente le risque que les affects aient une influence néfaste sur la constance des comportements et/ou la stabilité de Mme RM14.

- Traitement de l'information.

Plusieurs difficultés sont à relever au niveau des opérations impliquées dans le traitement de l'information. Mme RM14 a investi plus d'effort qu'il n'est habituel dans le traitement du champ du stimulus. Mais, elle s'est montrée économique dans

l'élaboration du stimulus et son effort est marqué par une certaine irrégularité, ce qui rend sa performance moins rentable sur le plan cognitif. Elle s'efforce d'accomplir plus de choses qu'il ne parait raisonnable compte tenu de ses capacités fonctionnelles actuelles. Elle est sous-incorporatrice. Son balayage apparaît inefficace, hâtif et négligeant. Cela crée un handicap significatif parce qu'elle aurait tendance à négliger des indices de l'environnement qui pourraient être importants dans ses décisions et ses comportements. Elle présente aussi des difficultés d'ordre attentionnel, rendant ses capacités de concentration et sa mémoire de travail moins efficientes. En somme, la qualité de son traitement de l'information est plutôt inadéquate.

- Médiation.

La médiation, c'est-à-dire le rapport avec la réalité et avec la conventionalité, est généralement, approprié à la situation. Il est fort probable que Mme RM14 fournisse un effort très particulier pour s'assurer de l'exactitude de sa médiation. Les aspects négatifs ou de colère dont nous avons parlé lors de l'analyse de l'ensemble affects ne semblent pas contribuer à des épisodes de dysfonctionnement médiationnels occasionnels. Ce résultat suggère qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter sur l'efficience des processus médiationnels. Mais, le style évitant peut être à l'origine d'une distorsion non significative de la réalité. Mme RM14 s'efforce de se montrer en accord avec les conventions sociales en réprimant quelque peu l'expression de son individualité.

- Idéation.

Généralement, Mme RM14 préfère garder les émotions à un niveau plus périphérique pendant la résolution de problèmes et/ou la prise de décision. Dans des contextes peu complexes, elle peut procéder en considérant plusieurs options, mais elle est plus vulnérable aux intrusions émotionnelles dans sa pensée, lorsqu'elle est confrontée à la complexité ou à l'ambigüité. Comme nous l'avons déjà noté, les émotions n'auront qu'un rôle très limité dans ses activités de prise de décision. Le niveau de ses activités idéationnelles périphériques, dont les intrusions mentales naturelles, causées par les états de besoin, se trouve actuellement augmenté par un stress situationnel. Il faut explorer l'histoire récente de la patiente pour déterminer l'origine de ce stress. Hormis quelques distorsions cognitives non significatives, sa pensée ne présente pas d'altérations significatives.

5.4- Résultats des échelles de qualité de vie

Tableau 52. Scores de l'EORTC QLQ-C30 pour RM14

Échelles		Scores
Échelle de santé globale		92
Dimensions	Capacité fonctionnelle (CF)	73
	Capacité à accomplir toute forme de travail et d'activité de loisir (CT)	100
	Etat émotionnel (EM)	75
	Capacité cognitive (CC)	100
	Capacité à maintenir les relations sociales (CS)	100
Symptômes	Fatigue (FA)	00
	Nausées et vomissements (NV)	00
	Douleur (DO)	00
	Dyspnée (DY)	00
	Insomnie (IN)	33
	Manque d'appétit (MA)	00
	Constipation (CO)	00
	Diarrhée (DI)	00
	Difficultés financières (DF)	00

Les résultats de l'EORTC QLQ-C30, indiqués au tableau ci-dessus, montrent des scores tout à fait acceptables et sans particularité aussi bien en ce qui concerne les dimensions fonctionnelles que les symptômes.

Tableau 53. Scores de l'EORTC QLQ-BR23 pour RM14

Dimensions		Scores
Dimension fonctionnelle	Image corporelle (IC)	100
	Activité sexuelle (AS)	17
	Plaisir sexuel (PS)	00
	Perspective future (PF)	100
Dimension symptômes	Effets secondaires des traitements (EST)	09
	Symptômes au niveau du sein (SS)	17
	Symptômes au niveau du bras (SB)	22
	Sentiments liés à la perte des cheveux (PC)	00

Pour l'EORTC QLQ-BR23, nous notons des scores très bas concernant l'activité sexuelle (33) et le plaisir sexuel (00).

Quant à la dimension symptômes, les scores en dessous de 50, pour l'ensemble des items, n'indiquent pas la présence de problèmes notables sur ce plan.

5.5- Synthèse et discussion générale du cas

La complexité psychologique dans laquelle elle se trouve, met madame RM14 dans un état de vulnérabilité face au stress, liée à sa tendance à l'internalisation des affects, d'où son sentiment d'inconfort pouvant conduire à la désorganisation somatique. Sa centration négative sur son image de soi et sa mauvaise estime de soi peuvent être des précurseurs d'une dépression, voire de tendances autodestructrices. Parce que préoccupée par une image négative de soi, Mme RM14 éprouve des sentiments douloureux, fort probablement en lien avec sa maladie, qui induisent, chez elle de vives inquiétudes corporelles. Le point de vue qu'elle porte sur elle-même est empreint de pessimisme. Sa vulnérabilité affective et son style cognitif introversif-évitant sont en lien avec sa tendance à la répression des émotions qu'elle a du mal à moduler. Cela en raison d'un vécu expérientiel d'affects douloureux liés à ses besoins affectifs insatisfaits et sa tendance à se dévaloriser. La présence d'une colère importante impacte négativement la qualité de ses relations et la constance de ses comportements.

Les résultats des dimensions, tant émotionnelle que de l'image du corps, au niveau des deux échelles de qualité de vie, sont en totale contradiction avec ces conclusions, avec des scores respectifs de 75 et 100, ce qui signe une excellente qualité de vie pour ces dimensions.

Au niveau relationnel, il est important de noter que Mme RM14 éprouve un sentiment exacerbé de demande relationnelle, au demeurant, insatisfaite et de solitude. Cette forme d'irritation qu'elle éprouve fait qu'elle veut des relations émotionnelles proches avec les autres mais ne sait pas très bien comment y arriver, ce qui la met dans une attitude défensive la faisant apparaître comme distante et réservée. Ce besoin relationnel insatisfait est à mettre en lien avec un vécu de perte, jamais compensée, consécutive à sa maladie.

Avec un score de 100 à la dimension de la capacité à maintenir des relations sociales à l'EORTC QLQ-C30, marquant la présence, chez elle, d'excellentes capacités relationnelles, nous notons, comme pour les dimensions précédentes, une incongruence frappante par rapport aux résultats du Rorschach.

Sur le plan cognitif, on relève une inefficience dans son traitement de l'information marquée par une irrégularité dans l'effort qu'en même temps, elle déploie de façon excessive par rapport à ses capacités fonctionnelles. Son balayage hâtif et négligeant la conduit à la négligence d'éléments de l'environnement importants pour sa prises de décisions. Ses difficultés attentionnelles affectent négativement ses capacités de concentration et sa mémoire de travail.

La colère et les problèmes affectifs, mis en évidence, plus haut, ne semblent pas affecter négativement sa pensée et son rapport à la réalité, qui peut souffrir, néanmoins, d'une distorsion, due à son style évitant. Elle a cependant tendance au contrôle, dans l'expression de son individualité, pour être, quelque peu, en accord avec les conventions sociales.

En dépit de la mise à distance de ses émotions dans la prise de décisions, sa confrontation à l'ambigüité la rend vulnérable aux intrusions émotionnelles dans sa pensée, aggravée par un stress situationnel, dont l'origine est à rechercher dans son histoire récente qu'on peut supposer en lien avec sa maladie. Toutefois nous ne relevons pas d'altérations particulières de sa pensée.

La même observation est à faire, quant à la sphère cognitive, qui enregistre un excellent score (100) et qui indique une incongruence évidente avec les résultats du Rorschach.

Il y'a lieu de noter, cependant, une altération de la vie sexuelle avec des scores excessivement bas, aussi bien pour l'activité sexuelle (17), que pour le plaisir sexuel (00), ce qui dénote un impact direct de la maladie et du traitement chirurgical sur cet aspect de sa vie.

6- Conclusion des illustrations cliniques

L'analyse des résultats des quatre cas cliniques, présentés ci-dessus, met en évidence une souffrance psychologique, aussi bien pour les mastectomies que pour les reconstructions mammaires, avec une plus grande ampleur chez ces dernières. Cette souffrance psychologique touche de façon plus marquée l'image corporelle et la perception de soi, la sphère relationnelle et l'état émotionnel.

Il y'a lieu de noter que, pour les deux cas de mastectomie, les résultats du Rorschach et ceux des échelles de qualité de vie, sont tout-à-fait congruents. Cependant, nous observons le phénomène plutôt inverse pour les cas de reconstruction mammaire, qui indiquent une qualité de vie relativement satisfaisante, au niveau des échelles, alors que la souffrance, notamment au niveau des dimensions ci-dessus mentionnées, apparait de façon franche et rejoint parfaitement le discours spontané des patientes à l'entretien.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que, dans le cas des échelles, il s'agit de réponses réfléchies et relativement bien contrôlées, alors que le test nous renseigne sur un niveau plus profond, puisqu'il s'agit de projection d'un matériel inconscient, qui, dans le discours spontané, s'échappe grâce à un relâchement des défenses. D'où l'intérêt du recours à des épreuves, comme le Rorschach, qui permet d'avoir accès à l'éprouvé « à l'état brut ».

DISCUSSION GENERALE

1- Discussion des résultats

L'objectif de ce travail est de savoir si la reconstruction mammaire, en tant que chirurgie réparatrice remplit effectivement sa fonction et « répare la blessure symbolique » occasionnée par la mastectomie.

La fonction réparatrice de la reconstruction mammaire, chez les femmes ayant subi une mastectomie, a souvent été perçue comme une évidence, aussi bien aux yeux des médecins que des chercheurs. Nous avons constaté, pour notre part, dans notre pratique au sein du service de sénologie et, notamment, à l'occasion d'une étude que nous y avons réalisé, qu'un bon nombre de nos patientes rejetaient l'idée même de se faire reconstruire ou ne l'envisageaient même pas.

Vu l'hétérogénéité et la taille de nos deux groupes de recherche (composé de 31 cas de mastectomie et 16 cas de reconstruction mammaire), nous ne prétendons pas à une quelconque généralisation de nos conclusions, mais nous pensons, néanmoins, pouvoir établir des comparaisons entre les deux types de chirurgie quant à certaines dimensions du fonctionnement psychologique et de la qualité de vie des patientes.

La discussion de nos résultats porte sur les aspects, qui nous semblent les plus pertinents et qui apparaissent dans des proportions significative, du fonctionnement psychologique et de la qualité de vie des patientes, à travers les dimensions suivantes :

1. l'image du corps et la perception de soi,
2. la sexualité,
3. les relations et les comportements interpersonnels,
4. les émotions et les affects,
5. la dimension cognitive.

1.1- L'image du corps et la perception de soi

L'altération de l'image du corps, selon les résultats de l'EORTC QLQB-R23, touche près des deux tiers des patientes interrogées et ce, aussi bien dans le groupe mastectomie que dans le groupe reconstruction mammaire.

Les données du Rorschach ne montrent pas de différence significative entre le groupe mastectomie et le groupe reconstruction mammaire quant à la perception de soi. En effet, l'une des variables principales de ce test, est l'index d'égocentrisme, qui est en deçà des valeurs attendues (de 0,33 à 0,45), pour la moitié du groupe mastectomie et près des deux tiers (2/3) du groupe reconstruction et au-dessus de ces valeurs, pour environ un dixième des mastectomies et un peu plus dans les reconstructions. De la même manière, la présence de réponses reflet, dans une proportion très faible du groupe mastectomie (6%) et leur absence totale dans le groupe reconstruction, mettent en évidence une altération de l'image de soi caractérisée par une préoccupation accrue sur soi-même et une perception négative de soi et de sa valeur propre, ainsi qu'une dévalorisation de soi par rapport aux autres. Les valeurs des réponses An+Xy viennent confirmer cette tendance (An+Xy > 2 pour 41,9% des mastectomies et 37,5% des reconstructions). Cela signe la présence d'une attention particulière et d'une vive inquiétude par rapport au corps. Cette inquiétude peut aisément trouver son explication dans la maladie cancéreuse et les mutilations subies.

Nous notons ainsi, une congruence entre les résultats du Rorschach et ceux de l'EORTC QLQ-BR23, mais avec de légères différences en faveur du groupe mastectomie. Il serait cependant, fallacieux de vouloir tirer des conclusions trop hâtives à partir de ces données qui, à notre sens, nous renseignent sur une tendance qui se dégage dans chacun de nos deux groupes de recherche.

Nos résultats rejoignent ceux des études antérieures concernant l'altération de l'image du corps et de la perception de soi dans le cas de la mastectomie (Bacqué, 2008b ; Beckmann et al., 1981 ; Fobair et al., 2006 ; Ganz et al, 1992 ; Hassas Boumghar, 2013 ; Montazeri, 2008). Cela n'est cependant pas le cas pour la reconstruction, où plusieurs auteurs (Reaby, Hort et Vandervord, 1995) décrivent des sentiments plus

positifs chez les femmes reconstruites vis-à-vis de leur corps. Ils soulignent que la reconstruction peut permettre un réinvestissement de l'image d'un corps abimé par la mastectomie, quoique cela soit tributaire du résultat esthétique et nécessite un travail de reconstruction psychologique, le sein perdu n'étant pas restitué mais réparé, remplacé, ce n'est pas le vrai sein (Bacqué, 2008b ; Lehmann, 1998 ; Nissen, 2001).

En effet, la reconstruction mammaire n'est pas une intervention anodine. D'abord, elle nécessite un retour au bloc opératoire puisqu'elle se fait en deux temps voire trois : le temps de la reconstruction, le temps de la symétrisation, si nécessaire et le temps de la reconstruction de la plaque aréolo mamelonnaire.

Ce retour au bloc opératoire peut être une occasion de réactivation du traumatisme de l'ablation du sein, souvent non encore surmonté. Quand le deuil du sein perdu n'est pas encore fait et c'est souvent le cas, les réactions anxiodépressives de la mastectomie peuvent de nouveau être observées (Ho Quoc et Delay, 2012).

Et si elle permet à la mastectomisée de retrouver une apparence normale, elle n'est pas sans conséquences sur son image du corps car, bien souvent, elle se fait au prix d'une autre mutilation qui laisse une cicatrice supplémentaire et irréversible sur une autre partie du corps (dos ou abdomen). Le recours à une prothèse mammaire interne, crée chez la patiente le sentiment de vivre avec un corps étranger, qui plus est, doit être remplacé tous les 10 ans. Des complications, parfois graves, peuvent survenir sur le sein reconstruit, pouvant aller jusqu'à nécessiter le recours à des traitements médico-chirurgicaux assez contraignants. En outre, le sein reconstruit ne permet souvent pas, voire jamais de retrouver la sensibilité et la souplesse du sein d'origine.

Les effets secondaires des traitements et la capacité fonctionnelle présentent une altération importante dans les deux groupes, mais plus marquée dans le groupe reconstruction, à l'exemple de la fatigue qui est présente dans les deux groupes, mais de façon un peu plus importante dans le groupe reconstruction (52,9% pour les reconstructions contre 43,3% pour les mastectomies). De même que la douleur est présente chez la quasi-totalité des patientes, mais dans une proportion plus importante

dans le groupe mastectomie où elle atteint 90% contre 82,4% dans les reconstructions mammaires).

La présence de ces symptômes contribue, à notre avis, à l'altération de la qualité de vie et de l'image du corps et à la perception négative de soi retrouvées chez les patientes.

Pour la dimension symptômes, nous remarquons des altérations, relativement plus élevées dans le groupe reconstruction mammaire que dans celui des mastectomies, concernant les effets secondaires des traitements, où les proportions sont de moins de deux tiers pour les mastectomies, mais dépassent les trois quart pour les reconstructions mammaires. Les symptômes au niveau du sein sont présents dans des proportions quasi-équivalentes dans les deux groupes. Les symptômes au niveau du bras sont, quant à eux, présents pour la totalité du groupe reconstruction mammaire, alors que cette proportion descend aux trois quarts dans le groupe mastectomie.

Nos résultats rejoignent les conclusions des travaux dont nous avons fait état dans notre revue de la littérature, tels que ceux réalisés par Montazeri, qui met en exergue, l'impact des effets secondaires qui altèrent, de façon significative, la qualité de vie des patientes, ainsi que Staps, T. Hoogenhout et J. Wobbes, T. (1985) ; Rothemund (2004), qui évoquent le syndrome du membre fantôme et tout le cortège des symptômes au niveau de la zone opérée et du bras homolatéral. De même que Bacqué (2008b) et Reich (2008), qui mettent l'accent sur les effets secondaires de la maladie et des traitements, tels que les douleurs et les mutilations, comme facteurs aggravant les représentations morbides et destructrices et le sentiment de perte de contrôle sur son corps.

Il apparait donc que la reconstruction mammaire ne résout pas forcément la problématique de l'image du corps, chez des patientes, souvent plus préoccupées par leur apparence physique que celles qui n'en ont pas bénéficié (Anderson, Rodin et Ariyan, 1994). Les résultats auxquels nous sommes parvenus sont tout à fait compatibles avec cette assertion. La dimension image du corps de l'EORTC QLQ-BR23 indique une altération de l'image du corps chez près de 60% des patientes du groupe reconstruction. Au Rorschach, ce sont les valeurs des réponses An+Xy, dont

nous avons fait état plus haut, qui renseignent directement sur l'image du corps et qui montrent dans le cas de nos patientes, que celles ayant eu une reconstruction mammaires ne diffèrent pas de celles qui ont eu une mastectomie seule, dans l'attention accrue portée à leur corps et leurs inquiétudes par rapport à ce dernier.

Les réponses morbides (MOR) présentes dans près du tiers des protocoles de nos patientes des deux groupes avec des valeurs supérieures ou égales à 2, viennent corroborer ce résultat, avec la présence d'une altération de l'image de soi, une perception négative de soi, marquée de pessimisme et d'anticipations négatives sur soi.

Par ailleurs, comme le montrent certains auteurs, à l'instar de Costen, Suduikis et Donegan (1992) ; Cocquyt et al. (2003), si la plupart des patientes sont satisfaites de leur reconstruction, il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre d'entre elles se disent déçues, aussi bien du résultat esthétique que de leur qualité de vie qu'elles décrivent comme altérée (Dejode et al., 2011).

1.2- La sexualité

Concernant la sexualité, nos résultats mettent une évidence la présence de difficultés sexuelles et ce, aussi bien concernant l'activité sexuelle qui est altérée pour les trois quart des patientes des deux groupes, que le plaisir sexuel dont l'altération touche environ la moitié des patientes des deux groupes avec une légère différence en faveur du groupe reconstruction.

Ces résultats sont en désaccord avec les quelques études auxquelles nous avons eu accès, notamment celle de Yurek, Farrar et Andersen (2000) qui montrent un taux d'activité plus faible chez les patientes ayant eu une reconstruction mammaire, par rapport à celles ayant reçu un traitement conservateur du sein ou une mastectomie sans reconstruction mammaire.

Il en est de même des travaux de Rowland et al. (2000) qui rapportent un impact négatif du cancer sur la vie sexuelle chez 45,4% des femmes reconstruites contre 29,8% pour la tumorectomie et 41,3% pour la mastectomie seule.

Costen, Suduikis et Donegan (1992) montrent que si près des trois quart des patientes ayant fait l'objet de leur étude ne présentent pas de problèmes particuliers sur ce plan, près du dixième d'entre elles n'osent pas se confronter à leur nudité et près d'un cinquième ne peuvent se montrer à leur conjoint. Les difficultés sexuelles mises en évidence dans notre travail semblent toucher une proportion plus importante des femmes interrogées.

Il serait intéressant d'explorer cet aspect chez un nombre plus significatif de femmes, dans le cadre d'une recherche qui serait consacrée à la sexualité et la relation de couple chez les femmes opérées pour cancer du sein, selon le type de chirurgie.

1.3- Les relations et les comportements interpersonnels

Les capacités relationnelles et sociales de nos patientes semblent amoindries. C'est ce que montrent les scores des deux groupes étudiés à la dimension capacités relationnelles et sociales l'EORTC QLQ-C30, chez plus des trois quarts des patientes, sans différence notable entre les deux groupes.

Les résultats du Rorschach vont dans le même sens et montrent, chez la moitié du groupe reconstruction et un peu plus dans le groupe mastectomie, une incompétence ou de difficultés au niveau des relations sociales. Le CDI qui est, par excellence, l'indice du déficit de compétence sociale est positif de façon un peu plus marquée chez les mastectomisées, confirmant les difficultés relationnelles et un déficit dans la perception des relations interpersonnelles chez elles.

Beaucoup plus importante est la valeur de l'index d'isolement social dans les mastectomies, où il concerne près de 42% d'entre-elles contre seulement près de 19% des reconstructions, confirmant une plus grande altération de la sphère relationnelle chez les mastectomisées. Sans s'inscrire dans la pathologie, ces dernières présentent quelques difficultés à établir et à maintenir des relations satisfaisantes avec autrui.

Nos résultats corroborent ceux de certains auteurs à l'instar de Capiello et al. (2007) qui, sans aller dans les comparaisons entre les types de traitements, rapportent, selon

les patientes, une altération dans leur fonctionnement social après le traitement de leur cancer du sein.

Les travaux de Liebens et Aimont (2003) mettent l'accent sur les bouleversements induits par la maladie cancéreuse et ses traitements, au sein de la famille, nécessitant une réorganisation de la dynamique familiale et un effort d'adaptation, souvent difficile. Dans le même ordre d'idées, l'étude du DREES (2006) met l'accent sur la présence de difficultés dans les relations familiales, voire un état de détresse au sein de la famille.

Le soutien social est ici, d'une importance capitale, y compris pour les patientes ayant eu une reconstruction mammaire. Cela fait l'objet des recommandations de différents travaux à l'instar de ceux de Gilboa et al. (1990), Capiello et al. (2007) ainsi que Ho Quoc et Delay (2012).

Cette même étude a montré des difficultés d'ordre professionnel, et une altération de la capacité d'exercer une activité professionnelles ou d'exécuter des tâches ménagères ou de loisirs, ce que nos résultats à l'EORTC QLQ-C30 confirment avec une altération de cette dimension chez plus des trois quarts des patientes des deux groupes.

Liebens et Aimont (2003) sont arrivés à des résultats similaires, mettant en exergue des difficultés professionnelles ayant nécessité des interruptions de travail, des aménagements des horaires, voire carrément des changements de profession, consécutifs aux effets de la chirurgie sur l'état physique des patientes.

Le milieu professionnel est, sans conteste, un lieu d'interactions sociales. De ce fait, rapportées à la sphère relationnelle, les difficultés liées à l'activité professionnelles pourraient aussi avoir un lien avec les insuffisances relationnelles des patientes.

Nos résultats aux échelles da qualité de vie indiquent une baisse de la capacité au travail dans les deux groupes, légèrement plus marquée dans le groupe mastectomie.
Or, sur les 21 patientes actives au départ (10 du groupe mastectomie et 11 du groupe reconstruction), aucune des patientes du premier groupe n'a interrompu son activité

professionnelle. Cependant 3 sur les 8 patientes actives du groupe reconstruction soit, un peu plus du quart, étaient en interruption d'activité au moment de l'enquête.
L'étude citée ci-dessus n'a pas apporté de précisions quant au type de chirurgie, alors que pour notre part, nous constatons que les arrêts de travail touchent plutôt les patientes ayant eu une reconstruction. Cela nous fait supposer que les effets de la chirurgie réparatrice auraient des effets plus négatifs sur la capacité au travail de ces patientes, à l'exemple de la fatigue qui est présente dans une proportion plus importante chez les reconstructions.

Néanmoins, nos conclusions sur ce point sont à prendre avec beaucoup de précautions, vu que la majorité des femmes constituant nos groupes de recherche est inactive.

Cet aspect serait une bonne piste pour des recherches ultérieures qui exploreraient, de façon plus approfondie, les différentes retombées du type de chirurgie sur la vie sociale, familiale et professionnelle des patientes.

Les relations interpersonnelles des patientes sont marquées par un certain malaise, mis en exergue par l'absence totale de réponse COP et AG, pour plus de la moitié du groupe reconstruction et près des deux tiers du groupe mastectomie. Ce malaise relationnel est en lien avec des anticipations négatives des relations les écartant, quelque peu, des interactions sociales, ce qui est en parfait accord avec l'index d'isolement social.

Contrairement à notre résultat, Rowland et al. (2000) ne trouvent pas de différences sur le plan émotionnel et social, quel que soit le type de chirurgie. Ils considèrent que le type de chirurgie primaire pour le cancer du sein touche principalement l'image corporelle et le sentiment d'attractivité, où ils ont constaté un meilleur résultat chez les femmes ayant bénéficié d'un traitement conservateur du sein par rapport aux mastectomies avec ou sans reconstruction.

Dans les mêmes proportions que pour la variable précédente, nous retrouvons des réponses PHR nettement supérieures aux réponses GHR, dans 60% des mastectomie contre 56% des reconstructions, ce qui signe un manque d'efficience et des difficultés

d'ajustement relationnel, corroborant ainsi le résultat de l'index de compétence sociale (CDI).

Ces résultats ne rejoignent pas ceux de nombre d'auteurs (Wellisch et al., 1989, Dioso, Holland, Chaglassian, Kinne, (1995, cités dans Parker, 2004, p.132), Rowland et al., 2000) qui se sont intéressés à l'ajustement psychosocial chez trois groupes : mastectomie avec reconstruction, mastectomie seule et traitement conservateur du sein et qui soutiennent qu'il n'existe pas de différences, entre les groupes, en termes de fonctionnement psychosocial et de qualité de vie. Nos résultats sont également en contradiction ceux d'Al-Ghazal, Fallowfield et Blamey (2000, cités dans Parker, 2004, p.132), Nissen et al. (2001) qui montrent un meilleur ajustement social chez les femmes ayant eu une mastectomie seule par rapport à celles ayant bénéficié d'une reconstruction, notamment en début de rémission.

Cette dernière assertion ne rejoint pas non plus nos résultats qui retrouvent chez la moitié du groupe reconstructions, un peu moins dans le groupe mastectomie une tendance à ignorer les conventions et attentes sociales, avec un nombre de réponses banales en deçà de 4. Cela peut être interprété comme une attitude défensive vis-à-vis des attentes des autres, auxquelles elles refusent de céder à leurs dépens, ce qui en soit pourrait être considéré comme positif.

Dans des proportions moindres, les résultats du Rorschach montrent un certain négativisme, une opposition, ou encore de la colère, apparaissant dans la présence de deux réponses dans le blanc, chez près du quart du groupe mastectomie, un peu moins dans le groupe reconstruction et qui peut affecter négativement leurs relations interpersonnelles.

Le style relationnel passif (p>a) est retrouvé chez 25% des mastectomisées et n'est que de 12% dans les reconstructions. Cela indique des personnes qui, sans aller jusqu'à la soumission, ne sont pas dans une démarche de résolution de problème et se confinent dans des attitudes d'évitement des responsabilités et de la prise de décision.

Il y a lieu de noter qu'en dépit de la présence de difficultés relationnelles, le quart des patientes des deux groupes ne semble pas présenter d'altération quelconque à ce niveau et manifeste des comportements interpersonnels adaptés et bien perçus par les autres.

1.4- Les émotions et les affects

L'état émotionnel des patientes des deux groupes présente une altération, qui est mise en évidence à l'EORTC QLQ-C30, dans des proportions beaucoup plus importantes dans le groupe reconstruction mammaire atteignant les trois quarts de ce groupe contre seulement le tiers du groupe mastectomie.

En effet, Les résultats du Rorschach montrent une plus grande souffrance dans le groupe reconstruction que dans le groupe mastectomie. En témoigne le DEPI qui est positif, de façon plus importante dans ce groupe, plutôt que dans celui des mastectomisées (37% contre 16%). Cette souffrance peut être mise en lien avec la présence d'expériences de perturbation affective dans l'organisation de leur personnalité. Cela pourrait être un précurseur d'épisodes dépressifs chez ces patientes, qui pourraient présenter des troubles de l'humeur, de tension ou d'angoisse.

Plus que dans le groupe mastectomie, certaines patientes du groupe reconstruction (environ 19% contre 13%) présentent une certaine vulnérabilité face aux situations affectives perçues comme stressantes contre lesquelles elles recourent à l'intellectualisation ((2AB+Art+Ay)>5). Ce mécanisme par lequel elles tentent de contrôler leurs décharges émotionnelles est mis en échec, en raison de l'insuffisance de leurs capacités de contrôle et de tolérance au stress.

Cela est visible à travers les valeurs du D et du D ajusté qui sont nulles pour la moitié du groupe, alors que près du tiers d'entre elles ont un D ajusté négatif. Cela confirme l'insuffisance de leurs capacités de contrôle et de tolérance au stress et la présence d'une plus grande pression interne qui interfère avec leur capacité de contrôle.

Quant au groupe mastectomie, nous pouvons supposer, au regard des valeurs nulles des variables D et D ajustés chez la majeure partie d'entre elles (respectivement 61% et près de 68%), que leurs capacités de contrôle et de tolérance au stress sont moins problématiques. On retrouve, chez elles une tendance plus marquée, à l'expression de leurs affects. Elles ne présentent, de ce fait, pas de signes majeurs de difficultés de contrôle émotionnel ou de perturbation affective, en dépit d'un certain malaise dans les situations émotionnelles, ce qui les pousserait à l'évitement et serait à l'origine de leurs difficultés relationnelles.

La tendance, pour près du quart de ce groupe, un peu moins dans le groupe reconstruction, est à la substitution du fantasme à la réalité, comme stratégie défensive face à des situations de stress, que l'on pourrait mettre en lien avec la maladie cancéreuse et la perte du sein. Ces patientes semblent se confiner dans des comportements plutôt passifs et ne s'orientent pas vers des stratégies de prises de décision et de résolution de problèmes.

Les valeurs de la variable Afr, qui nous renseigne sur l'intérêt du sujet aux stimuli émotionnels, confirme cette tendance, chez une partie non négligeable des mastectomisées, dont la valeur de l'Afr est inférieure à 40 pour un cinquième et est en deçà de 50 pour un tiers. Ces patientes adoptent des comportements d'évitement des situations émotionnelles, en raison du malaise qu'elles y ressentent, ce qui les pousse parfois, jusqu'à l'isolement social.

Le rapport FC:CF+C qui nous renseigne sur le degré de régulation émotionnelle, montre chez un peu plus du tiers des mastectomisées, chez qui les réponses C pur sont le plus souvent de 0 ou de 1, un bon contrôle émotionnel. Mais la majorité soit près des deux tiers ont FC<CF+C, ce qui porte à croire que ces patientes sont moins préoccupées de contrôler leur décharges émotionnelles, et qui tendent à exprimer leurs affects de façon plus intense. Cela ne pose pas de problème particulier pour ce groupe de patientes dans la mesure où la majorité d'entre elles ne présente pas de difficultés dans le domaine du contrôle, de même qu'elles ne montrent pas de signes majeurs de perturbation affective, malgré leurs difficultés relationnelles.

En revanche, les patientes du groupe reconstruction montrent, en majorité (62,5%), une tendance prononcée à exercer un contrôle plus étroit sur les décharges émotionnelles, mais il faut noter que bon nombre de leurs protocoles contiennent des réponses C pur en nombre important allant jusqu'à 6 ou 7 pour des protocoles de 20 à 27 réponses. Cela pourrait constituer une source de souffrance dans la mesure où leurs capacités de contrôle et de tolérance au stress sont amoindries, comme il est mentionné plus haut.

Le problème de régulation ou de modulation émotionnelle serait à l'origine d'une perturbation dans le testing de la réalité, que nous retrouvons dans les deux groupes, mais de façon un peu plus marquée dans le groupe reconstruction, chez qui on assiste à une interférence des affects avec la pensée, ce qui peut impacter leurs stratégies de résolution de problèmes et leurs prises de décisions. Cela peut être à l'origine de comportements inefficients que l'on peut voir apparaitre plus que de coutume dans ce groupe, alors que ce risque est beaucoup moins probable dans le groupe mastectomie.

Les travaux que nous avons pu consulter, concernant la sphère émotionnelle, ne vont pas dans le sens de nos résultats. Il est vrai que la plupart de ces travaux se sont plutôt intéressés, comme nous l'avons vu dans notre revue de la littérature, aux répercussions psychologiques et émotionnelles de la maladie cancéreuse. Ces travaux ont mis l'accent sur les états d'anxiété, de détresse émotionnelle ou carrément des réactions psychopathologiques telles que la dépression, les attaques de panique, et même les états de stress post-traumatique en lien avec la maladie ; les risques de rechutes, représentant une menace pour la santé et pour la survie de la patiente (Holland, 1999 ; Ryan et al., 2005 ; Liebens et Aimont, 2003 ; Dauchy et Rouby, 2006 ; Nikbakhch et al., 2014 ; Menhert et Koch, 2008).

Concernant les répercussions émotionnelles du traitement chirurgical, la plupart des travaux mettent l'accent sur la mutilation que constituent la mastectomie et l'atteinte de l'image du corps qu'elle induit. Cette mutilation nécessite un véritable travail de deuil qui est souvent difficile, parfois impossible à faire.

Nos résultats rejoignent les conclusions de ces travaux concernant les effets négatifs de la mastectomie sur l'état psychologique et émotionnel des patientes (Asken, 1975 ; Beckmann et al., 1981; Ganz et al, 2004; Menhert et Koch, 2008).

Il n'en est pas ainsi d'autres travaux tels ceux de Aaronson, Bartelink et al., Kiebert et al., Knobf, Margolis et al., Maunsell et al., Meyer et al., Pozo et al., Schain et al., citées par, Hannoun Levi (2005), qui soutiennent que les séquelles psychologiques de la chirurgie ne diffèrent pas selon le type de cette chirurgie.

Nos résultats mettent en évidence une altération de l'état émotionnel, beaucoup plus importante dans le groupe reconstruction mammaire que dans le groupe des mastectomies. Ces résultats sont en totale contradiction avec notre troisième hypothèse selon laquelle nous rapportions l'altération de l'état émotionnel à la maladie cancéreuse et ses effets psychologiques et nous n'attendions pas à trouver des différences entre les deux groupes. Nos résultats sont également en contradiction avec les quelques études que nous avons pu consulter et qui soutiennent que la reconstruction mammaire est un acte réparateur qui atténue le choc de la perte du sein et améliore la qualité de vie, l'intégrité et l'image de soi des femmes mastectomisées. Les bienfaits de la reconstruction mammaire, demeurent, cependant, tributaires du travail de deuil du sein perdu et de l'intégration et la réappropriation du sein reconstruit (Baas et al., 2008 ; Bacqué, 2008 ; De Raaff et al., 2016).

1.5- La dimension cognitive

Les problèmes de régulation des émotions, l'interférence de ces dernières avec la pensée, l'échec des stratégies défensives face au stress, comme nous avons pu l'observer chez un certain nombre de nos patientes, semble affecter leurs capacités cognitives.

Cette tendance est d'ailleurs confirmée par la mise en évidence d'une altération des capacités cognitives à l'EORTC QLQ-C30, plus prononcée chez les femmes ayant eu une reconstruction mammaire, dont la proportion dépasse les trois quarts, que chez

celles ayant eu une mastectomie sans reconstruction qui, elles, représentent un peu plus de la moitié du groupe.

Les résultats du Rorschach montrent également cette altération cognitive que l'on retrouve dans les deux groupes mais qui est plus marquée dans le groupe des reconstructions que dans celui des mastectomies et, en cela, ils sont en parfait accord avec les résultats des échelles.

Cette altération consiste en un léger dysfonctionnement médiationnel et de quelques problèmes dans le testing de la réalité, qui ne prennent pas une allure pathologique et ne sont pas significatifs, comparativement aux normes algériennes.

Par ailleurs, on observe une valeur du score Zd inférieure à -3.0 pour près de 44% des reconstructions contre près de 33% des mastectomies, ce qui indique une activité de balayage sous-incorporatrice c'est-à-dire, hâtive et aléatoire et peut être en lien avec des problèmes d'attention et de concentration. Cela est tout à fait concordant avec le style cognitif évitant, que l'on retrouve chez la moitié des patientes des deux groupes et qui se caractérise par une tendance dominante à simplifier le rendant inefficient devant des situations perçues comme complexes et ambigües. Cette caractéristique affecte l'activité médiationnelle et le testing de la réalité en induisant des comportements non efficients.

La présence de troubles cognitifs a suscité et continue de susciter l'intérêt des chercheurs depuis quelques années. Ces troubles dénommés « brouillard cognitif » ou « chemobrain, chemofog » se manifestent par une altération de la mémoire épisodique, de la vitesse de traitement, de l'attention et des fonctions exécutives et affectent significativement la qualité de vie des personnes atteintes de cancer.

Les études que nous avons consultées à ce sujet (Collins, 2010 ; Giffard, Lange et Leger-Hardy, 2015 ; Lange, 2017 et Myers, 2012) ne font pas de liens entre le type de chirurgie et les troubles cognitifs, mais rattachent ces derniers aux traitements, tels que l'hormonothérapie, la radiothérapie et les thérapies ciblées et, plus particulièrement, la chimiothérapie dont les effets toxiques sur l'organisme ne sont plus à démontrer.

Ils affirment également, que la maladie cancéreuse, elle-même, contribue à l'apparition de ces troubles cognitifs, s'appuyant sur d'autres travaux qui montrent chez bon nombre de patients des altérations cognitives avant le début des traitements. Ces altérations seraient dues à des facteurs biologiques liés au cancer, à l'exemple de la surproduction, à partir des tissus tumoraux, de cytokines pro-inflammatoires qui peut engendrer des troubles de l'humeur et de la cognition.

Rapportées par Lange et Leger-Hardy, 2015, des études sur le fonctionnement cognitif de patientes traitées pour un cancer du sein montrent que 21 à 90 % d'entre elles se plaignent de troubles cognitifs. Ces troubles cognitifs ont un impact négatif sur la qualité de vie des patientes et peuvent, dans certains cas persister jusqu'à 20 ans après la fin des traitements.

Néanmoins, ces travaux rejoignent nos résultats quant à l'effet de la dimension émotionnelle sur les capacités cognitives. Ils évoquent le stress lié au diagnostic ainsi que les troubles anxiodépressifs et la fatigue, qui sont assez souvent rapportés par les patients même en dehors de tout traitement adjuvant.

2- Discussion des hypothèses

Les résultats dont nous avons fait état plus haut, confirment notre première hypothèse concernant l'impact négatif de la mastectomie sur les différentes dimensions du fonctionnement psychologique et de qualité de vie, concernant l'image du corps et la perception de soi et les capacités relationnelles.

En revanche et contrairement à nos attentes, notre deuxième hypothèse, selon laquelle la reconstruction mammaire serait un acte réparateur qui améliore le fonctionnement psychologique et la qualité de vie des patientes, se trouve infirmée par nos résultats. En effet, nous nous attendions, à avoir dans les reconstructions, des résultats à l'opposé de ceux des mastectomies. Or selon les données de notre enquête, la reconstruction mammaire, ne semble pas apporter tous les bienfaits qui en sont attendus et son rôle réparateur est moins évident qu'il ne parait de prime abord.

Concernant la troisième hypothèse, selon laquelle nous nous attendions à des altérations de l'état émotionnel et affectif chez les patientes des deux groupes, plus en lien avec la maladie cancéreuse et ses répercussions psychologiques que du fait de la chirurgie elle-même. Nous n'escomptions donc pas de différence significative entre les deux groupes. Nos résultats confirment, en effet, l'existence de problèmes émotionnels dans les deux groupes, sauf que l'altération de l'état émotionnel, touche de façon beaucoup plus marquée, les patientes du groupe reconstruction, ce qui est en totale contradiction avec notre troisième hypothèse. Nous confirmons cependant l'hypothèse partielle de cette troisième hypothèse puisque les résultats du Rorschach et ceux de l'EORTC QLQ-C30 sont en parfaite congruence.

Il n'y a donc pas de différences notables, aussi bien dans les dimensions du fonctionnement psychologique que de qualité de vie, et quand elles existent, elles sont, la plupart du temps, en faveur du groupe mastectomie, à l'exception de la sphère relationnelle qui est plus favorable pour le groupe mastectomie.

Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être formulées à ce sujet :

- les effets secondaires de l'intervention : douleurs au niveau du sein, du bras homolatéral et de l'épaule…, cicatrice supplémentaires au niveau des zones de prélèvement (dos, abdomen…) pouvant équivaloir à de nouvelles mutilations, perte de sensibilité du sein reconstruit…
- les retours répétés au bloc opératoire pouvant raviver le traumatisme de la mastectomie et de la perte,
- la déception par le résultat esthétique du nouveau sein qui ne peut prendre la valeur du sein d'origine (ce n'est pas pareil, disent-elles),
- le deuil avorté ou non encore élaboré du sein et la persistance du sentiment de perte…

Les études et travaux sur la question, ont montré, comme nous l'avons mentionné plus haut, les effets bénéfiques de la reconstruction mammaire, mais y mettent des préalables tels que le travail de deuil du sein perdu ou la préparation et l'accompagnement psychologique des patientes « reconstruites ».

Le soutien social des patientes, aussi bien par l'entourage que par les soignants est également un facteur favorisant l'amélioration de l'état psychologique des patientes et leur qualité de vie.

CONCLUSION

L'idée de mener cette recherche est née suite à la réalisation d'une étude sur » les effets psychologiques du cancer du sein chez les femmes de moins de 35 ans », en 2010, au centre anticancéreux « Pierre et Marie Curie » d'Alger.

Nous avons constaté, lors de la réalisation de cette étude, que certaines patientes refusaient l'idée même de se faire reconstruire le sein après l'ablation. Cela a suscité en nous moult interrogations sur les motifs de ce refus d'une chirurgie, qui se veut réparatrice et qui est considérée, par bon nombre de patientes et par les soignants, comme un acte salvateur, une panacée.

Par ailleurs, nous avons pu observer, à travers les entretiens que nous avons réalisés avec elles, que les patientes ayant une mastectomie seule n'étaient plus malheureuses que celles qui ont bénéficié d'une reconstruction.

C'est alors que nous nous sommes demandés si la reconstruction mammaire apportait réellement tous les bienfaits qui en étaient attendus et « prétendus » par les patientes, dont certaines la souhaitaient, et par les soignants.

Ce travail visait, au départ, à étudier la qualité de vie chez les patientes mastectomisées avec ou sans reconstruction, à partir des échelles standardisées de qualité de vie, à l'instar des études réalisées un peu partout dans le monde.

La découverte du Rorschach en système intégré, auquel nous avons eu la chance d'être formée, a suscité en nous, une autre curiosité. Il s'agissait dès lors pour nous, de nous pencher sur ce qui était, consciemment et délibérément, énoncé par les patientes et ce qui était de l'ordre de l'éprouvé, de ce qui pouvait se dérouler, à un niveau plus profond, dans leur fonctionnement psychologique.

C'est alors que nous avons assigné à notre travail un double objectif :

- Comparer le fonctionnement psychologique et la qualité de vie des patientes ayant subi une mastectomie, avec ou sans reconstruction, à distance du diagnostic et des traitements,

- Utiliser deux outils d'investigation, qui peuvent être considérés comme relevant d'approches différentes, afin d'en évaluer, au travers des résultats, leur compatibilité et leur congruence.

La conclusion à laquelle nous sommes parvenus, à travers cette recherche, est que contre toute attente, le rôle réparateur de la reconstruction mammaire est à relativiser. En effet, hormis la dimension des relations et des comportements interpersonnels, où les résultats sont à l'avantage du groupe reconstruction. Les différences observées dans les autres dimensions n'enregistrent pas de différences majeures, entre les deux groupes. Les quelques différences que nous avons pu observer, notamment dans la dimension des émotions et des affects sont plutôt en faveur du groupe mastectomie.

Est-ce à dire qu'il y a lieu de renoncer aux reconstructions mammaires après mastectomie ?

La réponse est évidemment non, mais il serait bon que l'on s'intéresse de plus près aux aspect psychologiques, dans la prise en charge des patientes et qu'un accompagnement des candidates à la reconstruction mammaire soit assuré, en amont et en aval de l'intervention, afin qu'elles puissent en tirer tous les bénéfices qui en sont attendus.

Concernant les outils de recherche que nous avons utilisés, nos résultats nous montrent une parfaite complémentarité, touchant des niveaux différents du fonctionnement psychologique, entre les résultats des échelles de qualité de vie et ceux du test de Rorschach en système intégré. Ce type d'investigation, alliant le perçu ou l'énoncé, à un niveau conscient et l'éprouvé à un niveau plus profond et inconscient, nous parait également intéressant, dans la mesure où il nous permet d'avoir une approche plus complète de la personne interrogée.

Au terme de ce travail, nous ne pouvons ignorer le fait qu'il présente, comme tout travail de recherche, un certain nombre d'insuffisances et de limites, dont nous citerons celles qui nous semblent les plus importantes.

- La taille de nos groupes de recherche est limitée et ne permet pas de prétendre à une quelconque généralisation. De même que l'hétérogénéité des deux groupes,

en raison de la difficulté et du temps mis à recruter les patientes du groupe reconstruction, ce qui justifie leur nombre relativement réduit, dans ce travail, n'a pas permis de faire une étude comparative à proprement parler. Cela ne remet, toutefois, pas en question l'intérêt de ce travail, qui a permis de faire ressortir les grandes tendances qui se dégagent de chaque groupe et d'apporter un éclairage sur la question étudiée, fut-il juste indicatif.

- Nous avons réalisé une étude transversale qui nous a renseignés sur l'état psychologique de nos patientes au moment de l'enquête. Cela ne met pas à l'abri de quelques biais relatifs à l'impact de la maladie cancéreuse elle-même ou d'autres problématiques et caractéristiques de la personne, abstraction faite du type de chirurgie.

- Les variables sociodémographiques n'ont pas été prises en ligne de compte, or nous pensons que certains facteurs tels que l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction ou la situation professionnelle pourraient être des facteurs influençant le vécu et la qualité de vie des patientes. Même si nous disposions de toutes ces données, il ne nous a pas semblé judicieux de répartir nos groupes, en fonction de ces variables au risque d'obtenir des effectifs extrêmement réduits, qui auraient remis en cause la significativité de nos résultats.

Malgré ses insuffisances, cette recherche nous permet de formuler quelques recommandations.

Au plan de l'accompagnement psychologique :

- Un examen psychologique minutieux, visant à évaluer la motivation profonde des candidates à la reconstruction mammaire, d'en détecter les éventuelles souffrances ou vulnérabilités nous parait très utile.

- Des séances d'éducation sanitaire, ou de psychoéducation, animées par le chirurgien, concernant la reconstruction mammaire, ses bénéfices et ses risques, aideraient les patientes à prendre leur décision en connaissance de cause.

- Il nous semble nécessaire, et les études déjà citées le confirment, avant de procéder à une reconstruction mammaire, de s'assurer que le travail de deuil du sein perdu, ainsi que l'intégration d'une nouvelle image de soi et d'acceptation de la maladie puisse se faire.

- Il serait utile qu'un accompagnement psychologique, dans le processus de deuil et de préparation à la reconstruction, soit assuré pour les femmes désireuses de se faire reconstruire.

- Il serait bon qu'une attention particulière soit portée aux patientes présentant des difficultés psychologiques, après reconstruction, pour une meilleure compréhension de leur état et qu'un accompagnement psychologique et, le cas échéant, un travail psychothérapeutique approprié leur soit proposé.

Au plan de la recherche :

- La réalisation de travaux, à partir d'échantillons plus importants, qui tiennent compte des différentes caractéristiques sociodémographiques des patientes, nous parait pertinente.

- Une étude longitudinale, avec des évaluations avant et à distance des traitements permettrait d'évaluer l'état psychologique des patientes, et de différencier les effets en lien avec la maladie cancéreuse de ceux liés au traitement.

- Dans le même ordre d'idées, une étude longitudinale, avant et après reconstruction mammaire, chez les mêmes patientes, aiderait à mieux évaluer les changements, positifs soient-ils ou négatifs, induits par cette dernière.

- L'utilisation d'un outil comme le Rorschach en système intégré, nous semble d'un apport indéniable, pour ce genre de travaux, en ce sens qu'il permet d'avoir une connaissance plus précise du fonctionnement psychologique des patientes et serait complémentaire aux différentes échelles qui pourraient être utilisées.

Même si le cancer du sein continue de tuer, les progrès réalisés dans son traitement ouvrent la voie à tous les espoirs. Les durées et les taux de survie de plus en plus

importants, suscitent de plus en plus d'intérêt pour la qualité de cette survie. La prise en compte des différentes dimensions de la personne dont la dimension psychologique revêt une importance capitale est, à notre sens, le garant du passage de la survie à une nouvelle vie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ait Sidhoum, M-A. (1987). À propos des problèmes culturels en relation avec l'utilisation des techniques projectives thématiques (le T.A.T et le D.P.I.) en milieu algérien. *Revue Algérienne de Psychologie et des sciences de l'éducation*, 3, 81-88.
2. Ait Sidhoum, M-A. (1992). Processus d'élaboration de la réponse Rorschach. *Psychologie*, 3, 113-131.
3. American Psychiatric Association. (1996). Manuel *diagnostique et statistique des Troubles mentaux* (4é éd.) (J. D. Guelfi (Ed.), Trans). Paris, France: Masson. (Original work published 1995).
4. American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2012). Depression and Anxiety. Repéré à: http://www.cancer.net.
5. Anderson, SG., Rodin, J., Ariyan, S. (1994). Treatment considerations in post mastectomy reconstruction: their relative importance and relationship to patient satisfaction. *Ann Plast Surg.* 33(3) : 263-70. Repéré à : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7985962
6. Andronikof-Sanglade, A. (1992). Repérer la dépression au Rorschach : Apport du Système Intégré (Exner). *Bulletin de la Société du Rorschach et des méthodes projectives de Langue Française*, 36, 41-50. doi : https://doi.org/10.3406/clini.1992.999. Repéré à : https://www.persee.fr/doc/clini_0373-6261_1992_num_36_1_999
7. Andronikof-Sanglade, A. (1995). Interpretation and the response process. *Rorschachiana* 20, 49–63. https://doi.org/10.1027/1192-5604.20.1.49.
8. Andronikof-Sanglade, A. (1998). Le Rorschach en Système Intégré dans l'évaluation psychologique : une nouvelle technique, un nouveau regard clinique. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 18, 135–138.
9. Andronikof-Sanglade, A. (2000). Use of the Rorschach Comprehensive System in Europe: state of the art. In: Dana, R. (Ed.), *Handbook of cross-cultural personality assessment*. Erlbaum, New Jersey, 329–344. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
10. Andronikof, A. (2004). Le Rorschach en système intégré : introduction. *Psychologie française*, 49, 1-5. doi : 10.1016/j.psfr.2003.11.005.

11. Andronikof, A. (2008a). Le Rorschach et les techniques projectives. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie*, 37-150-A-10. 1-12. doi : 10.1016/S0246-1072(08)40929-X.

12. Andronikof, A. (2008b). Exneriana-II-. The scientific legacy of john E. Exner, Jr. *Rorschachiana*, 29, 81-107. Repéré à : http://dx.doi.org/10.1027/1192-5604.29.2.81

13. Andronikof, A. (2010). Le Rorschach en système Intégré. Dans S. Sultan & L. Chudzki (Eds), *Du diagnostic au traitement. Rorschach et MMPI2,* (pp17-37). Ixelle, Belgique : Mardaga.

14. Andronikof, A. & Réveillère, C. (2004). Rorschach et Psychiatrie : à la découverte du malade derrière la maladie. *Psychologie française*, 49, 95-110. doi : 10.1016/j.psfr.2004.02.001.

15. Asken, MJ. (1975). Psychoemotional aspects of mastectomy: A review of recent literature. *Am J Psychiatry*. 132: 56-59.

16. Baas, C., Henry, M., Mathelin, C. (2008). Les reconstructions mammaires : enjeux médicaux et psychologiques. *Psychooncologie*. 2 : 71. Repéré à : https://doi.org/10.1007/s11839-008-0074-0

17. Bacqué, M-F. (2008a). Nouvelles approches des relations entre sexualité et cancers. *Le carnet psy.* 4(126). 41-45. doi 10.3917/lcp.126.0041.

18. Bacqué, M-F. (2008b). Reconstruire le corps…une complexité inouïe. *Psychooncologie*. 2 : 69-70. doi : https://doi.org/10.1007/s11839-008-0081-1.

19. Bacqué, M-F., Baillet, (2009). *La force du lien face au cancer*. Paris, France : Odile Jacob.

20. Baize, N., Mounier, N., Bongain, A. & Spano, JP. (2008). Féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie. *Bull Cancer ;* 95 (9) : 849-857. doi : 10.1684/bdc.2008.0702

21. Beckmann, J., Ditlev, G., Blichert-Toft, M. (1981). Image du corps après mastectomie. *Senologia*. 6: 185-189.

22. Belkacemi, Y., Boussen, H., Hamdi-Cherif, M., Benider, A., Errihani, H., Mrabti, H. (…), Gligorov, J., (2010, Novembre), *Épidémiologie des cancers du sein de la femme jeune en Afrique du Nord.* Communication présentée aux 32es Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire, Strasbourg. Repéré à : documents.irevues.Inist.fr/bitsream/handle/2042/38705/SFPSM_2010_56.Pdf.

23. Benouniche, S. (1980). Pratique actuelle de la méthode des tests en Algérie. *Psychologie française*, 3, 257-273.

24. Bobin J-Y., Guiochet N. (2002), Guérie d'un cancer du sein. *Bulletin du cancer*, vol 89, n°6, 579-587, Le cancéreux guéri. Repéré à : http://www.jle.com/e-docs/00/01/13/8E/article.phtml.

25. Brédart, A., Coens, C., Aaronson, N., Chie, W. C., Efficace, F., Conroy, T., et al. (2007). Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. *Eur J Cancer*, 43(2), 323-330. doi :10.1016/j.ejca.2006.10.016.

26. Broeckel, JA., Thors, CL., Jacobsen, PB., Small, M., Cox, CE. (2002). Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat*. 75(3):241–248. Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12353813.

27. Brouchoven de Bergeyck, E., Detollenaere, C., Dufrane, B., Moillard, F., Rahie & Stasse, C. (2013). Chapitre 5. Le cancer du sein. Dans M. Mikolajczak. *Les interventions en psychologie de la santé.* (pp.85-102). Dunod « Psycho Sup ». doi 10.3917. Repéré à : http://www.cairn.info/les-interventions-en-psychologie-de-lasante--9782100587780-page-85.htm.

28. Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts et modèles en psychologie de la santé. *Recherche en soins infirmier* n°67, 4-39.

29. Bruchon-Schweitzer M. (2002). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.

30. Boucebci, M. (2007). La psychopathologie au regard de la culture. *L'évolution psychiatrique*, 72, 789-802.

31. Burwell SR, Case LD, Kaelin C, Avis NE. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol*. 24: 2815-2821.

32. Cappiello, M., Regina, S., Cunningham, M., Knobf, T., Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors: information and support after treatment. *Clin Nurs Res.* 16:278-93. doi :10.1177/1054773807306553. Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17991908

33. Castro, D., Meljac, C., Joubert, B. (1996). Pratiques et outils des psychologues cliniciens français : les enseignements d'une enquête. *Pratiques Psychologiques*, 4, 73–80.

34. Castro, D. (2006). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte, Wais-III, MMPI-2, Rorschach, T.A.T.* Paris, France : Dunod.

35. Cocquyt, VF, Blondeel, PN., Depypere, HT., Van De Sijpe, KA., Daems, KK., Monstrey, SJ. et Van Belle, SJ. (2003). Better cosmetic results and comparable quality of life after skin-sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction compared to breast conservative treatment. *Br J Plast Surg.* 56(5):462-70. doi : https://doi.org/10.1016/S0007-1226(03)00198-X. Repéré à : www.jprasurg.com/article/S0007-1226(03)00198-X/fulltext.

36. Collins, B. (2012, Mars). *« Chemofog »Impact du cancer et des traitements sur les fonctions cognitives. Où en sommes-nous en 2010 ?* Communication présentée au 2ème symposium Fonctions Cognitives et Cancer. Cancéropole Nord-Ouest. France : Trouville- Sur-Mer.

37. Corsten, LA., Suduikis, SV., Donegan, WL. (1992). Patient satisfaction with breast reconstruction. *Wisconsin Medical Journal.* 91(3):125-6, 129. Repéré à: https://europepmc.org/abstract/med/1615697

38. Costanzo, ES., Lutgendorf, SK., Mattes, ML., Trehan, S., Robinson, CB., Tewfik, F., Roman, SL. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *Br J Cancer.* 97:1625-31. doi : 10.1038/sj.bjc.6604091. Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18000503

39. Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., Rascle, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la W.C.C. (Ways of Coping Checklist). *Psychologie Française, 41*(2), 155-164

40. Dancey, Ch. P., & Reidy, J. (2007). *Statistiques sans maths pour psychologues. SPSS pour Windows, QCM et exercices corrigés* (N. Gauvrit, Trans). Bruxelles, Belgique : Éditions De Boeck Université. (Original work published 2004).

41. Dauchy S., Rouby, P. (2006). *Aspects psychologiques du cancer du sein de la femme jeune*. 28es journées de la SFSPM. Lille. Repéré à : http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9814/SFSPM_2006_13_322.pdf? sequence=1.

42. Dauchy, S., Rouby, P. (2007). Aspects psycho-oncologique dans Morere J.E., Penault-L., Laurca, F., Aapro, M., Salomon, R. (Eds). *Oncologie pratique : le cancer du sein*. (291-313). Paris, France : Springer.

43. De Bock, GH., Van der Hage, JA., Putter, H., Bonnema, J., Bartelink, H, Van de Velde, CJ. (2006). Isolated Loco-regional Recurrence of Breast Cancer is more Common in Young Patients and Following Breast Conserving Therapy: Long-term results of European Organization for Research and Treatment of Cancer Studies », *European Journal of Cancer*, 42: 351-356. doi: 10.1016/j.ejca.2005.10.006.

44. Dejode, M., Bordes, M., Jaffré, I., Classe, J.-M. &. Dravet, F. (2011). Résultats oncologiques, fonctionnels et esthétiques ; évaluation de la qualité de vie après reconstruction mammaire par lambeau de muscle grand dorsal. À propos d'une série rétrospective de 450 patientes. Annales de chirurgie plastique esthétique. 56(3).207-15. doi : 10.1016/j.anplas.2011.01.003. Repéré à : www.em-consult.com/en/article/297200.

45. De Raaff, C.A.L., Derks, E.A-J., Torensma, B., Honig, A., et Vrouenraets, B.C. (2016). Breast reconstruction after mastectomy: does it decrease depression at the long-term? *Gland Surg*. 5(4) : 377–384. doi: 10.21037/gs.2016.05.02. Repéré à : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4971354/

46. Derogatis, LR., Morrow, GR., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, AM., Henrichs, M. & Carnicke, CL Jr. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*.751-757. doi 10.1001/ JAMA.1983, 033303000335030.

47. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) (2006). Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic. Études et résultats. N°486, mai 2006. Repéré à : http://www.sante.gouv.fr/drees/etuderesultat.

48. Dupont, A., Antoine, P., Reich, M., Bève, C. (2007). Qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein : impact de la chirurgie et de l'hormonothérapie. *Psycho-Oncologie*. 1 : 174-178, Paris, Springer.

49. EORTC, Q.o.l.g., *The EORTC QLQ-C30 Manuals, Reference Values and Bibliography*. 2002 (EORTC Quality of Life Unit).

50. Espié, M. (2003). A propos de la crainte de l'effondrement et autres situations cliniques de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron.*173, 84-92. doi : 10.3917/cohe.173.0084.

51. Exner, J. E. (1995). *Le Rorschach : un Système intégré* (A. Andronikof, Trans.). Paris, France : Editions Frison-Roche. (Original work published 1974).

52. Exner, J. E. (2001). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système* intégré (A. Andronikof, Trans.). Paris, France: Editions Frison-Roche. (Original work published 1976).

53. Exner, J. E. (2003). *Manuel d'interprétation du Rorschach en Système Intégré*. (A. Andronikof, Trans.). Paris, France: Editions Frison-Roche. (Original work published 2000).

54. Fehlauer, F., Tribius, S., Höller, U., Rades, D., Kuhlmey, A., Bajrovic, A., et al. (2003). Long-term radiation sequela after breast-conserving therapy in women with early-stage breast cancer : an observational study using the LENT-SOMA scoring system. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 55: 651-658.

55. Fobair. P., Stewart, SL., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, PJ., Bloom, JR. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho oncology.* 15 : 579-594.

56. Folkman, S., Lazarus, R.S. (1986). Appraisal, coping, health statue and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 3*(571-579<).

57. Franks, H.M., Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology, 15*, 1027-1037.

58. Freud, S. (1919/1985). *L'inquiétante étrangeté.* Paris, France : Gallimard.

59. Frick, E. (2006). L'accompagnement des malades cancéreux : Un défi pour la psychothérapie. *Études*, tome 405,(11), 485-495. Repéré à : https://www.cairn.info/revue-etudes-2006-11-page-485.htm.

60. Ganz, PA., Kwan, L., Stanton, AL., Krupnick, JL., Rowland, JH., Meyerowitz, BE., et al.(2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst*; 96: 376-387.

61. Gérat-Muller, V. (2012). *Répression et dynamique psychique de la détresse énoncée et éprouvée chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.* (Doctoral dissertation). Université de Bordeaux II.

62. Gérat-Muller, V., Andronikof, A., Cousson-Gélie, F., Grondin, O. & Doron, J. (2015). Vécu du cancer du sein entre discours et éprouvé. Dynamiques psychiques chez des femmes atteintes d'un cancer du sein : anxiété et dépression entre sentiments et émotions. *Psycho-Oncol,* 5, 219-226. doi 10.1007/s11839-011-0347-x.

63. Giffard, B., Lange, M., Leger, I. (2015). Les troubles cognitifs légers liés au cancer : comment et à quelles fins les évaluer en consultation neuropsychologique ? *Revue de neuropsychologie.* 2(7) : 127-134. doi 10.1684/nrp.2015.0344. Repéré à : http://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2015-2-page-127-htm.

64. Gilboa, D., Borenstein, A., Floro. S., Shafir, R., Falach, H., Tsur, H. (1990). Emotional and psychosocial adjustment of women to breast reconstruction and detection of subgroups at risk for psychological morbidity. *Annals of Plastic Surgery*. 25(5):397-401. Repéré à : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2256652.

65. Gimenez, G., Norbert, S., Antoni, F. (1998). Cancer du sein, mécanismes de défense et psychose. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. 1289-2130 (23-27) repéré à : vinatier.reseaudoc.fr/index.php ? lvl=bulletin_display&id=6480>,<hal-01387133>

66. Godefroid, J. O. (2001). Les champs et les méthodes. *Psychologie, Science Humaine et Science Cognitive*. Bruxelles : Éditions De Boeck Université, 81-115.

67. Gros D. (2005). Comment aimer avec un sein en moins et un cancer en plus ? *Rev. Fr. Psychooncologie.* 3 : 145-150.

68. Haan, N. (1965). Coping and defense mechanisms related to personality inventories. *Journal of Consulting Psychology, 29*, 373-378.

69. Hamdi-Cherif, M. (2010, Avril). *Enregistrement du cancer du sein en Algérie, Contexte et évolution.* communication présentée aux journées francophones de lutte contre le cancer pour les pays en voie de développement, Montpellier.

70. Hamdi-Cherif, M., Bidoli, E., Birri, S., Mahnane, A., Zaidi, Z., Boukharouba, H., Moussaoui, H., Kara. L, Ayat, A., Makhloufi, K., Bouchaibi, I., Atoui, Virdone, S., Serraino, D. (2015). Cancer estimation of incidence and survival in Algeria 2014. Journal of Cancer Research & Therapy.3 (9). 100 – 104. http://dx.doi.org/10.14312/2052-4994.2015-14

71. Hamelin-Brelet, P. (2012). *Communication familiale, construction en faux-self et cancer du sein.* (Doctoral dissertation). Université de Franche-Comté.

72. Handel, N., Silverstein, MJ., Waisman, E., Waisman, JR. (1990). Reasons why mastectomy patients do not have breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 86(6):1118-22; Repéré à : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2243854

73. Hannoun-Levi, J.M. (2005). Traitement du cancer du sein et de l'utérus : impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle. *Cancer/Radiothérapie,* 9 (3) : 175–182. doi : 10.1016/j.canrad.2004.11.005.

74. Hartmann, A. (2007). *Étude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur « accompagnant-référent »* (Doctoral dissertation). Université de Haute-Bretagne, Rennes II.

75. Hassas Boumghar, L. (2013, Avril). *Cancer du sein de la femme jeune : Etude sur le plan psychologique de 40 patientes traitées*. Communication présentée à la 6ème journée d'oncopsychologie sous le thème : « qualité de vie et cancers », Alger.

76. Hassas Boumghar L, Samaï- Haddadi, D. (2014). Cancer du sein : qualité de vie et stratégie de coping après chirurgie à travers les échelles cognitives et le Rorschach en système intégré – Illustration clinique. *Etudes psychologique et éducatives*, 12, 23-48.

77. Hassas Boumghar, L. (2016, Novembre). *Annonce d'un cancer du sein*. Communication présentée aux 1ères journées de l'EHS en LCC, Blida.

78. Hawkins, Y., Ussher, J., Gilbert, E., Perz, J., Sandoval, M., Sundquist, K. (2009) Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer. *Cancer nursing*. 32(4). Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19444088

79. He, Z-Y., Tong, Q., Wu, S-G., Li, F-Y., Lin, H-X. & Guan, S-S. (2012). A comparison of quality of life and satisfaction of women with early-stage breast cancer treated with breast conserving therapy vs. mastectomy in southern China. *Support Care Cancer.* 20:2441–2449. Repéré à : www.researchgate.net/publication/221740985

80. Heron, J-F. (2000). *Psychologie et cancer*. repéré à : http://www.oncoprof.net/Generale2000/g13_Psychologie/g13_ps01.php.

81. Holland, J.C. (1999). Practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*. 13, 459-507.

82. Ho Qoc, C., Delay, E. (2012). Reconstruction mammaire après mastectomie. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, vol 42, n°1 (29 – 39), doi 10.1016/j-jgyn

83. Kacha, N. (2011). Conte de grand-mère. Contribution à l'histoire de la psychologie clinique en Algérie. *Psychologie*, 18, 29-37.

84. Kaplan H. (1992). A neglected issue: The sexual side effects of current treatment for breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 18: 3-19. https://doi.org/10. 1080/00926239208404354.

85. Karami, S., Young, H.A., HENSON, D.E. (2007) Earlier Age at Diagnosis: Another Dimension in Cancer Disparity? *Cancer Detection and Prevention*, 31: 29-34. doi: https://doi.org/10.1016/j.cdp.2006.11.004

86. Khayat, D. (2005). *Les chemins de l'espoir : comprendre le cancer pour l'éviter et le vaincre*. Paris, France : Éditions livre de poche.

87. Knobf, M T. (2007). Psychosocial Responses in Breast Cancer Survivors, *Seminars in Oncology Nursing*, 23, 1: 71-83. doi: 10.1016/j.soncn.2006.11.009.

88. Krishnan L, Stanton AL, Collins CA, Liston VE, Jewel WR., (2001) Form and function? Part 2: objective cosmetic and functional correlates of quality of life in women treated with breast conserving surgical procedure and radiotherapy. *Cancer.* 15(12). (2282-7). Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11413516

89. Kübler-Ross, E. (1975/2010). *Les derniers instants de la vie*. Genève, Suisse : Labor et Fides.

90. Lafaye, A. (2009). *Effets acteurs partenaires du soutien social et des stratégies de coping sur la qualité de vie et les troubles anxiodépressifs de patients atteints d'un cancer de la prostate et de leur conjointe*. (Doctoral dissertation). Université de Bordeaux.

91. Lange, M., Leger-Hardy, I. (2017). Plaintes cognitives induites par les traitements en cancérologie. *La lettre du cancérologue.* XXVI (4). Repéré à : https://www.researchgate.net/publication/317358034.

92. Lazarus, R.S., Launier, R. (1978). Stress-related Transactions between Person and environment. In Pervin, L.A., Lewis, M. (Ed.), *Perspectives in interactional Psychology* (pp. 287-327). New York: Plenum. Repéré à : http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7_12

93. Lazarus R., Folkman S. — (1984) *Stress, appraisal and coping*, New York. USA: Springer.

94. Le Corroller-Soriano, A-G., Bouhnik, A-D., Auquier, P., Moatti, J-P. (2008). La qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein : une analyse par classe d'âge. *La vie deux ans après le diagnostic de cancer : Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades*. DREES. INSERM. Collection études et statistiques (217-27). Repéré à : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf

95. Leplège, A., Coste, J. (2002). *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthode et applications.* Paris. France : Estem.

96. Leplège, A. (2008). Réflexions sur la mesure de la qualité de vie en cancérologie. In DREES (Ed.), *La vie deux ans après le diagnostic de cancer* (pp. 195-203). Paris : La Documentation Française.

97. Leidy, N.K., Revicki, D.A., Geneste, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value Health*. **2**(2): (113-27). Repéré à : https://core.ac.uk/download/pdf/82284518.pdf.

98. Liebens, F. Aimont, M. (2003). Qualité de vie et cancer du sein. Repéré à : http://www.europadonna.be/fr/dossiers/articles/articles-informations/news_2003-05_quality_of_life.html.

99. Mc Crae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses. Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 919-928.

100. Mehnert, A., Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for Psychosocial Support in a cancer Register-based Sample of Long-term Breast Cancer Survivors ». *Journal of Psychosomatic Research*, 64: 383-391. doi : 10.1016/j.jpsychores.2007.12.005.

101. Mercier, M., Schraub, S. (2005, Novembre). *Qualité de vie : quels outils de mesure ?* Communication présentée aux 27es journées de la SFSPM, Deauville, France.

102. Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., Dies, R.R., 2001. Psychological testing and psychological assessment. *American psychologist* 56, 128–165.

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

104. Montazeri A. (2008b). Health related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research.* 27(1):32. doi : 10.1186/1756-9966-27-32. Repéré à : researchgate.net/publication/23226296.

105. Myers, J.S. (2012). Chemotherapy-related cognitive impairment: the breast cancer experience. *Oncology Nursing Forum.* (39)1:E31-40. doi : 10.1188/12-ONF.E31-E40. Repéré à : ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22201666.

106. Nikbakhch, N., Moudi, S., Abbasian, S., Khafri, S. (2014). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian J Intern Med.* 5(3): 167-170.

107. Nissen, MJ., Swenson, KK., Ritz, LL., Farell, JB., Sladek, ML., Lally, RM., (2001). Quality of life after breast carcinoma surgery, a comparison of three surgical procedures. *Cancer*. 91(7) : (1238-46). Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11413515.

108. OMS (2018). http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/

109. Parker, PA. (2004). Breast Reconstruction and Psychosocial Adjustment: What Have We Learned and Where Do We Go from Here? *Seminars in plastic surgey.* 18(2) : (131-8) doi: 10.1055/s-2004-829047. Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2884727/

110. Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique* 92 (4) : 545-557. doi : 10.3406/psy.1992.29539. Repéré à : http://www.persee.fr/web/revues/home/ prescript/article/psy_0003-033_1992_num_92_4_29539.

111. Phaneuf, M. (2005/2013) Cancer, mécanismes d'adaptation et de défense et interventions infirmières. Inf. PhD. Université d'Évora, et l'École Universitaire Bissaya-Baretto, Coimbra, Portugal, repéré à : http://www.prendresoin.org/wpcontent/uploads/ 2013/03/Mecanismes-dadaptation-et-de-de%CC%81fense-chez-le-malade-cancZ%CC%8Creux.pdf.

112. Potier, A. (2008, Juin). Les maux de l'annonce : de la détresse des patients aux interrogations des médecins. Communication présentée au Colloque International Sciences Humaines et Cancérologie. Besançon, France, Repéré à : http://www.oncolie.fr/wp-content/uploads/2009/10/Acte-colloque-SHS.pdf

113. Proia-Lelouey, N., Lemoignie, S. (2012). Couples face au cancer. ERES/ Dialogue 197 (3), 69-79. Repéré à : http://www.cairn.info/revue-dialogue-2012-3-page-69.htm.

114. Reaby, LL., Hort, LK., Vandervord, J. (1995). Body image, self-concept, and self-esteem in women who had a mastectomy and either wore an external breast prosthesis or had breast reconstruction and women who had not experienced mastectomy. *Health Care Women Int*. 15(5):361-75. doi: 10.1080/07399339409516129. Repéré à : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8002421

115. Reich, M. (2008). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. Paper presented at the 27th Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Lille 24-27 septembre 2008. John Libbey Eurotext / *L'information psychiatrique*, 85 (3), 247 – 254. Repéré à : http://www.cairn.info/revue-l'information-psychiatrique-2009-3-page-247.htm.

116. Reuchlin M (1969), *Les méthodes en psychologie*, Paris, France : P.U.F., 5ème édition 1973.

117. Revidi, P. (1986) Facteurs d'agression et mécanismes de défense du moi dans les maladies somatiques graves, *Annales de Psychiatrie*, 1, 87-98.

118. Revidi, P. (1994). Réactions psychologiques aux affections somatiques graves, *Traités EMC « Psychiatrie »* [37-675-A-20].

119. Reynaert, C., Libert, Y. & Janne, P (2001) « Psychogenèse » du cancer : vers une piste psycho-neuro-endocrino-immunologique ? *Ann Méd Psychol*, 159 (4), 273-284. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Repéré à : http://www.em-consulte.com.

120. Richard, M.S. (2004), *Soigner la relation en fin de vie*. Paris, France : Dunod.

121. Romano, H. (2010). L'annonce d'un diagnostic grave. *La revue de médecine interne*. 31(9). 626-630. doi : 10.1016/j. revmed.

122. Rorschach, H. (1947/1993). *Psychodiagnostic : méthode et résultats d'une expérience diagnostique de perception, interprétation libre de formes fortuites (*A. Ombredane & A. Landau, Trans.). Paris, France : Presse Universitaire de France. (Original work published, 1921).

123. Rothemund, Y., Grüsser, SM., Liebeskind, U., Schlag, PM., Flor, H. (2004). Phantom phenomena in mastectomized patients and their relation to chronic and acute pre-mastectomy pain. Pain; 107: 140-6).

124. Rotonda, C. (2011). Qualité de Vie et Fatigue en Cancérologie : Cancer colorectal et Cancer du sein. (Doctoral dissertation). Université Henri Poincaré.

125. Rowland, JH., Holland. JC. (1991). Patient rehabilitation and support. Psychologic reactions to breast cancer and its treatment. In: Harris JR, Hellman S, Henderson IC, Kinne DW, editors. *Breast diseases*. Philadelphia : JB Lippincott Compagny. 849-66 :271-80. doi : 10.1097/NCC.0b013e31819b5a93.

126. Rowland, JH., Desmond, KA., Meyerowitz, BE., Belin, TR., Wyatt, GE., Ganz, PA. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 92 (17). 1422–1429. https://doi.org/10.1093/jnci/92.17.1422.

127. Ruszniewski, M. (1999). *Face à la maladie grave, patients, famille, soignants.* Paris, France : Dunod.

128. Ryan, H., Schofield, P., Cockbum, J. & al. (2005). How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *Cancer*, 14 (1), 7-15.

129. Saltel, P., Terra, J-L., Fresco R. (1994). Troubles psychiques en cancérologie. *Traités EMC « Psychiatrie »* [37-675-A-10].

130. Samai-Haddadi, D. (1999). Que faire de l'implication dans l'examen psychologique ? *Psychologie*, 7, 39-61.

131. Samai-Haddadi, D. (Ed). (2010). *Psychologie et psychopathologie des traumatismes et des maladies somatiques*. Alger, Algérie : Office des Publications Universitaires.

132. Samai-Haddadi, D. et al. (2015). *Étude normative franco-algérienne du Rorschach en Système Intégré : Rapport d'activité 2015*. Unpublished document, Laboratoire de Psychologie Clinique et Métrique, Alger.

133. Schilder P. (1935, 1968). *L'Image du corps : Études des forces constructives de la psyché*. Paris : Gallimard.

134. Schraub, S., Mercier, M. (2002). Mesure de la qualité de vie. Concept, intérêt, instruments. Dans S. Schraub and T. Conroy. *Qualité de vie et cancérologie*, Paris, France : John Libbey Eurotext, 1-8.

135. Schraub, S. (2007). *Médecines parallèles et cancer : analyse sociologique 1962–2006* (Doctoral dissertation). Université Marc Bloch sciences humaines, Strasbourg.

136. Segrestan-Crouzet (2010). *Évolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein – rôle des facteurs psychosociaux et influence réciproque des deux membres de la dyade* (Doctoral dissertation). Université de Bordeaux 2.

137. Septans, A-L. (2014*). Méthodologie pour l'évaluation de la qualité de vie adaptée à la fin de vie des patients atteints d'un cancer* (Doctoral dissertation). Université de Franche-Comté.

138. Sheppard, L., Ely, S. (2008). Breast cancer and sexuality. *The Breast Journal*. 14(2). 176-181. Repéré à : https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2007.00550.x.

139. Si Moussi, A. (1992). Techniques projectives et univers scolaire. *Psychologie*, 3, 65-87.

140. Spieth, L.E., Harris, C.V. (1996). Assessment of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Psychology*. 21 (2), (175-193). Repéré à : https://pdfs.semanticscholar.org/6e86/59eb19f216abab20d129d065a8e76b4f2ab5.pdf.

141. Sprangers, M.A., Groenvold, M., Arraras, JI., Franklin, J., De Velde, A., Muller, M., Franzini, L., Williams, A., De Haes, HC., Hopwood, P., Cull, A., Aaronson, NK. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol*. 14(10): 756-68. doi : 10.1200/JCO.1996.14.10.2756.

142. Stanton, AL., Krishnan, L., Collins, CA. (2001). Form and function? Part 1: subjective cosmetic and functional correlates of quality of life in women treated with breast conserving surgical procedures and radiotherapy. *Cancer*. 15(12). (2273-81). Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11413515.

143. Staps, T. Hoogenhout, J. Wobbes, T. (1985). Phantom breast sensations following mastectomy. *Cancer*. 56:2898–2901. https://doi.org/10.1002/1097-0142(19851215)56:12<2898::AID-CNCR2820561229>3.0.CO;2-J.

144. Stead, ML. (2003). Sexual dysfunction after treatment for gynecologic and breast malignancies. Curr Opin Obstet Gynecol. 15: 57-61. doi : 10.1097/01.gco.0000051561.77832.72

145. Steptoe, A. (1991), *Psychologie de la réaction au stress.* Collection Scientifique Stablon, Neuilly-sur-Seine, France : Ardix médical.

146. Sultan, S., Andronikof, A., Fouques, D., Lemmel, G., Mormont. Réveillère, C & Saïas, T. (2004). Vers des normes francophones pour le Rorschach en système intégré : premiers résultats sur un échantillon de 146 adultes. *Psychologie française 49, 7–24.* doi:10.1016/j.psfr.2003.11.002

147. Toualbi, N. (1975). *La circoncision*. *Blessure narcissique ou promotion sociale*. Alger, Algérie : ENAL

148. Toualbi, R. (1980). *Les attitudes et les représentations du mariage chez la jeune fille algérienne*. Alger, Algérie : ENAL.

149. Tubiana, M. (1992). *La lumière dans l'ombre : le cancer hier et demain.* Paris, France : Odile Jacob.

150. Untas A., Quintard M., Koleck J. Borteyrou X., Azencot A. (2009). impact de la gestion dyadique du stress sur l'ajustement à une reconstruction mammaire différée après cancer. *Annales Médicopsychologiques.* 167 (134–141). Repéré à : www.sciencedirect.com.

151. Velten, M., Klein, D., Lemoisson, E., Puyraveau, M., Danzon, A., Dalstein, V., Pozet, A., Guizard, A-V., Henry-Amar, M., Mercier, M. (2010). *Qualité de vie et réinsertion après cancer du sein en France : étude comparative à partir de trois registres des cancers*. Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique EA 3430, Université de Strasbourg, Centre régional de lutte contre le cancer Paul Strauss, Strasbourg.

152. Ware, J.E. Jr. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Car.*, **30**(6) 473-83. Repéré à: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593914.

153. Wilson, I.B., Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 273(1), (59-65). Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7996652.

154. White, CA. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psychooncology*; 9: 183-92.

155. World Health Organization, *The first ten years of the World Health Organization.* 1948.

156. Whoqol Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol). *Quality of Life Research, 2*, 153-159.

157. Wolf-Fédida, M. (2006). La correspondance d'Hermann Rorschach de 1902 à 1922. *Psychologie clinique et projective*, 12, 277-99.

158. Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol.* 52(4) : (355-63). Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10235176.

159. Yaker, A. (1984). *Cancérologie générale*. Alger, Algérie : Office des Publications Universitaires.

160. Yurek, D., Farrar, W., Andersen, BL. (2000). Breast cancer surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *J Consult Clin Psychol.* 68(4):697-709. Repéré à : www.ncbi.nlm.nih.gov/ PubMed/10965644.

161. فرقاني ل. (2017). أهمية الكوكبة الانتحارية لرورشاخ النظام الإدماجي في التشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري. دراسة عيادية لمجموعة سيكاترية جزائرية. أطروحة لنيل شهادة دكتواره العلوم في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر 2.

162. سي موسي، ع. وبن خليفة، م. (2008). *علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الإسقاطية*. بن عكنون، *الجزائر*: ديوان المطبوعات الجامعية.

163. وندلوس بوتلجة، ن. (2014). *أهمية التناول النسقي في الكشف عن المعاناة النفسية والكفاءات الفردية والعائلية لدى مرضى السرطان وعائلاتهم*. أطروحة لنيل شهادة دكتواره العلوم في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر2.

ANNEXES

Annexe n° 1

Formulaire de consentement éclairé des participantes à l'enquête de terrain de la thèse de doctorat intitulée :

« Fonctionnement psychologique à travers le Rorschach en système intégré et qualité de vie chez les femmes atteinte d'un cancer du sein : étude comparative entre un groupe mastectomie et un groupe reconstruction mammaire »

de madame Leïla Hassas Boumghar

Ce consentement est établi en 2 exemplaire dont un est remis à l'enquêtée

Mme, Melle……

Adresse……

Je déclare accepter de participer à cette recherche après avoir été informée de sa nature et son objectif, de même que j'ai été informée que j'étais libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela n'influe en aucun cas sur les traitements que je reçois.

J'ai été informée que toutes les informations me concernant resteront strictement confidentielles, conformément à la règle du secret professionnel, de même que j'ai été informée que les résultats de cette recherche seront publiés, sans que cela ne porte atteinte à ma vie privée et dans le strict respect de cette dernière.

Mon consentement ne décharge pas la chercheuse de sa responsabilité toute entière dans cette recherche et je déclare avoir reçu toutes les informations nécessaires et que je consens, en toute liberté, à participer à ce travail, en sachant que tous mes droits, dans ce cadre, sont préservés.

Fait à …….…… le …….

L'enquêtée La chercheuse

Annexe n° 2

استمارة الموافقة للمشاركات في البحث الميداني لأطروحة الدكتوراه بعنوان

« Fonctionnement psychologique à travers le Rorschach en système intégré et qualité de vie chez les femmes atteinte d'un cancer du sein : étude comparative entre un groupe mastectomie et un groupe reconstruction mammaire »

للسيدة ليلى حساس بومغار

تطبع هذه الاستمارة في نسختين تسلم واحدة منها للمبحوثة

أنا الآنسة، السيدة : .....

العنوان : .....

أصرح بموافقتي على المشاركة قي هذا البحث بعد أن تم إعلامي بطبيعته والهدف منه، كما تم إخباري أنني أملك الحرية التامة بالموافقة أو الرفض للمشاركة دون أن يؤثر ذلك بأي حال من الأحوال على العلاج الذي أتلقاه.

لقد تم إخباري أن كل المعطيات الشخصية المتعلقة بي ستبقى سرية طبقا لقانون سر المهنة، كما تم إخباري بإمكانية نشر نتائج هذا البحث دون المساس بالمعلومات المتعلقة بحياتي الشخصية وفي الاحترام التام لها.

إن موافقتي هذه لا تعفي الباحثة من مسؤوليتها التامة في هذا البحث وأنا أدلي بصريح العبارة أنني تلقيت كل المعلومات اللازمة وأوافق بالمشاركة بكل حرية مع العلم أن كل حقوقي في هذا الإطار محفوظة.

حرر بتاريخ.....

توقيع المبحوثة **توقيع الباحثة**

Annexe n° 3

QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE
EORTC QLQ-C30 version 3

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise « réponse ». Ces informations sont strictement confidentielles.

Vos initiales……
Date de naissance……
La date d'aujourd'hui…….

Au cours de la semaine passée	**Pas du tout**	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions ou une valise ?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un petit tour dehors ?	1	2	3	4
4. Êtes-vous obligé de rester sur un lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller au W.C. ?	1	2	3	4
6. Êtes-vous limitée d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
7. Êtes-vous totalement incapable d'accomplir votre travail ou vos tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée	**Pas du tout**	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
8. Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu mal ?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous sentie faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi ?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipée ?	1	2	3	4
	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée	**Pas du tout**	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
17. Avez-vous eu la diarrhée ?	1	2	3	4
18. Étiez-vous fatiguée ?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous sentie tendue ?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous sentie irritable ?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous sentie déprimée ?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines	1	2	3	4

choses ?

26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités FAMILIALES ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités SOCIALES (par exemple sortir avec des amis, aller au cinéma…) ?	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	1	2	3	4

POUR LES QUESTIONS SUIVANTES, VEUILLEZ REPONDRE EN ENTOURANT LE CHIFFRE DE 1 À 7 QUI S'APPLIQUE LE MIEUX À VOTRE SITUATION

29. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre ETAT PHYSIQUE au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent

29. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre QUALITE DE VIE au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent

Annexe n° 4

استبيان نوعية الحياة الخاص بمرضى السرطان(QLQ – C30)

مادا بيا نعرف شي حوايج عليك وعلى صحتك. درك نسقسيك وقولي لي واش لجواب اللي يوالم لحالتك. مكاش جواب صحيح ولا غالط، وكل المعلومات اللي تعطيها لي راح تبقى سرية.

إسمك:

تاريخ الزيادة ديالك (النهار، الشهر، العام) /.../.../...//.../.../.../.../...

تاريخ اليوم (النهار، الشهر، العام) /.../.../...//.../.../.../.../...

فالسمانة اللي فاتت	لالا	ماشي حاجة	شوية شوية	بزاف
1-يجبك صعيب باش تديري حاجة متعوبة كيما ترفدي قفة تقيلة ولا فليزة؟	1	2	3	4
2-تعياي كتتمشاي بزاف؟.....	1	2	3	4
3-تعياي كتضربي دورة صغيرة بره (تتمشاي شوية)؟.....	1	2	3	4
4-تحتاجي باش تبقاي فالفراش ولا تقعدي كتكوني فالدار؟.....	1	2	3	4
5-تحتاجي كاش واحد يعونك فالماكلة، فاللباس، فالغسيل ولا كتروحي ليتوالات (لبيت الراحة)؟.....	1	2	3	4
فالسمانة اللي فاتت				
6-حسيتي روحك مجينية باش تديري خدمتك ولا شغالاتك تاع كل يوم؟	1	2	3	4
7-حسيتي روحك مجينية باش تديري حاجات لتحبيهم، لتنحي بهم على خاطرك (الهوايات ديالك)؟.....	1	2	3	4
8-جاك ضيق فالتنفس، كانت عندك النهجة؟.....	1	2	3	4
9-كان عندك الوجع، السطر؟.....	1	2	3	4
10-احتاجيتي للراحة؟.....	1	2	3	4
11-الرقاد جاك صعيب؟.....	1	2	3	4
12-حسيتي روحك ضعيفة، مفيبلية؟.....	1	2	3	4
13-نقصتلك الشهية تاع الماكلة؟.....	1	2	3	4
14-حسيتي روحك مغيلفة، دار قلبك؟.....	1	2	3	4
15-تقييتي؟.....	1	2	3	4
16-كرشك كانت يابسة، مامشاتش؟.....	1	2	3	4
17-كرشك كانت جارية؟.....	1	2	3	4
18- كنت عيانة؟.....	1	2	3	4
19- جاك الوجع، السطر اللي عطلك على شغالاتك تاع كل يوم؟.....	1	2	3	4
20- جاك صعيب باش تركزي على شي حوايج كما تقراي الجرنان ولا تشوفي				

التلفزيون؟.....	1	2	3	4
21– حسيت روحك مقلقة، متوترة؟.....	1	2	3	4
22- توسوست؟.....	1	2	3	4
23- حسيت روحك منرفزة، تزعفي بلخف؟.....	1	2	3	4
24- حسيت روحك كارهة، مقنوطة؟.....	1	2	3	4
25- جاك صعيب باش تتفكري شي حوايج (عندك مشكل تع النسيان)؟.....	1	2	3	4
26- المرض ديالك ولا الدوا اللي راكي تاخديه أثر على علاقتك مع العايلة؟.....	1	2	3	4
27- المرض ديالك ولا الدوا اللي خديتيه أثر على علاقتك مع الناس (الخرجات، الزيارات...)؟.....	1	2	3	4
28- المرض ديالك ولا الدوا اللي خديتيه سببلك مشاكل تاع الدراهم، المصروف؟.....	1	2	3	4

بالنسبة للأسئلة اللي جايين، خيري الرقم اللي يوالم اكتر لحالتك من 1 حتال 7

29 – شحال تقيمي (تقدري) صحتك فالسمانة اللي فاتت؟

1 2 3 4 5 6 7

ماشي مليحة هايلة

30 – شحال تقيمي النوعية تاع حياتك (شحال بانت لك حياتك مليحة ولا ماشي مليحة) فالسمانة اللي فاتت ؟

1 2 3 4 5 6 7

ماشي مليحة هايلة

Annexe n° 5

QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE
EORTC QLQ-BR23 version 1.0

Les patients signalent parfois qu'ils présentent les symptômes suivants. Veuillez indiquer l'importance des symptômes que vous auriez ressentis au cours de la semaine passée. Pour répondre, veuillez entourer le chiffre qui correspond le mieux à votre expérience.

Au cours de la semaine passée

	Pas du tout	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
31. Avez-vous eu la bouche sèche ?	1	2	3	4
32. La nourriture et la boisson avaient-elles un goût inhabituel ?	1	2	3	4
33. est-ce que vos yeux étaient irrités, larmoyants ou douloureux ?	1	2	3	4
34. Avez-vous perdu des cheveux ?	1	2	3	4
35. Répondez à cette question uniquement si vous avez perdu des cheveux : la perte de vos cheveux vous a-t-elle contrariée ?	1	2	3	4
36. Vous êtes-vous sentie malade ou souffrante ?	1	2	3	4
37. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ?	1	2	3	4
38. Avez-vous eu mal à la tête ?	1	2	3	4
39. Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
40. Vous êtes-vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
41. Avez-vous trouvé des difficultés de vous regarder nue ?	1	2	3	4
42. Votre corps vous a-t-il déplu ?	1	2	3	4
43. Vous faites-vous du souci pour votre santé dans l'avenir ?	1	2	3	4

Au cours des quatre dernières semaines

	Pas du tout	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
44. Dans quelle mesure vous-êtes vous intéressée à la sexualité ?	1	2	3	4
45. Avez-vous eu une activité sexuelle quelconque (avec ou sans rapport)?	1	2	3	4
46. Répondez à cette question uniquement si vous avez eu une activité sexuelle : dans quelle mesure l'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée

	Pas du tout	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
47. Avez-vous eu mal au bras ou à l'épaule ?	1	2	3	4
48. Avez-vous eu la main ou le bras enflé ?	1	2	3	4
49. Avez-vous eu du mal à lever le bras devant vous ou sur le côté ?	1	2	3	4
50. Avez-vous ressenti des douleurs dans la région du sein traité	1	2	3	4
51. La région de votre sein traité était-elle enflée ?	1	2	3	4
52. La région de votre sein traité était-elle particulièrement sensible.	1	2	3	4
53Avez-vous eu des problèmes de peau dans la région de votre sein traité ?	1	2	3	4

Annexe n° 6

استبيان نوعية الحياة الخاص بسرطان الثدي (EORTC QLQ-BR23 version 1.0)

ساعات المرضى يشكيو من بعض الأعراض ولا مشاكل ، من فضلك قولي لي لأي درجة جاتك هاد الأعراض ولا المشاكل فالسمانة اللي فاتت

فالسمانة اللي فاتت	لالا	ماشي حاجة	شوية شوية	بزاف
31- فمك كان ناشف ؟	1	2	3	4
32- تبدل لك الدوق (البنة) تاع الماكلة والشراب ديالك ؟	1	2	3	4
33- عينيك كانو يحرقو ولا يدمعو ولا يوجعو؟	1	2	3	4
34- طاحلك شوية شعرك؟	1	2	3	4
35- جاوبي على هاد السؤال غير إذا طاح شعرك : تغششت كطاح شعرك ولا تقلقت ولا زعفت؟	1	2	3	4
36- حسيتي روحك عيانة، شغل مريضة؟	1	2	3	4
37- طلعتلك السخانة، جاتك الشدة؟	1	2	3	4
38- حسيت لوجع في راسك؟	1	2	3	4
39- حسيت روحك ماتعجبيش كما زمان مور المرض ديالك ولا مور الدوا اللي خديتيه؟	1	2	3	4
40-حسيتي روحك كلي ناقصة فالأنوثة، كلي ماشي امرا مور المرض ديالك ولا مور الدوا اللي خديتيه؟	1	2	3	4
41- جاك صعيب باش تشوفي روحك عريانة؟	1	2	3	4
42- الدات ديالك ما عجباتكش؟	1	2	3	4
43- توسوستي على صحتك فالمستقبل؟	1	2	3	4

فالربعة سمانات اللي فاتو	لالا	ماشي حاجة	شوية شوية	بزاف
44- لأي درجة اهتميتيي (خممتي) بالفراش ديالك (الشهوة) مع راجلك؟	1	2	3	4
45-في هذا المدة، جمعتي مع راجلك فالفراش ؟	1	2	3	4
46 –جاوبي على هاد السؤال غير إذا كان جمعتي مع راجلك : لأي درجة عجبك الحال كتجمعي مع راجلك فالفراش، حسيتي البنة ؟	1	2	3	4

فالسمانة اللي فاتت	لالا	ماشي حاجة	شوية شوية	بزاف
47- حسيت بالوجع، السطر في ذراعك ولا كتفك؟	1	2	3	4
48- تنفخت يدك ولا ذراعك؟	1	2	3	4

49- جاك واعر باش ترفدي دراعك للقدام ولا للجنب؟	1	2	3	4
50- حسيت بالوجع، بالسطر فالجهة تاع زيزتك اللي داويتي عليها؟	1	2	3	4
51- تنفخت الجهة تاع زيزتك اللي داويتي عليها ؟	1	2	3	4
52- الجهة تاع زيزتك اللي مريضة تحسي فيها اكتر ؟	1	2	3	4
53- كان عندك مشكل تاع الجلد في الجهة تع زيزتك اللي داويتي عليها (ناشف ولا يتقشر ولا ياكل...)؟	1	2	3	4

Annexe n° 7

Fréquence pour 36 variables du groupe mastectomie

Rapports, pourcentages et indices particuliers

Indices	N	%
S-CON Positive	2	6%
DEPI=7	1	3%
DEPI=6	2	6%
DEPI=5	2	6%
CDI=5	9	29%
CDI=4	8	26%
PTI=5	00	00%
PTI=4	1	3%
PTI=3	3	10%

Styles	N	%
Introversif	00	00
Ambiéqual	4	13%
Extratensif	1	3%
Evitant	17	55%
Ambi Evitant	4	13%
NA	5	16%

Déviation DQ	n	%
XA%>.89	1	3%
XA%<.70	18	40%
WDA%< .85	8	26%
WDA%< .75	18	40%
X+%<.55	23	74%
Xu%> .20	10	32%
X-%>.20	12	39%
X-%>.30	10	32%

Scores D et DAj	N	%
D>0	4	13%
D=0	19	61%
D<0	4	13%
D<-1	4	13%
Adj D>0	4	13%
Adj D=0	21	67%
Adj D<0	3	10%
Adj D<-1	3	10%

Zd	N	%
Zd> +3.0	1	3%
Zd<-3.0	10	32%

FC>CF+C	12	39%

Variables diverses					
Variables	**N**	**%**		**Variables**	**N**	**%**
R<17	5	16%		(2AB+Art+Ay)>5	4	13%
R>17	1	3%		P<4	14	45%
DQv>2	6	19%		P>7	00	00
S>2	7	22%		COP=0	24	77%
SumT=0	28	90%		COP>2	00	00
SumT>1	1	3%		AG=0	19	61%
3r+(2)/R<.33	19	61%		AG>2	3	10%
3r+(2)/R>.44	3	10%		MOR>2	9	29%
Fr+rF>0	2	6%		Level2>0	6	19%
Pure C>0	10	32%		GHR>PHR	7	22%
Pure C>1	5	16%		Pure H<2	7	22%
Afr<.40	7	22%		Pure H=0	10	32%
Afr<.50	10	32%		P>a+1	8	26%
(FM+m)<Sum Shading	8	26%		Mp>Ma	7	22%

Annexe n° 8

Fréquence pour 36 variables du groupe reconstruction mammaire

Rapports, pourcentages et indices particuliers

Indices	N	%
S-CON Positive	1	6%
DEPI=7	00	00
DEPI=6	1	6%
DEPI=5	5	31%
CDI=5	4	25%
CDI=4	4	25%
PTI=5	00	00
PTI=4	00	00
PTI=3	2	12%

Styles	N	%
Introversif	00	00
Ambiéqual	2	12%
Extratensif	4	25%
Evitant	8	50%
Ambi Evitant	00	00
NA	1	6%

Déviation DQ	n	%
XA%>.89	1	6%
XA%<.70	9	56%
WDA%< .85	5	31%
WDA%< .75	9	56%
X+%<.55	11	68%
Xu%> .20	3	18%
X-%>.20	5	31%
X-%>.50	8	50%

Scores D et DAj	N	%
D>0	1	6%
D=0	8	50%
D<0	00	00
D<-1	6	13%
Adj D>0	1	6%
Adj D=0	9	56%
Adj D<0	00	00
Adj D<-1	5	31%

Zd	N	%
Zd> +3.0	2	12%
Zd<-3.0	7	44%

FC>CF+C	10	62%

Variables diverses					
Variables	**N**	**%**		**Variables**	**N**	**%**
R<17	1	6%		(2AB+Art+Ay)>5	3	18%
R>17	1	6%		P<4	8	50%
DQv>2	3	18%		P>7	00	00
S>2	3	18%		COP=0	12	75%
SumT=0	12	75%		COP>2	00	00
SumT>1	1	6%		AG=0	9	56%
3r+(2)/R<.33	8	50%		AG>2	00	00
3r+(2)/R>.44	3	18%		MOR>2	5	31%
Fr+rF>0	00	00		Level2>0	1	6%
Pure C>0	1	6%		GHR>PHR	4	25%
Pure C>1	3	18%		Pure H<2	8	50%
Afr<.40	3	18%		Pure H=0	00	00
Afr<.50	2	12%		P>a+1	2	12%
(FM+m)<Sum Shading	3	18%		Mp>Ma	3	18%

Annexe n° 9

Comparaison des groupes de recherche avec le groupe normatif selon le d de Cohen

VARIABLE	NA (N=47)		MC (N=31)		*D*			RM (N=16)		*d*			GT (N=47)		*d*	
	M	SD	M	SD				M	SD				M	SD		
R	24,89	7,74	20,6	4,32	0,71	**		21,7	5,4	0,49	*		21	4,77	0,62	**
W	8,02	4,27	7	3,32	0,27	*		6,89	2,63	0,33	*		6,88	3,09	0,31	*
D	12,58	6,02	10,8	4,32	0,34	*		11,8	5,31	0,13			11,3	4,73	0,24	*
Dd	4,23	3,28	2,79	1,41	0,61	**		2,94	1,73	0,51	**		2,84	1,53	0,58	**
S	1,44	1,51	1,88	2,36	-0,23	*		2,06	1,51	-0,41	*		1,86	2,04	-0,24	*
DQ+	3,40	2,91	2,79	2,12	0,24	*		2	1,53	0,63	**		2,51	1,97	0,36	*
DQo	18,93	7,62	16,2	4,2	0,46	*		18,4	6,11	0,07			17	5,11	0,31	*
DQv	2,32	3,19	1,48	2,02	0,32	*		0,94	1,92	0,54	**		1,35	2,01	0,37	*
DQv/+	0,18	0,55	0,12	0,7	0,10			0,28	0,96	-0,13			0,18	0,81	0,00	
FQx+	0,12	0,46	0	0	0,52	**		0,11	0,47	0,02			0,04	0,29	0,21	*
FQxo	10,02	3,88	9,36	3,53	0,18			10,4	4,75	-0,09			9,73	3,96	0,07	
FQxu	5,29	3,42	3,88	2,57	0,47	*		3,28	2,27	0,71	**		3,73	2,49	0,53	**
FQx-	7,38	4,42	5,85	2,74	0,43	*		6,94	2,34	0,13			6,12	2,6	0,36	*
FQxnone	1,79	2,87	1,52	2,08	0,11			0,94	1,92	0,35	*		1,37	2,05	0,17	
MQ+	0,01	0,09	0	0	0,22	*		0,06	0,24	-0,30	*		0,02	0,14	-0,09	
MQo	1,20	1,37	0,91	1,18	0,23	*		1,17	1,42	0,02			0,94	1,14	0,21	*
MQu	0,35	0,74	0,15	0,57	0,31	*		0,11	0,47	0,40	*		0,14	0,54	0,33	*
MQ-	0,57	1,01	0,39	0,83	0,20	*		0,33	0,49	0,32	*		0,35	0,72	0,25	*
MQnone	0,18	0,77	0,06	0,35	0,21	*		0,22	0,65	-0,06			0,12	0,48	0,10	
S-	0,59	0,91	0,94	1,2	-0,33	*		1,33	1,14	-0,72	**		1	1,12	-0,40	*
M	2,41	2,53	1,52	1,7	0,42	*		1,89	1,64	0,25	*		1,57	1,58	0,41	*
FM	3,18	2,66	2,3	1,91	0,39	*		2,83	1,69	0,16			2,53	1,86	0,29	*
M	0,91	1,34	0,82	1,61	0,06			0,67	1,24	0,19			0,78	1,5	0,09	
FM+m	4,09	3,20	3,12	3,17	0,30	*		3,5	2,2	0,22	*		3,31	2,89	0,26	*
FC	1,63	1,63	1,42	1,48	0,14			1,83	1,2	-0,14			1,61	1,4	0,01	
CF	0,64	1,10	0,55	0,83	0,09			0,28	0,67	0,41	*		0,43	0,76	0,23	*
C	0,74	1,17	0,94	1,77	-0,14			0,61	1,58	0,09			0,86	1,72	-0,08	
Cn	0,08	0,44	0	0	0,36	*		0	0	0,36	*		0	0	0,36	*
Sum Color	3,10	2,47	2,91	2,35	0,08			2,72	1,67	0,18			2,9	2,12	0,09	
WsumC	2,57	2,39	2,67	2,83	-0,04			2,11	2,23	0,20	*		2,52	2,65	0,02	
SumC'	1,38	1,82	1,06	1,37	0,20	*		0,94	1,59	0,26	*		1,04	1,46	0,21	*
SumT	0,43	0,90	0,06	0,24	0,65	**		0,22	0,73	0,26	*		0,12	0,48	0,45	*
SumV	0,44	1,14	0,18	0,53	0,31	*		0,22	0,55	0,26	*		0,18	0,53	0,31	*
SumY	0,69	1,22	0,48	0,94	0,19			0,61	0,92	0,07			0,53	0,94	0,15	
Sum Shading	2,94	3,32	1,79	2,03	0,43	*		2	2,52	0,32	*		1,88	2,23	0,38	*
Fr+rF	0,28	0,89	0,09	0,38	0,30	*		0	0	0,63	**		0,06	0,32	0,36	*
FD	0,75	1,27	0,3	0,68	0,46	*		0,06	0,24	0,91	***		0,2	0,58	0,59	**

F	14,10	6,85	12,5	4,91	0,27	*		13,1	4,4	0,18			12,7	4,8	0,24	*
(2)	5,71	3,79	4,79	3,24	0,26	*		6,17	3,62	-0,12			5,31	3,44	0,11	
3r+(2)/R	0,26	0,18	0,24	0,14	0,13			0,28	0,15	-0,12			0,26	0,15	0,00	
Lambda	2,02	2,22	2,85	3,37	-0,30	*		1,89	1,21	0,08			2,53	2,88	-0,20	*
F%	0,56	0,20	0,61	0,21	-0,24	*		0,6	0,14	-0,24	*		0,6	0,19	-0,21	*
EA	4,98	4,00	4,18	3,61	0,21	*		4	3,14	0,27	*		4,09	3,4	0,24	*
Es	7,03	5,34	4,91	3,96	0,46	*		5,5	3,87	0,33	*		5,18	3,95	0,40	*
D score	-0,60	1,68	-0,2	1,32	-0,26	*		-0,39	1,5	-0,13			-0,3	1,36	-0,19	
AdjD	-0,37	1,48	-0	0,95	-0,28	*		-0,22	1,26	-0,11			-0,1	1,03	-0,20	*
a (active)	3,48	2,96	2,45	3	0,35	*		3,11	2,08	0,15			2,67	2,73	0,28	*
p (passive)	3,10	2,71	2,18	1,59	0,43	*		2,28	1,78	0,37	*		2,2	1,67	0,41	*
Ma	1,06	1,51	0,48	0,91	0,48	*		0,78	1,06	0,22	*		0,53	0,84	0,45	*
Mp	1,32	1,66	1,03	1,4	0,19			1,11	1,23	0,15			1,04	1,35	0,19	
Intellect	3,65	4,88	3,18	6,27	0,08			3	5,38	0,13			3,18	6,02	0,09	
Zf	9,66	4,81	8,73	3,85	0,21	*		8,5	3,78	0,27	*		8,51	3,75	0,27	*
Zd	-2,68	4,75	-2,5	3,65	-0,05			-2,41	4,29	-0,06			-2,4	3,84	-0,06	
Blends	2,37	3,05	1,45	1,77	0,38	*		1,44	1,54	0,41	*		1,45	1,71	0,39	*
Blends/R	0,10	0,12	0,07	0,1	0,27	*		0,07	0,07	0,32	*		0,07	0,09	0,29	*
Col-Shd Blends	0,20	0,54	0,21	0,48	-0,02			0,39	1,04	-0,24	*		0,29	0,74	-0,14	
Afr	0,54	0,21	0,47	0,16	0,38	*		0,5	0,15	0,22	*		0,48	0,16	0,32	*
Populars	3,68	1,68	0,31	0,08	3,83	***		0,33	0,07	3,83	***		0,32	0,07	3,84	***
XA%	0,62	0,14	3,85	1,95	-3,09	***		4	2	-3,16	***		3,8	1,89	-3,13	***
WDA%	0,67	0,14	0,64	0,17	0,19			0,62	0,16	0,33	*		0,64	0,16	0,20	*
X+%	0,42	0,13	0,66	0,15	-1,71	***		0,67	0,17	-1,67	***		0,67	0,15	-1,79	***
X-%	0,29	0,14	0,45	0,14	-1,14	***		0,47	0,12	-1,38	***		0,46	0,13	-1,26	***
Xu%	0,21	0,11	0,29	0,16	-0,59	**		0,33	0,14	-0,96	***		0,3	0,15	-0,69	**
Isolate/R	0,24	0,17	0,19	0,12	0,34	*		0,15	0,11	0,64	**		0,18	0,12	0,41	*
H	2,14	1,97	0,2	0,19	1,80	***		0,15	0,15	1,88	***		0,19	0,18	1,81	***
(H)	0,61	0,85	1,21	1,27	-0,57	**		1,44	0,86	-0,97	***		1,29	1,12	-0,69	**
Hd	1,43	1,62	0,61	0,86	0,66	**		0,89	1,37	0,36	*		0,69	1,06	0,55	**
(Hd)	0,14	0,46	1,39	1,25	-1,46	***		0,78	0,94	-0,91	***		1,18	1,18	-1,27	***
Hx	0,92	1,90	0,24	0,94	0,48	*		0,56	1,38	0,22	*		0,27	0,91	0,46	*
All H Cont	4,32	3,03	0,61	1,58	1,61	***		0,78	1,63	1,52	***		0,67	1,61	1,57	***
A	9,71	4,53	3,45	2,33	1,83	***		3,67	2,97	1,61	***		3,43	2,24	1,86	***
(A)	0,21	0,52	8,79	3,87	-3,91	***		8,67	3,58	-4,13	***		8,84	3,72	-4,07	***
Ad	1,78	1,86	0,12	0,42	1,46	***		0,17	0,51	1,36	***		0,14	0,46	1,41	***
(Ad)	0,03	0,17	1,58	1,95	-1,46	***		2,44	2,23	-2,01	***		1,71	1,89	-1,63	***
An	2,26	2,68	0,03	0,17	1,56	***		0,11	0,32	1,43	***		0,06	0,24	1,51	***
Art	1,37	1,76	2,48	1,73	-0,64	**		3,06	2,98	-0,71	**		2,8	2,22	-0,72	**
Ay	0,28	0,61	0,58	1,03	-0,37	*		0,67	1,03	-0,48	*		0,63	1,03	-0,43	*
Bl	0,53	0,97	0,18	0,58	0,45	*		0,22	0,73	0,36	*		0,14	0,5	0,53	**

Bt	2,15	1,89	0,33	0,82	1,34	***		0,28	0,75	1,42	*		0,33	0,8	1,35	***
Cg	0,73	1,16	1,88	1,52	-0,86	***		1,5	1,47	-0,59	**		1,76	1,49	-0,78	**
Cl	0,19	0,56	0,45	0,83	-0,37	*		0,5	0,86	-0,44	*		0,49	0,84	-0,43	*
Ex	0,09	0,36	0,18	0,58	-0,19			0,17	0,51	-0,18			0,18	0,57	-0,19	
Fi	0,41	0,72	0	0	1,14	***		0	0	1,14	***		0	0	1,14	***
Food	0,26	0,58	0,21	0,48	0,09			0,17	0,71	0,14			0,2	0,58	0,10	
Ge	0,37	0,76	0,33	0,65	0,06			0,33	0,77	0,05			0,35	0,69	0,03	
Hh	0,69	1,18	0,12	0,33	0,75	**		0,17	0,51	0,62	**		0,14	0,41	0,69	**
Ls	1,38	1,52	0,12	0,33	1,36	***		0,11	0,32	1,38	***		0,1	0,31	1,40	*
Na	0,81	1,17	0,55	0,94	0,25	*		0,11	0,32	0,94	***		0,41	0,81	0,40	
Sc	0,89	1,27	0,64	1,11	0,21	*		0,56	0,78	0,32	*		0,63	1,01	0,23	*
Sx	0,38	1,13	0,94	1,64	-0,40	*		0,56	1,29	-0,15			0,84	1,55	-0,34	*
Xy	0,10	0,38	0,61	1,17	-0,66	**		0,61	1,38	-0,58	**		0,63	1,25	-0,65	**
Idio	0,40	0,86	0,15	0,44	0,38	*		0,33	0,59	0,10			0,22	0,51	0,26	*
DV	0,27	0,68	0,97	1,81	-0,56	***		0,5	0,71	-0,33	*		0,84	1,55	-0,51	**
INCOM	0,54	1,14	0,15	0,44	0,49	**		0,39	1,14	0,13			0,24	0,78	0,31	*
DR	0,26	0,85	0,36	0,82	-0,12			0,72	0,83	-0,55	**		0,45	0,82	-0,23	*
FABCOM	0,23	0,68	0,18	0,73	0,07			0,11	0,47	0,21	*		0,16	0,66	0,10	
DV2	0,00	0,05	0,06	0,24	-0,41	*		0,22	0,55	-0,73	**		0,12	0,39	-0,55	**
INC2	0,04	0,25	0	0	0,32	*		0	0	0,32	*		0	0	0,32	*
DR2	0,02	0,16	0,03	0,17	-0,06			0,06	0,24	-0,20	*		0,02	0,14	0,00	
FAB2	0,04	0,22	0	0	0,36	*		0	0	0,36	*		0	0	0,36	*
ALOG	0,17	0,57	0,03	0,17	0,38	*		0,06	0,24	0,27	*		0,04	0,2	0,34	*
CONTAM	0,20	0,66	0,03	0,17	0,41	*		0,11	0,32	0,18			0,06	0,24	0,31	*
Sum 6 SpSc	1,76	2,77	0,03	0,17	1,18	***		0	0	1,27	***		0,02	0,14	1,20	***
Lvl 2 SpSc	0,10	0,44	0,88	1,43	-0,83	***		1,67	1,75	-1,43	***		1,12	1,6	-1,00	***
Wsum6	5,81	9,86	0,06	0,24	1,14	***		0,11	0,32	1,12	***		0,06	0,24	1,14	***
AB	1,00	1,97	2,36	3,87	-0,47	*		4,22	3,83	-1,11	***		2,94	3,98	-0,65	**
AG	0,50	0,99	1,21	2,93	-0,36	*		1,06	2,31	-0,34	*		1,2	2,75	-0,37	*
COP	0,32	0,72	0,55	1,15	-0,25	*		0,5	0,62	-0,27	*		0,53	1	-0,24	*
CP	0,03	0,17	0,27	0,57	-0,65	**		0,17	0,38	-0,51	**		0,22	0,51	-0,56	**
GHR	2,25	1,77	0,06	0,24	2,18	***		0	0	2,54	***		0,04	0,2	2,24	***
PHR	3,28	2,88	1,48	1,46	0,83	***		2,22	2,34	0,41	*		1,69	1,75	0,69	**
MOR	0,96	1,54	2,76	2,11	-0,99	***		2,67	2,03	-0,96	***		2,67	1,99	-0,97	***
PER	0,19	0,68	1,88	1,9	-1,31	***		1,72	1,78	-1,24	*		1,82	1,83	-1,30	***
PSV	0,50	1,23	0,12	0,42	0,46	*		0,5	0,99	0,00			0,24	0,69	0,27	*

* Petite différence
** Différence moyenne
*** Grande différence

Annexe n° 10 : Résumés formels du groupe mastectomie (MC)

Résumé formel MC1

Compute for Scoring	R = 26	L = 0,44	F% = 0,31
		Age: 50	

EB	= 3 : 7	EA = 10	EBper : 2,3	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 2 : 12	es = 14	D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD
extratensive		Adj es : 11	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 1	SumC'= 2	SumT= 3	Step 4) Adj es	Underestimated AdjD
m	= 1	SumV= 3	SumY= 4		

EBt (XP) EBt = 0,4

Controls

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive	D<Daj	DEPI>5	PTI=1 DEPI=7* CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

DEPI>5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect extratensive DEPI

eb	= 2 : 12	Discomfort	
Helplessness Loneliness S.Criticism			
Afr	= 0,44	Afr : EB : Age	
PC% = 0,31		E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC	= 2:7		
intel	3	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 6:4	Normal (3/5)	
Pure C	= 0		
S	= 3	lateS = 1	
Blends/R	= 9:26	Bld%	0,35
StressBld	= 4		
Adj Blend	= 6:26	AdjBld%	0,23
3xBld	= 1		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 4		
Shd Bld	= 1		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
high		medium	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	
confusion		***	

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= 1,5		scanning
Dd	= 10	atypical processing	
Zf	= 5	low	efforts
W/D	= 5:11	ecomonical	easy:3:5
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 3	failures	.
W/M	= 5:3		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 4

Mediation

XA%	= 0,85
WDA%	= 0,81
X-%	= 0,08
S-	= 0
P	= 5
X+%	= 0,58
Xu%	= 0,27

Stp3a FQ- Homogeneity (2)

3.1stC-	0
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	0
PC-	1/2
S-	0
Dd-	1/2
M-	0
FMm-	0
Color-	1/2
Shd-	1/2
F-	1/2
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	0

Coding Validity

AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations (Perception)

COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 2 : 3	
a:p	= 3 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 3	
H Cont.	= 5	
Pure H	= 2	
PER	= 7	
Isol° Indx	= 0,23	

H Cont:R:EB (Interest medium
Hpur:R:EB (comp°) misunderst

Ideation extratensive

EBper	= 2,3		
a/p	= 3 : 2	Sum6=	5
HVI		Lvl2 =	2
OBS		Wsum6	19
MOR=3	pessimism	WSum6 : Age	
m=1		disturbed thinking	
FM=1	needs conceptualisation	3/3	
Ma/Mp	= 1 : 2	Snow White S.	M- = 0
Intel°	= 3	0	Mnone 0

Self

EGO	= 0,12	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 3	Self Criticism	
FD	= 0		
An+Xy	= 3		
MOR	= 3		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:3	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=17 μ=3,4
Generally Negative Features,GN Sum=7 μ=1,4

Résumé formel MC2

Compute for Scoring	R = 21	L = 2,00	F% = 0,67
		Age: 47	

EB	= 2 : 3,5	EA = 5,5	EBper : 1,8	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 2 : 1	es = 3	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
ambitent avoidant		Adj es : 3	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4
FM	= 2	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD
m	= 0	SumV= 0	SumY= 1		

EBt (XP) EBt = 0,27

Controls

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=1 DEPI=3 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.
ambitent			

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect ambitent avoidan

eb	= 2 : 1		
Afr	= 0,62	Afr : EB : Age	
PC% = 0,38		medium	
ΣC':WΣC	= 0:3,5		
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 2:2	Lability (2/5)	
Pure C	= 1	occasional discharge	
S	= 0	lateS = 0	
Blends/R	= 1:21	Bld%	0,05
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 1:21	AdjBld%	0,05
3xBld	= 1		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 1		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
unusual complexity			
cf. ressources, controls & modulation			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	
confusion			

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -4,5	underincorporative	scanning
Dd	= 0		
Zf	= 5	low	efforts
W/D	= 4:17	ecomonical	easy:4:4
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 4:2		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation

XA%	= 0,67
WDA%	= 0,67
X-%	= 0,29
S-	= 0
P	= 6
X+%	= 0,52
Xu%	= 0,14

Stp3a FQ- Homogeneity (6)

3.1stC-	1/6
BC-	1/6
CC-	5/6
RC-	1/6
PC-	2/3
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	1/6
Color-	1/3
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	1/6
Hcont-	1/6

Coding Validity

AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations (Perception)

COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 2 : 2	
a:p	= 2 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,10	

H Cont:R:EB (Interest medium
Hpur:R:EB (comp°) misunderst

Ideation ambitent avoidant

EBper	= 1,8		
a/p	= 2 : 2	Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	1
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0		no problem	
FM=2	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp	= 1 : 1		M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Self

EGO	= 0,33	EGO : Age:	medium
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 1		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:3	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=21 μ=5,3
Generally Negative Features,GN Sum=4 μ=1

Résumé formel MC3

Compute for Scoring	R = 26	L = 1,36	F% = 0,58
			Age: 25

				Controls	
EB	= 3 : 4	EA = 7	EBper : 1,3	Step 1) Adj D	Controlled
eb	= 4 : 0	es = 4	D = 1	Step 2) EA	cf. Step 4
ambitent avoidant		Adj es : 3	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 2	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD
m	= 2	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 0,14

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
Reflection			DEPI=3
ambitent			CDI=2
			HVI: ns.
			OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 3,5	overincorporative	scanning
Dd	= 4	atypical processing	
Zf	= 15	high	efforts
W/D	= 12:10	ecomonical	easy:10:12
DQ+	= 6	medium	quality
DQv,v/+	= 2	failures	.
W/M	= 12:3	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Ideation	ambitent avoidant		
EBper	= 1,3		
a/p	= 4 : 3	Sum6=	3
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	7
MOR=4	pessimism	WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)	ideational slippage 1/3	
FM=2			
Ma/Mp	= 0 : 3	Snow White S.	M- = 1
Intel°	= 5	Intell° (style)	Mnone 0

Mediation	
XA% =	0,77
WDA% =	0,82
X-% =	0,15
S- =	2
P =	6
X+% =	0,65
Xu% =	0,12
Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/4
CC-	3/4
RC-	1/2
PC-	1/4
S-	1/2
Dd-	1/4
M-	1/4
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	3/4
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	1/2

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 3 : 3	
a:p	= 4 : 3	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 6	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,35	isolated

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Affect	ambitent avoidan	
eb	= 4 : 0	
Afr	= 0,63	Afr : EB : Age
PC% = 0,38		medium
ΣC':WΣC	= 0:4	
intel	5	Intell° (style)
CP	= 0	
FC:CF+C	= 3:2	Normal (3/5)
Pure C	= 1	occasional discharge
S	= 8	lateS = 4
Blends/R	= 4:26	Bld% 0,15
StressBld	= 1	
Adj Blend	= 4:26	AdjBld% 0,15
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
high		high
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Self			
EGO	=	0,38	EGO : Age: medium
Fr+rF	=	2	
SumV	=	0	
FD	=	1	
An+Xy	=	2	
MOR	=	4	
H:(H)+Hd+(Hd)	=	2:4	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=30 μ=5
Generally Negative Features,GN Sum=8 μ=1,3

Résumé formel MC4

Compute for Scoring	R = 22	L = 0,83	F% = 0,45
			Age: 48

				Controls	
EB	= 4 : 5	EA = 9	EBper : 1,3	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 5 : 3	es = 8	D = 0	Step 2) EA	Valid AdjD
ambitent		Adj es : 8	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 5	SumC'= 2	SumT= 1	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 0,11

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
			PTI=0
			DEPI=3
ambitent			CDI=1
			HVI: ns.
			OBS: ns.

M- OU MP>MA OU WSUM6>5 : IDEATION -> MEDIATION -> PROCESSING -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= 0,5		scanning
Dd	= 2		
Zf	= 11	medium	efforts
W/D	= 9:11	ecomonical	easy:6:9
DQ+	= 7	medium	quality
DQv,v/+	= 2	failures	.
W/M	= 9:4	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Ideation	ambitent		
EBper	= 1,3		
a/p	= 6 : 3	fixed values	Sum6= 2
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 6
MOR=3	pessimism		WSum6 : Age
m=0			ideational slippage 1/3 (fab or alog)
FM=5			
Ma/Mp	= 2 : 2		M- = 0
Intel°	= 6	Intell° (style)	Mnone 0

Mediation	
XA% =	0,77
WDA% =	0,75
X-% =	0,14
S- =	0
P =	4
X+% =	0,50
Xu% =	0,27
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	1/3
BC-	0
CC-	1
RC-	1/3
PC-	2/3
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	2/3
Color-	2/3
Shd-	0
F-	1/3
AnXySxBl-	1/3
Hcont-	1/3

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	agressive
AG	= 5	
GHR:PHR	= 2 : 6	
a:p	= 6 : 3	
Food	= 0	
SumT	= 1	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,18	

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Affect	ambitent	
eb	= 5 : 3	
Afr	= 0,69	Afr : EB : Age
PC% = 0,41		medium
ΣC':WΣC	= 2:5	
intel	6	Intell° (style)
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:4	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 2	frequent discharge
S	= 1	lateS = 1
Blends/R	= 4:22	Bld% 0,18
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 4:22	AdjBld% 0,18
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
medium		medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Self			
EGO	=	0,50	EGO : Age: high
Fr+rF	=	0	
SumV	=	0	Naive Self Image
FD	=	0	
An+Xy	=	0	
MOR	=	3	
H:(H)+Hd+(Hd)	=	1:3	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=21 μ=5,3
Generally Negative Features,GN Sum=3 μ=0,8

Résumé formel MC5

Compute for Scoring	R = 26	L = 1,60	F% = 0,62
			Age: 38

EB	= 4 : 3,5	EA =	7,5	EBper :	1,1
eb	= 0 : 4	es =	4	D =	1
ambitent avoidant		Adj es :	4	Adj D =	1
FM	= 0	SumC'=	3	SumT=	0
m	= 0	SumV=	0	SumY=	1

EBt (XP) EBt = -0,07

Controls	
Step 1) Adj D	Controlled
Step 2) EA	cf. Step 4
Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
Step 4) Adj es	Overestimated AdjD

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=5*
ambitent			CDI=2
Passive			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	ambitent avoidan DEPI	
eb	= 0 : 4	Discomfort
		Irritation
Afr	= 0,53	Afr : EB : Age
PC% = 0,35		medium
ΣC':WΣC	= 3:3,5	
intel	2	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 1:2	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 2	frequent discharge
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 1:26	Bld% 0,04
StressBld	= 1	
Adj Blend	= 1:26	AdjBld% 0,04
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 1	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld
		***

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 0		scanning
Dd	= 4	atypical processing	
Zf	= 5	low	efforts
W/D	= 4:18	ecomonical	easy:3:4
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 3	failures	.
W/M	= 4:4		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,58
WDA% =	0,55
X-% =	0,31
S- =	0
P =	6
X+% =	0,42
Xu% =	0,15
Stp3a FQ- Homogeneity (8)	
3.1stC-	1/4
BC-	3/8
CC-	5/8
RC-	1/4
PC-	3/8
S-	0
Dd-	0
M-	1/8
FMm-	0
Color-	1/8
Shd-	1/8
F-	5/8
AnXySxBl-	5/8
Hcont-	1/4

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 3 : 6	
a:p	= 0 : 4	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 8	
Pure H	= 3	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,15	

Ideation	ambitent avoidant		
EBper	= 1,1		
a/p	= 0 : 4	rigid values	Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 7
MOR=7	pessimism		WSum6 : Age
m=0			ideational slippage 1/3
FM=0	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp	= 0 : 4	Snow White S.	M- = 1
Intel°	= 2	0	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest	high misunderst	HVI?
Hpur:R:EB (comp°)		

Self		
EGO	= 0,19	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 3	
MOR	= 7	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 3:5	Self R° imagination

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPf Sum=39 µ=4,9
Generally Negative Features,GN Sum=11 µ=1,4

Résumé formel MC6

Compute for Scoring	R = 24	L = 2,00	F% = 0,67
			Age: 42

EB	= 2 : 2,5	EA =	4,5	EBper :	1,3
eb	= 4 : 0	es =	4	D =	0
ambitent avoidant		Adj es :	4	Adj D =	0
FM	= 3	SumC'=	0	SumT=	0
m	= 1	SumV=	0	SumY=	0

EBt (XP) EBt = 0,11

Controls	
Step 1) Adj D	Immature
Step 2) EA	cf. Step 4
Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4
Step 4) Adj es	Overestimated AdjD

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=1
			DEPI=3
ambitent	CDI>3		CDI=5*
Passive			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	ambitent avoidan CDI	
eb	= 4 : 0	
Afr	= 0,41	Afr : EB : Age
PC% = 0,29		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 0:2,5	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:2	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 1	occasional discharge
S	= 2	lateS = 1
Blends/R	= 0:24	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:24	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV	= 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -11	underincorporative	scanning
Dd	= 4	atypical processing	
Zf	= 8	medium	efforts
W/D	= 8:12	ecomonical	easy:7:8
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 8:2	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA% =	0,71
WDA% =	0,75
X-% =	0,29
S- =	1
P =	7
X+% =	0,63
Xu% =	0,08
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	3/7
BC-	5/7
CC-	2/7
RC-	0
PC-	2/7
S-	1/7
Dd-	2/7
M-	0
FMm-	1/7
Color-	0
Shd-	0
F-	6/7
AnXySxBl-	4/7
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 2 : 1	
a:p	= 2 : 4	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,25	

Ideation	ambitent avoidant		
EBper	= 1,3		
a/p	= 2 : 4	fixed values	Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 1
MOR=0			WSum6 : Age
m=1			no problem
FM=3			
Ma/Mp	= 1 : 1		M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest	low misunderst
Hpur:R:EB (comp°)	

Self		
EGO	= 0,25	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 4	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:2	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPf Sum=19 µ=6,3
Generally Negative Features,GN Sum=0 µ=0

Résumé formel MC7

Compute for Scoring	R = 14	L = 0,56	F% = 0,36
		Age: 45	

				Controls	
EB	= 2 : 3	EA = 5	EBper : 1,5	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 6 : 2	es = 8	D = -1	Step 2) EA	cf. Step 4
ambitent		Adj es : 7	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 4	SumC'= 1	SumT= 1	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 2	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 0,2

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
			PTI=0
	D<Daj		DEPI=4
ambitent	CDI>3		CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*ambitent*	*CDI*
eb	= 6 : 2	
Afr	= 0,27	Afr : EB : Age
PC% = 0,21		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 1:3	
intel	1	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:3	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 0	
S	= 4	lateS = 1
Blends/R	= 4:14	Bld% 0,29
StressBld	= 1	
Adj Blend	= 4:14	AdjBld% 0,29
3xBld	= 1	
>3xBld	= 1	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
medium		medium
3xBld % & >3xBld		
unusual complexity		
cf. ressources, controls & modulation		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= 2		scanning
Dd	= 2		
Zf	= 11	medium	efforts
W/D	= 7:5		easy:5:7
DQ+	= 5	medium	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 7:2	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA%	= 0,93
WDA%	= 0,92
X-%	= 0,00
S-	= 0
P	= 6
X+%	= 0,86
Xu%	= 0,07
Stp3a FQ- Homogeneity (0)	
3.1stC-	#DIV/0!
BC-	#DIV/0!
CC-	#DIV/0!
RC-	#DIV/0!
PC-	#DIV/0!
S-	#DIV/0!
Dd-	#DIV/0!
M-	#DIV/0!
FMm-	#DIV/0!
Color-	#DIV/0!
Shd-	#DIV/0!
F-	#DIV/0!
AnXySxBl-	#DIV/0!
Hcont-	#DIV/0!

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 1	positive
AG	= 0	
GHR:PHR	= 3 : 1	
a:p	= 7 : 1	
Food	= 0	
SumT	= 1	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,29	reluctance

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation	*ambitent*		
EBper	= 1,5		
a/p	= 7 : 1	rigid values	Sum6= 2
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 7
MOR=1			WSum6 : Age
m=2	peripheral ideation (stress)		ideational slippage 1/3
FM=4			
Ma/Mp	= 2 : 0		M- = 0
Intel°	= 1	0	Mnone 0

Self		
EGO	= 0,36	EGO : Age: medium
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Strive for Self betterment
FD	= 3	
An+Xy	= 1	
MOR	= 1	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:2	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=17 μ=5,7
Generally Negative Features,GN Sum=2 μ=0,7

Résumé formel MC8

Compute for Scoring	R = 19	L = 0,90	F% = 0,47
		Age: 45	

				Controls	
EB	= 0 : 3	EA = 3	EBper : NA	Step 1) Adj D	Vulnerable
eb	= 3 : 4	es = 7	D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD
EB: NA,		Adj es : 7	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4
FM	= 3	SumC'= 4	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 1

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
			PTI=1
			DEPI=4
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA,*	*CDI*
eb	= 3 : 4	Discomfort
		Irritation
Afr	= 0,27	Afr : EB : Age
PC% = 0,21		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 4:3	E.Inhibition
intel	2	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 1:2	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 1	occasional discharge
S	= 2	lateS = 0
Blends/R	= 0:19	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:19	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 3	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -2		scanning
Dd	= 2		
Zf	= 13	medium	efforts
W/D	= 14:3	effort	easy:9:14
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 5	failures	.
W/M	= 14:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 3

Mediation	
XA%	= 0,47
WDA%	= 0,53
X-%	= 0,26
S-	= 2
P	= 6
X+%	= 0,42
Xu%	= 0,05
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	4/5
BC-	1/5
CC-	4/5
RC-	3/5
PC-	1/5
S-	2/5
Dd-	2/5
M-	0
FMm-	0
Color-	1/5
Shd-	0
F-	4/5
AnXySxBl-	4/5
Hcont-	2/5

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 2 : 2	
a:p	= 1 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,42	isolated

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Ideation	*EB: NA,*		
EBper	= NA		
a/p	= 1 : 2	NA	Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 2
MOR=2			WSum6 : Age
m=0			no problem
FM=3			
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 2	0	Mnone 0

Self		
EGO	= 0,11	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 4	
MOR	= 2	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:4	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=22 μ=5,5
Generally Negative Features,GN Sum=3 μ=0,8

Résumé formel MC9

Compute for Scoring	R = 24	L = 7,00	F% = 0,88
			Age: 42

				Controls	
EB	= 1 : 0	EA = 1	EBper : NA	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 1 : 1	es = 2	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es : 2	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 1	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		
EBt (XP)	EBt = -1				

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=2
EB: NA,		CDI>3	CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA, avoidant*	*CDI*
eb	= 1 : 1	
Afr	= 0,41	Afr : EB : Age
PC% = 0,29		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 1:0	E.Inhibition
intel	1	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:0	NA
Pure C	= 0	
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 0:24	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:24	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing		
PSV = 0		attention
DQv 1st = 0		
Zd = -1,5		scanning
Dd = 4	atypical processing	
Zf = 5	low	efforts
W/D = 4:16	ecomonical	easy:4:4
DQ+ = 2	low	quality
DQv,v/+ = 0		.
W/M = 4:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 3

Mediation	
XA% =	0,88
WDA% =	0,85
X-% =	0,13
S- =	0
P =	5
X+% =	0,50
Xu% =	0,38
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	1/3
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	1/3
PC-	1/3
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1
AnXySxBl-	1/3
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP =	1	positive
AG =	0	
GHR:PHR =	1 : 1	
a:p =	1 : 1	
Food =	1	
SumT =	0	
H Cont. =	2	
Pure H =	1	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,04	

Self		
EGO =	0,42	EGO : Age: medium
Fr+rF =	0	
SumV =	0	Naive Self Image
FD =	0	
An+Xy =	2	
MOR =	2	
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:1	Self R° NA

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper = NA			
a/p = 1 : 1	NA	Sum6= 0	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 0	
MOR=2		WSum6 : Age	
m=0			
FM=1	hasty needs satisfaction	no problem	
Ma/Mp = 1 : 0	NA	M- = 0	
Intel° = 1	0	Mnone 0	

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=12 μ=6
Generally Negative Features,GN Sum=0 μ=0

Résumé formel MC10

Compute for Scoring	R = 15	L = 2,00	F% = 0,67
			Age: 40

				Controls	
EB	= 1 : 2	EA = 3	EBper : 2,0	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 1 : 1	es = 2	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es : 2	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 1	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		
EBt (XP)	EBt = 0,33				

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=1
			DEPI=3
EB: NA,			CDI=3
			HVI: ns.
			OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	*EB: NA, avoidant*	
eb	= 1 : 1	
Afr	= 0,36	Afr : EB : Age
PC% = 0,27		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 1:2	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 1:1	Lability (2/5)
Pure C	= 1	occasional discharge
S	= 1	lateS = 0
Blends/R	= 0:15	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:15	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing		
PSV = 0		attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd = -3		scanning
Dd = 2		
Zf = 7	medium	efforts
W/D = 6:7	ecomonical	easy:5:6
DQ+ = 2	low	quality
DQv,v/+ = 2	failures	.
W/M = 6:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,60
WDA% =	0,62
X-% =	0,27
S- =	1
P =	5
X+% =	0,53
Xu% =	0,07
Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	3/4
BC-	1/4
CC-	3/4
RC-	1/2
PC-	1/4
S-	1/4
Dd-	1/4
M-	1/4
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	3/4
AnXySxBl-	3/4
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP =	0	discomfor
AG =	0	t
GHR:PHR =	2 : 1	
a:p =	1 : 1	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	2	
Pure H =	2	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,07	

Self		
EGO =	0,27	EGO : Age: low
Fr+rF =	0	
SumV =	0	
FD =	0	
An+Xy =	0	
MOR =	0	
H:(H)+Hd+(Hd) =	2:0	Self R° NA

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper = 2,0			
a/p = 1 : 1	NA	Sum6= 0	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 0	
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=1	hasty needs satisfaction	no problem	
Ma/Mp = 1 : 0	NA	M- = 1	
Intel° = 0	0	Mnone 0	

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=11 μ=5,5
Generally Negative Features,GN Sum=0 μ=0

Résumé formel MC11

Compute for Scoring	R = 32	L = 4,33	F% = 0,81
		Age: 49	

				Controls	
EB	= 2 : 0,5	EA = 2,5	EBper = 4,0	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 4 : 1	es = 5	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es = 3	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 1	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 3	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = -0,6

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA, avoidant*	*CDI*
eb	= 4 : 1	
Afr	= 0,45	Afr : EB : Age
PC% = 0,31		medium
ΣC':WΣC	= 1:0,5	E.Inhibition
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 1:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 1	lateS = 0
Blends/R	= 2:32	Bld% 0,06
StressBld	= 1	
Adj Blend	= 2:32	AdjBld% 0,06
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 3	Attention Difficulty (2/2)	attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -2,5		scanning
Dd	= 5	atypical processing	
Zf	= 6	medium	efforts
W/D	= 4:23	ecomonical	easy:3:4
DQ+	= 3	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 4:2		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 3

Mediation	
XA%	= 0,78
WDA%	= 0,81
X-%	= 0,22
S-	= 1
P	= 7
X+%	= 0,53
Xu%	= 0,25
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	3/7
BC-	4/7
CC-	3/7
RC-	0
PC-	3/7
S-	1/7
Dd-	2/7
M-	0
FMm-	3/7
Color-	0
Shd-	0
F-	4/7
AnXySxBl-	0
Hcont-	2/7

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 3 : 2	
a:p	= 3 : 3	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 5	
Pure H	= 4	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,28	reluctance

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper	= 4,0	Pervasive	
a/p	= 3 : 3	Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=1		WSum6 : Age	
m=3	peripheral ideation (stress)		
FM=1		no problem	
Ma/Mp	= 2 : 0	M- =	0
Intel°	= 0	0 Mnone	0

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self		
EGO	= 0,06	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 0	
MOR	= 1	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 4:1	Self R° experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=25 μ=5
Generally Negative Features,GN Sum=7 μ=1,4

Résumé formel MC12

Compute for Scoring	R = 17	L = 0,31	F% = 0,24
		Age: 48	

				Controls	
EB	= 4 : 4,5	EA = 8,5	EBper = 1,1	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 5 : 2	es = 7	D = 0	Step 2) EA	Valid AdjD
ambitent		Adj es = 6	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 3	SumC'= 2	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 2	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 0,06

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent			PTI=2
			DEPI=4
			CDI=1
			HVI: ns.
			OBS: ns.

M- OU MP>MA OU WSUM6>5 : IDEATION -> MEDIATION -> PROCESSING -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	*ambitent*	
eb	= 5 : 2	
Afr	= 0,55	Afr : EB : Age
PC% = 0,35		medium
ΣC':WΣC	= 2:4,5	
intel	23	Intell° (defense)
CP	= 0	
FC:CF+C	= 2:3	Lability (2/5)
Pure C	= 1	occasional discharge
S	= 2	lateS = 1
Blends/R	= 3:17	Bld% 0,18
StressBld	= 1	
Adj Blend	= 3:17	AdjBld% 0,18
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
medium		medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= 0		scanning
Dd	= 3		
Zf	= 11	medium	efforts
W/D	= 7:7	ecomonical	easy:5:7
DQ+	= 6	medium	quality
DQv,v/+	= 2	failures	.
W/M	= 7:4		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA%	= 0,65
WDA%	= 0,57
X-%	= 0,18
S-	= 0
P	= 2
X+%	= 0,41
Xu%	= 0,24
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	2/3
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	2/3
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	1/3
FMm-	1/3
Color-	0
Shd-	0
F-	1/3
AnXySxBl-	0
Hcont-	1/3

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 2	positive
AG	= 2	&
GHR:PHR	= 4 : 7	
a:p	= 6 : 3	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 5	
Pure H	= 4	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,71	isolated

Ideation	*ambitent*		
EBper	= 1,1		
a/p	= 6 : 3	fixed values	Sum6= 7
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 18
MOR=2			WSum6 : Age
m=2	peripheral ideation (stress)		
FM=3			disturbed thinking 3/3
Ma/Mp	= 2 : 2		M- = 1
Intel°	= 23	Intell° (defense)	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self		
EGO	= 0,18	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 1	
MOR	= 2	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 4:1	Self R° experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=21 μ=4,2
Generally Negative Features,GN Sum=11 μ=2,2

Résumé formel MC13

Compute for Scoring	R = 27	L = 1,70	F% = 0,63
		Age: 45	

EB	= 0 : 2	EA =	2	EBper :	NA	Controls	
eb	= 4 : 4	es =	8	D =	-2	Step 1) Adj D	Vulnerable
EB: NA, avoidant		Adj es :	6	Adj D =	-1	Step 2) EA	Valid AdjD
						Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 1	SumC'=	4	SumT=	0		
m	= 3	SumV=	0	SumY=	0	Step 4) Adj es	Abandon

EBt (XP) EBt = 1

S-CON = 7			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=1
	D<Daj		DEPI=6*
EB: NA,	CDI>3	DEPI&CDI	CDI=5*
Passive	Daj<0	DEPI>5	HVI: ns.
			OBS: ns.

DEPI & CDI : RELATIONS -> SELF -> CONTROLS -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	DEPI	CDI
eb	= 4 : 4		
Irritation			
Afr	= 0,23	Afr : EB : Age	
PC% = 0,19		E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC	= 4:2	E.Inhibition	
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 2:1	Normal (3/5)	
Pure C	= 0		
S	= 4	lateS = 0	
Blends/R	= 1:27	Bld%	0,04
StressBld	= 1		
Adj Blend	= 1:27	AdjBld%	0,04
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -5,5	underincorporative	scanning
Dd	= 4	atypical processing	
Zf	= 11	high	efforts
W/D	= 10:13	ecomonical	easy:8:10
DQ+	= 4	low	quality
DQv,v/+	= 3	failures	.
W/M	= 10:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 3

Mediation	
XA%	= 0,59
WDA%	= 0,65
X-%	= 0,26
S-	= 3
P	= 2
X+%	= 0,30
Xu%	= 0,30
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	4/7
BC-	1/7
CC-	6/7
RC-	3/7
PC-	3/7
S-	3/7
Dd-	3/7
M-	0
FMm-	0
Color-	2/7
Shd-	0
F-	5/7
AnXySxBl-	4/7
Hcont-	1/7

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 0 : 2	
a:p	= 1 : 3	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,44	isolated

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper	= NA		
a/p	= 1 : 3	fixed values	
HVI		Sum6=	0
OBS		Lvl2 =	0
		Wsum6	0
MOR=3	pessimism	WSum6 : Age	
m=3	peripheral ideation (stress)		
FM=1		no problem	
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	
Intel°	= 0	0	
M-	= 0		
Mnone	0		

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Self		
EGO	= 0,04	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 5	
MOR	= 3	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:2	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=8 μ=4
Generally Negative Features,GN Sum=4 μ=2

Résumé formel MC14

Compute for Scoring	R = 15	L = 2,75	F% = 0,73
		Age: 46	

EB	= 0 : 0	EA =	0	EBper :	NA	Controls	
eb	= 4 : 0	es =	4	D =	-1	Step 1) Adj D	Vulnerable
EB: NA, avoidant		Adj es :	4	Adj D =	-1	Step 2) EA	Valid AdjD
						Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 4	SumC'=	0	SumT=	0		
m	= 0	SumV=	0	SumY=	0	Step 4) Adj es	Abandon

EBt (XP) #

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
Passive	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb	= 4 : 0	
Afr	= 0,50	Afr : EB : Age
PC% = 0,33		medium
ΣC':WΣC	= 0:0	
intel	2	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:0	NA
Pure C	= 0	
S	= 2	lateS = 1
Blends/R	= 0:15	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:15	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -0,5		scanning
Dd	= 4	atypical processing	
Zf	= 9	medium	efforts
W/D	= 6:5	ecomonical	easy:4:6
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 6:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA%	= 0,47
WDA%	= 0,45
X-%	= 0,53
S-	= 1
P	= 2
X+%	= 0,27
Xu%	= 0,20
Stp3a FQ- Homogeneity (8)	
3.1stC-	0
BC-	3/8
CC-	5/8
RC-	0
PC-	5/8
S-	1/8
Dd-	1/4
M-	0
FMm-	1/8
Color-	0
Shd-	0
F-	7/8
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	1/2

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations	(Perception)	
COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 0 : 4	
a:p	= 1 : 3	Passive
Food	= 1	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,00	

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper	= NA		
a/p	= 1 : 3	fixed values	
HVI		Sum6=	1
OBS		Lvl2 =	0
		Wsum6	1
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=4		no problem	
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	
Intel°	= 2	0	
M-	= 0		
Mnone	0		

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Self		
EGO	= 0,13	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	
FD	= 0	
An+Xy	= 7	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:4	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=17 μ=4,3
Generally Negative Features,GN Sum=7 μ=1,8

Résumé formel MC15

Compute for Scoring	R = 14	L = 0,40	F% = 0,29
			Age: 40

				Controls	
EB	= 1 : 1,5	EA = 2,5	EBper = 1,5	Step 1) Adj D	Vulnerable
eb	= 5 : 2	es = 7	D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD
EB: NA,		Adj es = 6	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4
FM	= 3	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 2	SumV= 0	SumY= 1		

EBt (XP) EBt = 0,2

S-CON = 6			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
EB: NA,	Daj<0		PTI=3 DEPI=4 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

DAJ <0 : CONTROLS THEN,
ΣSHD>FM+M OU CF+C>FC+1 OU AFR<0,46: AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA,*		
eb	= 5 : 2		
Afr	= 0,17	Afr : EB : Age	
PC% = 0,14		E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC	= 1:1,5		
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 3:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C	= 0		
S	= 0	lateS = 0	
Blends/R	= 1:14	Bld%	0,07
StressBld	= 1		
Adj Blend	= 1:14	AdjBld%	0,07
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -2		scanning
Dd	= 1		
Zf	= 7	low	efforts
W/D	= 6:7	ecomonical	easy:5:6
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 2	failures	.
W/M	= 6:1	Positive	objectives
########			

Mediation	
XA%	= 0,43
WDA%	= 0,46
X-%	= 0,43
S-	= 0
P	= 0
X+%	= 0,36
Xu%	= 0,07
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	1/2
PC-	1/6
S-	0
Dd-	1/6
M-	0
FMm-	1/2
Color-	1/3
Shd-	1/6
F-	1/6
AnXySxBl-	1/6
Hcont-	1/2

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	agressive
AG	= 3	
GHR:PHR	= 0 : 6	
a:p	= 6 : 0	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 5	
Pure H	= 3	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,50	isolated
H Cont:R:EB (Interest		high
Hpur:R:EB (comp°)		NA

Ideation	*EB: NA,*		
EBper	= 1,5		
a/p	= 6 : 0	rigid values	Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=4	pessimism		WSum6 : Age
m=2	peripheral ideation (stress)		no problem
FM=3			
Ma/Mp	= 1 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Self			
EGO	= 0,14	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 1		
MOR	= 4		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 3:2	Self R°	imagination

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=20 μ=4
Generally Negative Features,GN Sum=6 μ=1,2

Résumé formel MC16

Compute for Scoring	R = 21	L = 2,00	F% = 0,67
			Age: 45

				Controls	
EB	= 2 : 1,5	EA = 3,5	EBper = 1,3	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 3 : 1	es = 4	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es = 4	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 3	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 0	SumY= 1		

EBt (XP) EBt = -0,14

S-CON = 8 Positive			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
avoidant		PTI>3	PTI=4 DEPI=5* CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.
EB: NA,			

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	*EB: NA, avoidant DEPI*		
eb	= 3 : 1		
Afr	= 0,62	Afr : EB : Age	
PC% = 0,38		medium	
ΣC':WΣC	= 0:1,5		
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:1	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 1	occasional discharge	
S	= 0	lateS = 0	
Blends/R	= 2:21	Bld%	0,10
StressBld	= 1		
Adj Blend	= 2:21	AdjBld%	0,10
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 1		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	
confusion			

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -5	underincorporative	scanning
Dd	= 1		
Zf	= 10	medium	efforts
W/D	= 5:15	ecomonical	easy:4:5
DQ+	= 5	medium	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 5:2	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA%	= 0,62
WDA%	= 0,65
X-%	= 0,33
S-	= 0
P	= 7
X+%	= 0,48
Xu%	= 0,14
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	3/7
BC-	3/7
CC-	4/7
RC-	1/7
PC-	3/7
S-	0
Dd-	1/7
M-	1/7
FMm-	1/7
Color-	0
Shd-	0
F-	5/7
AnXySxBl-	5/7
Hcont-	2/7

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	agressive
AG	= 2	
GHR:PHR	= 2 : 7	
a:p	= 3 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 7	
Pure H	= 1	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,10	
H Cont:R:EB (Interest		medium
Hpur:R:EB (comp°)		misunderst

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper	= 1,3		
a/p	= 3 : 2		Sum6= 4
HVI			Lvl2 = 3
OBS			Wsum6 22
MOR=4	pessimism		WSum6 : Age
m=0			disturbed thinking 3/3
FM=3			
Ma/Mp	= 1 : 1		M- = 1
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Self			
EGO	= 0,48	EGO : Age:	high
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 2		
An+Xy	= 5		
MOR	= 4		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:6	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=35 μ=5
Generally Negative Features,GN Sum=8 μ=1,1

Résumé formel MC17

Compute for Scoring	R = 27	L = 2,86	F% = 0,74
			Age: 45

				Controls	
EB	= 1 : 2,5	EA = 3,5	EBper : 2,5	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 3 : 0	es = 3	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es : 3	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 3	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 0,43

S-CON = 4			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
avoidant			PTI=2
			DEPI=3
EB: NA, Passive	CDI>3		CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA, avoidant*	*CDI*
eb	= 3 : 0	
Afr	= 0,42	Afr : EB : Age
PC% = 0,3		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 0:2,5	
intel	2	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 2:1	Normal (3/5)
Pure C	= 1	occasional discharge
S	= 2	lateS = 1
Blends/R	= 2:27	Bld% 0,07
Stress Bld	= 0	
Adj Blend	= 2:27	AdjBld% 0,07
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing		
PSV = 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd = -8,5	underincorporative	scanning
Dd = 4	atypical processing	
Zf = 11	high	efforts
W/D = 11:12	ecomonical	easy:8:11
DQ+ = 1	low	quality
DQv,v/+ = 1		.
W/M = 11:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,67
WDA% =	0,65
X-% =	0,30
S- =	1
P =	7
X+% =	0,56
Xu% =	0,11
Stp3a FQ- Homogeneity (8)	
3.1stC-	1/2
BC-	3/8
CC-	5/8
RC-	3/8
PC-	1/4
S-	1/8
Dd-	1/8
M- 0	
FMm- 0	
Color-	1/8
Shd- 0	
F-	7/8
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	1/8

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP =	0	discomfor
AG =	0	t
GHR:PHR =	2 : 1	
a:p =	0 : 4	Passive
Food =	1	
SumT =	0	
H Cont. =	3	
Pure H =	1	
PER =	2	
Isol° Indx =	0,26	reluctance

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper =	2,5	Pervasive	
a/p =	0 : 4	rigid values	Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			
FM=3			no problem
Ma/Mp =	0 : 1	NA	M- = 0
Intel° =	2	0	Mnone 0

Self		
EGO =	0,19	EGO : Age: low
Fr+rF =	0	
SumV =	0	
FD =	2	
An+Xy =	4	
MOR =	0	
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:2	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=17 μ=5,7
Generally Negative Features,GN Sum=1 μ=0,3

Résumé formel MC18

Compute for Scoring	R = 18	L = 0,50	F% = 0,33
			Age: 46

				Controls	
EB	= 4 : 4	EA = 8	EBper : 1,0	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 6 : 4	es = 10	D = 0	Step 2) EA	Valid AdjD
ambitent		Adj es : 6	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 3	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 3	SumV= 0	SumY= 3		

EBt (XP) EBt = 0

S-CON = 7			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
ambitent			PTI=3
			DEPI=4
			CDI=2
			HVI: ns.
			OBS: ns.

M- OU MP>MA OU WSUM6>5 : IDEATION -> MEDIATION -> PROCESSING -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	*ambitent*	
eb	= 6 : 4	Discomfort
		Helplessness
Afr	= 0,64	Afr : EB : Age
PC% = 0,39		medium
ΣC':WΣC	= 1:4	
intel	2	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 5:1	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 1	occasional discharge
S	= 4	lateS = 3
Blends/R	= 7:18	Bld% 0,39
Stress Bld	= 2	
Adj Blend	= 6:18	AdjBld% 0,33
3xBld	= 1	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 1	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
high		medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing		
PSV = 0		attention
DQv 1st = 0		
Zd = -1		scanning
Dd = 4	atypical processing	
Zf = 13	medium	efforts
W/D = 11:3	effort	easy:8:11
DQ+ = 6	medium	quality
DQv,v/+ = 2	failures	.
W/M = 11:4	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA% =	0,39
WDA% =	0,50
X-% =	0,50
S- =	2
P =	2
X+% =	0,22
Xu% =	0,17
Stp3a FQ- Homogeneity (9)	
3.1stC-	4/9
BC-	4/9
CC-	5/9
RC-	2/9
PC-	1/3
S-	2/9
Dd-	4/9
M-	4/9
FMm-	2/9
Color-	4/9
Shd-	2/9
F-	1/3
AnXySxBl-	4/9
Hcont-	4/9

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP =	0	discomfor
AG =	0	t
GHR:PHR =	0 : 5	
a:p =	5 : 5	
Food =	1	
SumT =	0	
H Cont. =	4	
Pure H =	4	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,28	reluctance

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Ideation	*ambitent*		
EBper =	1,0		
a/p =	5 : 5		Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=5		pessimism	WSum6 : Age
m=3		peripheral ideation (stress)	
FM=3			no problem
Ma/Mp =	0 : 4	Snow White S.	M- = 4
Intel° =	2	0	Mnone 0

Self		
EGO =	0,00	EGO : Age: low
Fr+rF =	0	
SumV =	0	
FD =	0	Naive Self Image
An+Xy =	4	
MOR =	5	
H:(H)+Hd+(Hd) =	4:0	Self R° experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=14 μ=3,5
Generally Negative Features,GN Sum=16 μ=4

Résumé formel MC19

Compute for Scoring	R = 17	L = 7,50	F% = 0,88
		Age: 41	

				Controls	
EB	= 0 : 1	EA = 1	EBper : NA	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 0 : 0	es = 0	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es : 0	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 0	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 1

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb	= 0 : 0	
Afr	= 0,42	Afr : EB : Age
PC% = 0,29		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 0:1	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:1	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 0	
S	= 1	lateS = 0
Blends/R	= 0:17	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:17	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= NA		scanning
Dd	= 5	atypical processing	
Zf	= 1	low	efforts
W/D	= 0:12	ecomonical	easy:0:0
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 0:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA%	= 0,76
WDA%	= 0,83
X-%	= 0,24
S-	= 1
P	= 3
X+%	= 0,53
Xu%	= 0,24
Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/4
CC-	3/4
RC-	1/2
PC-	1/4
S-	1/4
Dd-	1/2
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	3/4
AnXySxBl-	1/4
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 0 : 3	
a:p	= 0 : 0	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,12	

Self		
EGO	= 0,00	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	
FD	= 1	
An+Xy	= 2	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:3	Self R° NA

Ideation	EB: NA, avoidant	
EBper	= NA	
a/p	= 0 : 0	NA
HVI		
OBS		
MOR=0		WSum6 : Age
m=0		
FM=0	hasty needs satisfaction	no problem
Ma/Mp	= 0 : 0	NA
Intel°	= 0	0

Sum6=	0	
Lvl2 =	0	
Wsum6	0	
M-	= 0	
Mnone	0	

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=16 μ=5,3
Generally Negative Features,GN Sum=1 μ=0,3

Résumé formel MC20

Compute for Scoring	R = 17	L = 2,40	F% = 0,71
		Age: 47	

				Controls	
EB	= 2 : 1	EA = 3	EBper : 2,0	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 0 : 1	es = 1	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es : 1	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 0	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = -0,33

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=4
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
Passive			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb	= 0 : 1	
Afr	= 0,42	Afr : EB : Age
PC% = 0,29		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 1:1	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 2:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 0:17	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:17	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -5	underincorporative	scanning
Dd	= 1		
Zf	= 4	low	efforts
W/D	= 4:12	ecomonical	easy:4:4
DQ+	= 0	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 4:2		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA%	= 0,53
WDA%	= 0,56
X-%	= 0,47
S-	= 0
P	= 3
X+%	= 0,47
Xu%	= 0,06
Stp3a FQ- Homogeneity (8)	
3.1stC-	1/4
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/8
PC-	3/8
S-	0
Dd-	1/8
M-	1/8
FMm-	0
Color-	1/8
Shd-	1/8
F-	5/8
AnXySxBl-	7/8
Hcont-	1/4

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 1 : 3	
a:p	= 0 : 2	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,00	

Self		
EGO	= 0,24	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 6	
MOR	= 1	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:2	Self R° NA

Ideation	EB: NA, avoidant	
EBper	= 2,0	
a/p	= 0 : 2	NA
HVI		
OBS		
MOR=1		WSum6 : Age
m=0		
FM=0	hasty needs satisfaction	no problem
Ma/Mp	= 0 : 2	Snow White S.
Intel°	= 0	0

Sum6=	0	
Lvl2 =	0	
Wsum6	0	
M-	= 1	
Mnone	0	

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=17 μ=5,7
Generally Negative Features,GN Sum=2 μ=0,7

Résumé formel MC 21

Compute for Scoring	R = 20	L = 1,22	F% = 0,55
			Age: 48

				Controls	
EB	= 2 : 1	EA = 3	EBper : 2,0	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 4 : 1	es = 5	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es : 5	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 4	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 1	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = -0,33

S-CON = 3			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
avoidant			PTI=0
			DEPI=4
EB: NA, Passive	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA, avoidant*	*CDI*
eb	= 4 : 1	Discomfort
	S.Criticism	
Afr	= 0,43	Afr : EB : Age
PC% = 0,3		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 0:1	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 2:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 1	lateS = 0
Blends/R	= 0:20	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:20	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= 2,5		scanning
Dd	= 3		
Zf	= 8	medium	efforts
W/D	= 5:12	ecomonical	easy:3:5
DQ+	= 4	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 5:2	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA%	= 0,85
WDA%	= 0,82
X-%	= 0,15
S-	= 1
P	= 1
X+%	= 0,70
Xu%	= 0,15
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	2/3
BC-	0
CC-	1
RC-	2/3
PC-	1/3
S-	1/3
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	1/3
F-	2/3
AnXySxBl-	1/3
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 1 : 3	
a:p	= 1 : 5	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,10	

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper	= 2,0		
a/p	= 1 : 5	rigid values	Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			
FM=4			no problem
Ma/Mp	= 0 : 2	Snow White S.	M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Self		
EGO	= 0,50	EGO : Age: high
Fr+rF	= 0	
SumV	= 1	Self Criticism
FD	= 0	
An+Xy	= 2	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:2	Self R° NA

H Cont:R:EB (Interest medium
Hpur:R:EB (comp°) realist

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=22 μ=5,5
Generally Negative Features,GN Sum=3 μ=0,8

Résumé formel MC22

Compute for Scoring	R = 21	L = 2,50	F% = 0,71
			Age: 43

				Controls	
EB	= 0 : 1	EA = 1	EBper : NA	Step 1) Adj D	Vulnerable
eb	= 2 : 4	es = 6	D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD
EB: NA, avoidant		Adj es : 4	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 2	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 0	SumY= 3		

EBt (XP) EBt = 1

S-CON = 5			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
avoidant			PTI=2
Reflection			DEPI=4
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA, avoidant*	*CDI*
eb	= 2 : 4	Discomfort
	Helplessness	
Afr	= 0,24	Afr : EB : Age
PC% = 0,19		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 1:1	
intel	2	0
CP	= 1	
FC:CF+C	= 2:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 3:21	Bld% 0,14
StressBld	= 2	
Adj Blend	= 2:21	AdjBld% 0,10
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 1	
Shd Bld	= 1	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
high		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld
confusion		***

Processing			
PSV	= 2	Attention Difficulty (2/2)	attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -4	underincorporative	scanning
Dd	= 2		
Zf	= 10	medium	efforts
W/D	= 10:9	ecomonical	easy:7:10
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 10:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA%	= 0,62
WDA%	= 0,68
X-%	= 0,33
S-	= 0
P	= 3
X+%	= 0,48
Xu%	= 0,14
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	2/7
BC-	3/7
CC-	4/7
RC-	1/7
PC-	3/7
S-	0
Dd-	2/7
M-	0
FMm-	0
Color-	1/7
Shd-	2/7
F-	5/7
AnXySxBl-	6/7
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 1 : 0	
a:p	= 1 : 1	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 1	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,14	

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper	= NA		
a/p	= 1 : 1	NA	Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			
FM=2		hasty needs satisfaction	no problem
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 2	0	Mnone 0

Self		
EGO	= 0,33	EGO : Age: medium
Fr+rF	= 1	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 6	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:0	Self R° NA

H Cont:R:EB (Interest low
Hpur:R:EB (comp°) realist

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=6 μ=6
Generally Negative Features,GN Sum=0 μ=0

Résumé formel MC23

Compute for Scoring	R = 18	L = 17,00	F% = 0,94
		Age: 48	

				Controls	
EB	= 0 : 0,5	EA = 0,5	EBper : NA	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 0 : 0	es = 0	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es : 0	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 0	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 1

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	*EB: NA, avoidant*	*CDI*
eb	= 0 : 0	
Afr	= 0,29	Afr : EB : Age
PC% = 0,22		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 0:0,5	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 1:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 1	lateS = 1
Blends/R	= 0:18	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:18	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -1		scanning
Dd	= 3		
Zf	= 7	medium	efforts
W/D	= 5:10	ecomonical	easy:4:5
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 5:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA%	= 0,33
WDA%	= 0,40
X-%	= 0,67
S-	= 1
P	= 4
X+%	= 0,28
Xu%	= 0,06
Stp3a FQ- Homogeneity (12)	
3.1stC-	7/12
BC-	5/12
CC-	7/12
RC-	1/3
PC-	1/4
S-	1/12
Dd-	1/4
M-	0
FMm-	0
Color-	1/12
Shd-	0
F-	11/12
AnXySxBl-	1/3
Hcont-	1/6

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 1 : 3	
a:p	= 0 : 0	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,00	

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper	= NA		
a/p	= 0 : 0	NA	Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 1
OBS			Wsum6 7
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			ideational slippage
FM=0	hasty needs satisfaction		1/3
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Self		
EGO	= 0,17	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 5	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:4	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=22 μ=5,5
Generally Negative Features,GN Sum=2 μ=0,5

Résumé formel MC24

Compute for Scoring	R = 17	L = 0,21	F% = 0,18
		Age: 44	

				Controls	
EB	= 4 : 2,5	EA = 6,5	EBper : 1,6	Step 1) Adj D	Vulnerable
eb	= 5 : 8	es = 13	D = -2	Step 2) EA	Valid AdjD
ambitent		Adj es : 10	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 3	SumC'= 3	SumT= 0	Step 4) Adj es	Underestimated AdjD
m	= 2	SumV= 2	SumY= 3		

EBt (XP) EBt = -0,23

DEPI>5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
			PTI=1
	D<Daj		DEPI=6*
ambitent			CDI=1
	Daj<0	DEPI>5	HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	*ambitent*	*DEPI*
eb	= 5 : 8	Discomfort
	Irritation Helplessness S.Criticism	
Afr	= 0,70	Afr : EB : Age
PC% = 0,41		medium
ΣC':WΣC	= 3:2,5	E.Inhibition
intel	27	Intell° (defense)
CP	= 1	
FC:CF+C	= 1:2	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 0	
S	= 2	lateS = 1
Blends/R	= 5:17	Bld% 0,29
StressBld	= 1	
Adj Blend	= 5:17	AdjBld% 0,29
3xBld	= 1	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 2	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
medium		medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld
confusion		

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -1		scanning
Dd	= 2		
Zf	= 11	medium	efforts
W/D	= 9:6		easy:6:9
DQ+	= 5	medium	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 9:4	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA%	= 0,76
WDA%	= 0,80
X-%	= 0,24
S-	= 1
P	= 3
X+%	= 0,35
Xu%	= 0,41
Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	1/4
BC-	1/4
CC-	3/4
RC-	1/4
PC-	1/2
S-	1/4
Dd-	1/4
M-	1/2
FMm-	1/4
Color-	1/4
Shd-	1/2
F-	0
AnXySxBl-	1/4
Hcont-	1/2

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	agressive
AG	= 3	
GHR:PHR	= 2 : 6	
a:p	= 5 : 4	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 5	
Pure H	= 3	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,18	

Ideation	*ambitent*		
EBper	= 1,6		
a/p	= 5 : 4		Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=6	pessimism		WSum6 : Age
m=2	peripheral ideation (stress)		
FM=3			no problem
Ma/Mp	= 0 : 4	Snow White S.	M- = 2
Intel°	= 27	Intell° (defense)	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self		
EGO	= 0,12	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 2	Self Criticism
FD	= 0	
An+Xy	= 3	
MOR	= 6	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 3:2	Self R° experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=20 μ=4
Generally Negative Features,GN Sum=12 μ=2,4

Résumé formel MC25

Compute for Scoring	R = 17	L = 3,25	F% = 0,76
			Age: 43

				Controls	
EB	= 0 : 1	EA = 1	EBper : NA	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 1 : 2	es = 3	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es : 3	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 1	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 2	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 1

S-CON = 7			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
avoidant			PTI=2
			DEPI=6*
EB: NA,	CDI>3	DEPI&CDI	CDI=4*
		DEPI>5	HVI: ns.
			OBS: ns.

DEPI & CDI : RELATIONS -> SELF -> CONTROLS -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA, avoidant*	*DEPI*	*CDI*
eb = 1 : 2			
S.Criticism			
Afr = 0,42	Afr : EB : Age		
PC% = 0,29	E.avoidance (cf. C':C & intell°)		
ΣC':WΣC = 0:1			
intel 0	0		
CP = 0			
FC:CF+C = 2:0	Overcontrolled (5/5)		
Pure C = 0			
S = 4	lateS = 3		
Blends/R = 1:17	Bld% 0,06		
StressBld = 0			
Adj Blend = 1:17	AdjBld% 0,06		
3xBld = 0			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 1			
Shd Bld = 0			
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L		
low	low		
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld		
confusion			

Processing			
PSV = 2	Attention Difficulty (2/2)	attention	
DQv 1st = 0			
Zd = -6	underincorporative	scanning	
Dd = 2			
Zf = 10	medium	efforts	
W/D = 9:6		easy:8:9	
DQ+ = 1	low	quality	
DQv,v/+ = 0		.	
W/M = 9:0	NA	objectives	

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,65
WDA% =	0,73
X-% =	0,35
S- =	3
P =	3
X+% =	0,47
Xu% =	0,18
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	1/3
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/6
PC-	1/3
S-	1/2
Dd-	1/3
M-	0
FMm-	0
Color-	1/3
Shd-	1/3
F-	1/2
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	1/2

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP =	0	discomfor
AG =	0	t
GHR:PHR =	0 : 4	
a:p =	1 : 0	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	4	
Pure H =	0	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,00	

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper = NA			
a/p = 1 : 0	NA	Sum6= 0	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 0	
MOR=2		WSum6 : Age	
m=0			
FM=1	hasty needs satisfaction	no problem	
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- = 0	
Intel° = 0	0	Mnone 0	

Self		
EGO =	0,06	EGO : Age: low
Fr+rF =	0	
SumV =	2	Self Criticism
FD =	0	
An+Xy =	2	
MOR =	2	
H:(H)+Hd+(Hd) =	0:4	Self R° NA

H Cont:R:EB (Interest medium
Hpur:R:EB (comp°) misunderst

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=14 μ=3,5
Generally Negative Features,GN Sum=11 μ=2,8

Résumé formel MC26

Compute for Scoring	R = 18	L = 2,00	F% = 0,67
			Age: 34

				Controls	
EB	= 0 : 3	EA = 3	EBper : NA	Step 1) Adj D	Controlled
eb	= 0 : 0	es = 0	D = 1	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es : 0	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 0	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 1

S-CON = 3			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
avoidant			PTI=0
			DEPI=2
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA, avoidant*	*CDI*
eb = 0 : 0		
Afr = 0,50	Afr : EB : Age	
PC% = 0,33	medium	
ΣC':WΣC = 0:3		
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 6:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C = 0		
S = 0	lateS = 0	
Blends/R = 0:18	Bld% 0,00	
StressBld = 0		
Adj Blend = 0:18	AdjBld% 0,00	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
low	low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0		attention	
DQv 1st = 0			
Zd = 1,5		scanning	
Dd = 2			
Zf = 4	low	efforts	
W/D = 2:14	ecomonical	easy:2:2	
DQ+ = 2	low	quality	
DQv,v/+ = 0		.	
W/M = 2:0	NA	objectives	

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,83
WDA% =	0,81
X-% =	0,17
S- =	0
P =	1
X+% =	0,33
Xu% =	0,50
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	1/3
BC-	0
CC-	1
RC-	1/3
PC-	2/3
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	2/3
Shd-	0
F-	1/3
AnXySxBl-	1/3
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP =	0	discomfor
AG =	0	t
GHR:PHR =	1 : 2	
a:p =	0 : 0	
Food =	1	
SumT =	0	
H Cont. =	3	
Pure H =	0	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,17	

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper = NA			
a/p = 0 : 0	NA	Sum6= 0	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 0	
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=0	hasty needs satisfaction	no problem	
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- = 0	
Intel° = 0	0	Mnone 0	

Self		
EGO =	0,33	EGO : Age: medium
Fr+rF =	0	
SumV =	0	Naive Self Image
FD =	0	
An+Xy =	2	
MOR =	0	
H:(H)+Hd+(Hd) =	0:3	Self R° NA

H Cont:R:EB (Interest low
Hpur:R:EB (comp°) misunderst

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=17 μ=5,7
Generally Negative Features,GN Sum=0 μ=0

Résumé formel MC27

Compute for Scoring	R = 20	L = 1,22	F% = 0,55
		Age: 47	

EB	= 0 : 8	EA =	8	EBper :	NA
eb	= 2 : 2	es =	4	D =	1
EB: NA, avoidant		Adj es :	4	Adj D =	1
FM	= 2	SumC'=	2	SumT=	0
m	= 0	SumV=	0	SumY=	0

EBt (XP) EBt = 1

Controls	
Step 1) Adj D	Controlled
Step 2) EA	cf. Step 4
Step 3) EB &L	Invalid AdjD (WsumC=0)
Step 4) Adj es	Abandon

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=4
EB: NA,			CDI=3
Passive			HVI: ns.
			OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	*EB: NA, avoidant*	
eb	= 2 : 2	
Afr	= 0,67	Afr : EB : Age
PC% = 0,4		high
ΣC':WΣC	= 2:8	
intel	3	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 1:5	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 5	frequent discharge
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 1:20	Bld% 0,05
Stress Bld	= 0	
Adj Blend	= 1:20	AdjBld% 0,05
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 1	
Shd Bld	= 0	

Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L
low	low

3xBld % & >3xBld

Col-Shd Bld : EB	Shd Bld
confusion	

Processing			
PSV	= 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -5,5	underincorporative	scanning
Dd	= 0		
Zf	= 8	medium	efforts
W/D	= 7:13	ecomonical	easy:6:7
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 5	failures	.
W/M	= 7:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA%	= 0,40
WDA%	= 0,40
X-%	= 0,35
S-	= 0
P	= 4
X+%	= 0,30
Xu%	= 0,10

Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	2/7
BC-	2/7
CC-	5/7
RC-	1/7
PC-	4/7
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	2/7
Color-	0
Shd-	1/7
F-	4/7
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 0 : 1	
a:p	= 0 : 2	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 1	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,40	isolated

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper	= NA		
a/p	= 0 : 2	NA	Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 3
MOR=1			WSum6 : Age
m=0			
FM=2		hasty needs satisfaction	no problem
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 3	0	Mnone 0

Self		
EGO	= 0,10	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 0	
MOR	= 1	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:1	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=5 μ=5
Generally Negative Features,GN Sum=0 μ=0

Résumé formel MC28

Compute for Scoring	R = 17	L = 7,50	F% = 0,88
		Age: 40	

EB	= 1 : 0,5	EA =	1,5	EBper :	2,0
eb	= 0 : 0	es =	0	D =	0
EB: NA, avoidant		Adj es :	0	Adj D =	0
FM	= 0	SumC'=	0	SumT=	0
m	= 0	SumV=	0	SumY=	0

EBt (XP) EBt = -0,33

Controls	
Step 1) Adj D	Normal
Step 2) EA	cf. Step 4
Step 3) EB &L	Invalid EA
Step 4) Adj es	Abandon

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=4
EB: NA,			CDI=3
			HVI: ns.
			OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	*EB: NA, avoidant*	
eb	= 0 : 0	
Afr	= 0,70	Afr : EB : Age
PC% = 0,41		high
ΣC':WΣC	= 0:0,5	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 1:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 4	lateS = 2
Blends/R	= 0:17	Bld% 0,00
Stress Bld	= 0	
Adj Blend	= 0:17	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	

Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L
low	low

3xBld % & >3xBld

Col-Shd Bld : EB	Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -2		scanning
Dd	= 4	atypical processing	
Zf	= 8	medium	efforts
W/D	= 5:8	ecomonical	easy:5:5
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 5:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA%	= 0,53
WDA%	= 0,62
X-%	= 0,47
S-	= 3
P	= 4
X+%	= 0,35
Xu%	= 0,18

Stp3a FQ- Homogeneity (8)	
3.1stC-	5/8
BC-	3/8
CC-	5/8
RC-	3/8
PC-	1/4
S-	3/8
Dd-	3/8
M-	1/8
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	7/8
AnXySxBl-	3/8
Hcont-	1/4

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 2 : 2	
a:p	= 0 : 1	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,00	

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper	= 2,0		
a/p	= 0 : 1	NA	Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=1			WSum6 : Age
m=0			
FM=0		hasty needs satisfaction	no problem
Ma/Mp	= 0 : 1	NA	M- = 1
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Self		
EGO	= 0,24	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 4	
MOR	= 1	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:2	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=22 μ=5,5
Generally Negative Features,GN Sum=4 μ=1

Résumé formel MC29

Compute for Scoring	R = 29	L = 0,61	F% = 0,38
		Age: 45	

				Controls	
EB	= 0 : 3	EA = 3	EBper : NA	Step 1) Adj D	Very Vulnerable
eb	= 17 : 0	es = 17	D = -5	Step 2) EA	Valid AdjD
EB: NA,		Adj es : 10	Adj D = -2	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4
FM	= 9	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Underestimated AdjD
m	= 8	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 1

S-CON = 8	Positive		
Styles	State	Patho. P.	Const°
	D<Daj		PTI=2
EB: NA,	CDI>3		DEPI=4
	Daj<0		CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA,*	*CDI*
eb	= 17 : 0	
Afr	= 0,38	Afr : EB : Age
PC% = 0,28		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 0:3	
intel	1	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:2	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 2	frequent discharge
S	= 9	lateS = 7
Blends/R	= 1:29	Bld% 0,03
StressBld	= 1	
Adj Blend	= 1:29	AdjBld% 0,03
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 2	Attention Difficulty (2/2)	attention
DQv 1st	= 3	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -7,5	underincorporative	scanning
Dd	= 2		
Zf	= 20	high	efforts
W/D	= 14:13	ecomonical	easy:11:14
DQ+	= 8	medium	quality
DQv,v/+	= 3	failures	.
W/M	= 14:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA%	= 0,59
WDA%	= 0,56
X-%	= 0,31
S-	= 3
P	= 2
X+%	= 0,41
Xu%	= 0,17
Stp3a FQ- Homogeneity (9)	
3.1stC-	1/9
BC-	8/9
CC-	1/9
RC-	0
PC-	1/9
S-	1/3
Dd-	0
M-	0
FMm-	5/9
Color-	0
Shd-	0
F-	4/9
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 0 : 1	
a:p	= 14 : 3	
Food	= 1	
SumT	= 0	
H Cont.	= 0	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,59	isolated

Self		
EGO	= 0,07	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 1	
MOR	= 1	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:0	Self R° NA

Ideation	*EB: NA,*		
EBper	= NA		
a/p	= 14 : 3	rigid values	Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=1			WSum6 : Age
m=8	peripheral ideation (stress)		
FM=9	chronic peripheral overload		no problem
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 1	0	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest low
Hpur:R:EB (comp°) realist

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=0 #####
Generally Negative Features,GN Sum=0 #####

Résumé formel MC30

Compute for Scoring	R = 27	L = 0,29	F% = 0,22
		Age: 39	

				Controls	
EB	= 0 : 13	EA = 13	EBper : NA	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 5 : 7	es = 12	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA,		Adj es : 11	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid AdjD (WsumC=0)
FM	= 4	SumC'= 5	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 1	SumV= 0	SumY= 2		

EBt (XP) EBt = 1

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
			PTI=1
EB: NA,			DEPI=3
			CDI=1
			HVI: ns.
			OBS: ns.

EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA,*	
eb	= 5 : 7	Discomfort
		Irritation
Afr	= 0,80	Afr : EB : Age
PC% = 0,44		medium
ΣC':WΣC	= 5:13	
intel	12	Intell° (defense)
CP	= 0	
FC:CF+C	= 3:8	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 7	frequent discharge
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 3:27	Bld% 0,11
StressBld	= 1	
Adj Blend	= 3:27	AdjBld% 0,11
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 2	Attention Difficulty (2/2)	attention
DQv 1st	= 5	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 3		scanning
Dd	= 3		
Zf	= 8	low	efforts
W/D	= 6:18	ecomonical	easy:4:6
DQ+	= 5	medium	quality
DQv,v/+	= 8	failures	.
W/M	= 6:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 3

Mediation	
XA%	= 0,56
WDA%	= 0,58
X-%	= 0,15
S-	= 0
P	= 2
X+%	= 0,41
Xu%	= 0,15
Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	1/4
BC-	3/4
CC-	1/4
RC-	0
PC-	1/4
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	1/2
Color-	1/4
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	1/4
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 2	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 4 : 2	
a:p	= 2 : 3	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,19	

Self		
EGO	= 0,33	EGO : Age: medium
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	
FD	= 1	
An+Xy	= 2	
MOR	= 4	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:4	Self R° NA

Ideation	*EB: NA,*		
EBper	= NA		
a/p	= 2 : 3		Sum6= 3
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 6
MOR=4	pessimism		WSum6 : Age
m=1			
FM=4			no problem
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 12	Intell° (defense)	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest medium
Hpur:R:EB (comp°) misunderst

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=23 μ=5,8
Generally Negative Features,GN Sum=2 μ=0,5

Résumé formel MC31

Compute for Scoring	R = 16	L = 2,20	F% = 0,69
			Age: 43

EB = 0 : 0,5	EA = 0,5	EBper : NA	Step 1) Adj D Vulnerable
eb = 2 : 2	es = 4	D = -1	Step 2) EA Valid AdjD
EB: NA, avoidant	Adj es : 4	Adj D = -1	Step 3) EB &L Invalid EA
FM = 2	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es Abandon
m = 0	SumV= 0	SumY= 1	
EBt (XP) EBt = 1			

Controls

S-CON = 5			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
avoidant			PTI=0
			DEPI=2
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA, avoidant*	*CDI*
eb = 2 : 2		
Afr = 0,60	Afr : EB : Age	
PC% = 0,38	medium	
ΣC':WΣC = 1:0,5	E.Inhibition	
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C = 0		
S = 0	lateS = 0	
Blends/R = 1:16	Bld%	0,06
StressBld = 0		
Adj Blend = 1:16	AdjBld%	0,06
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		

Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L
low	low
3xBld % & >3xBld	
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			
Zd = -4,5		underincorporative	scanning
Dd = 0			
Zf = 6		medium	efforts
W/D = 4:12		ecomonical	easy:4:4
DQ+ = 2		low	quality
DQv,v/+ = 1			.
W/M = 4:0		NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,81
WDA% =	0,81
X-% =	0,13
S- =	0
P =	3
X+% =	0,44
Xu% =	0,38

Stp3a FQ-	Homogeneity (2)
3.1stC-	1/2
BC-	0
CC-	1
RC-	1/2
PC-	1/2
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	1/2
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP =	0	discomfor
AG =	0	t
GHR:PHR =	0 : 0	
a:p =	1 : 1	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	0	
Pure H =	0	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,38	isolated

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper = NA			
a/p = 1 : 1	NA	Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=1		WSum6 : Age	
m=0			
FM=2	hasty needs satisfaction	no problem	
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 0	0	Mnone	0

Self		
EGO =	0,38	EGO : Age: medium
Fr+rF =	0	
SumV =	0	
FD =	1	
An+Xy =	1	
MOR =	1	
H:(H)+Hd+(Hd) =	0:0	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=0 #####
Generally Negative Features,GN Sum=0 #####

Annexe n° 11 : Résumés formels du groupe reconstruction mammaire

Résumé formel RM1

Compute for Scoring	R = 17	L = 1,43	F% = 0,59	Age: 35

EB	= 1 : 3,5	EA =	4,5	EBper :	3,5	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 1 : 3	es =	4	D =	0	Step 2) EA	cf. Step 4
extratensive avoidan		Adj es :	4	Adj D =	0	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4
FM	= 0	SumC'=	3	SumT=	0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD
m	= 1	SumV=	0	SumY=	0		

EBt (XP) EBt = 0,56

Controls

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=6*
extratensive			CDI=3
		DEPI>5	HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect — extratensive avoic DEPI

eb	= 1 : 3		
Irritation			
Afr	= 0,55	Afr : EB : Age	
PC% = 0,35		medium	
ΣC':WΣC	= 3:3,5		
intel	15	Intell° (defense)	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 3:2	Normal (3/5)	
Pure C	= 0		
S	= 3	lateS =	0
Blends/R	= 2:17	Bld%	0,12
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 2:17	AdjBld%	0,12
3xBld	= 1		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 2		
Shd Bld	= 0		

DEPI>5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= 4,5	overincorporative	scanning
Dd	= 2		
Zf	= 12	high	efforts
W/D	= 11:4	effort	easy:6:11
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 2		.
W/M	= 11:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation

XA% =	0,35
WDA% =	0,40
X-% =	0,53
S- =	2
P =	3
X+% =	0,35
Xu% =	0,00

Stp3a FQ- Homogeneity (9)

3.1stC-	4/9
BC-	2/3
CC-	1/3
RC-	2/9
PC-	1/9
S-	2/9
Dd-	2/9
M-	1/9
FMm-	0
Color-	1/9
Shd-	2/9
F-	7/9
AnXySxBl-	1
Hcont-	1/9

Coding Validity

AGE ✓ Cards ✓ N° ✓
Loc&DQ ✓
DET ✓
FQ ✓
CONT ✓
Z score ✓
SpSc ✓

Relations (Perception)

COP	= 0	discomfor t
AG	= 0	
GHR:PHR	= 3 : 4	
a:p	= 1 : 1	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 1	
Pure H	= 1	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,12	

H Cont:R:EB (Interest low
Hpur:R:EB (comp°) realist

Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
medium		medium	
3xBld % & >3xBld			
unusual complexity			
cf. ressources, controls & modulation			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	
confusion			

Ideation — extratensive avoidant

EBper	= 3,5	Pervasive		
a/p	= 1 : 1	NA	Sum6=	1
HVI			Lvl2 =	0
OBS			Wsum6	4
MOR=2			WSum6 : Age	
m=1				
FM=0			ideational slippage 1/3 (fab or alog)	
		hasty needs satisfaction		
Ma/Mp	= 0 : 1	NA	M- =	1
Intel°	= 15	Intell° (defense)	Mnone	0

Self

EGO	= 0,12	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 9		
MOR	= 2		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:0	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=3 µ=3
Generally Negative Features,GN Sum=5 µ=5

Résumé formel RM2

Compute for Scoring	R = 17	L = 1,43	F% = 0,59	Age: 47

EB	= 2 : 0,5	EA =	2,5	EBper :	4,0	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 4 : 1	es =	5	D =	0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es :	5	Adj D =	0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 4	SumC'=	0	SumT=	0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV=	0	SumY=	1		

EBt (XP) EBt = -0,6

Controls

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=4
EB: NA,			CDI=3
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect — EB: NA, avoidant

eb	= 4 : 1		
Afr	= 0,21	Afr : EB : Age	
PC% = 0,18		E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC	= 0:0,5		
intel	2	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 1:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C	= 0		
S	= 2	lateS =	1
Blends/R	= 1:17	Bld%	0,06
StressBld	= 1		
Adj Blend	= 1:17	AdjBld%	0,06
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing

PSV	= 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -3,5	underincorporative	scanning
Dd	= 1		
Zf	= 12	high	efforts
W/D	= 9:7	ecomonical	easy:6:9
DQ+	= 3	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 9:2	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation

XA% =	0,47
WDA% =	0,50
X-% =	0,53
S- =	2
P =	3
X+% =	0,35
Xu% =	0,12

Stp3a FQ- Homogeneity (9)

3.1stC-	5/9
BC-	2/9
CC-	7/9
RC-	4/9
PC-	1/3
S-	2/9
Dd-	1/9
M-	1/9
FMm-	0
Color-	1/9
Shd-	0
F-	7/9
AnXySxBl-	5/9
Hcont-	1/3

Coding Validity

AGE ✓ Cards ✓ N° ✓
Loc&DQ ✓
DET ✓
FQ ✓
CONT ✓
Z score ✓
SpSc ✓

Relations (Perception)

COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 0 : 4	
a:p	= 5 : 1	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,00	

H Cont:R:EB (Interest medium
Hpur:R:EB (comp°) realist

Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Ideation — EB: NA, avoidant

EBper	= 4,0	Pervasive		
a/p	= 5 : 1	rigid values	Sum6=	0
HVI			Lvl2 =	0
OBS			Wsum6	0
MOR=3		pessimism	WSum6 : Age	
m=0				
FM=4			no problem	
Ma/Mp	= 2 : 0		M- =	1
Intel°	= 2	0	Mnone	0

Self

EGO	= 0,12	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 5		
MOR	= 3		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=16 µ=4
Generally Negative Features,GN Sum=9 µ=2,3

Résumé formel RM3

Compute for Scoring	R = 22	L = 1,00	F% = 0,50
			Age: 44

				Controls	
EB	= 2 : 5,5	EA = 7,5	EBper : 2,8	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 3 : 9	es = 12	D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD
extratensive avoidan		Adj es : 9	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 1	SumC'= 6	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 2	SumV= 0	SumY= 3		

EBt (XP) EBt = 0,47

S-CON = 8			
Positive			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
avoidant			PTI=2
	D<Daj		DEPI=5*
extratensive			CDI=2
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	extratensive avoid	DEPI
eb = 3 : 9	Discomfort	
Irritation Helplessness		
Afr = 0,69	Afr : EB : Age	
PC% = 0,41	high	
ΣC':WΣC = 6:5,5	E.Inhibition	
intel 18	Intell° (defense)	
CP = 0		
FC:CF+C = 2:3	Lability (2/5)	
Pure C = 3	frequent discharge	
S = 1	lateS = 0	
Blends/R = 6:22	Bld% 0,27	
StressBld = 4		
Adj Blend = 3:22	AdjBld% 0,14	
3xBld = 2		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 4		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L high	Adj Blend : EB : L medium	
3xBld % & >3xBld unusual complexity		
cf. ressources, controls & modulation		
Col-Shd Bld : EB confusion	Shd Bld	

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 3	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 1,5			scanning
Dd = 3			
Zf = 3	low		efforts
W/D = 9:10	ecomonical		easy:5:9
DQ+ = 0	low		quality
DQv,v/+ = 6	failures		.
W/M = 9:2	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 3

Mediation	
XA% =	0,41
WDA% =	0,37
X-% =	0,32
S- =	1
P =	1
X+% =	0,32
Xu% =	0,09
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	2/7
BC-	1/7
CC-	6/7
RC-	2/7
PC-	4/7
S-	1/7
Dd-	1/7
M-	0
FMm-	0
Color-	2/7
Shd-	1/7
F-	5/7
AnXySxBl-	5/7
Hcont-	1/7

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations	(Perception)	
COP =	0	positive
AG =	1	
GHR:PHR =	0 : 6	
a:p =	2 : 3	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	3	
Pure H =	1	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,00	

Self		
EGO =	0,05	EGO : Age: low
Fr+rF =	0	
SumV =	0	Naive Self Image
FD =	0	
An+Xy =	7	
MOR =	6	
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:2	Self R° NA

Ideation	extratensive avoidant		
EBper = 2,8	Pervasive		
a/p = 2 : 3		Sum6= 0	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 0	
MOR=6	pessimism	WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)		
FM=1		no problem	
Ma/Mp = 1 : 1		M- = 0	
Intel° = 18	Intell° (defense)	Mnone 2	

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=11 μ=3,7
Generally Negative Features,GN Sum=7 μ=2,3

Résumé formel RM4

Compute for Scoring	R = 21	L = 0,62	F% = 0,38
			Age: 46

				Controls	
EB	= 2 : 2	EA = 4	EBper : 1,0	Step 1) Adj D	Vulnerable
eb	= 6 : 2	es = 8	D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD
ambitent		Adj es : 7	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 5	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 1	SumV= 0	SumY= 2		

EBt (XP) EBt = 0

S-CON = 7			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
			PTI=3
			DEPI=5*
ambitent			CDI=3
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	ambitent	DEPI
eb = 6 : 2		
Afr = 0,50	Afr : EB : Age	
PC% = 0,33	low	
ΣC':WΣC = 0:2		
intel 1	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 4:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C = 0		
S = 2	lateS = 2	
Blends/R = 1:21	Bld% 0,05	
StressBld = 1		
Adj Blend = 1:21	AdjBld% 0,05	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 1		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

DAJ <0 : CONTROLS THEN,
DEPI=5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			
Zd = 4,5	overincorporative		scanning
Dd = 2			
Zf = 11	medium		efforts
W/D = 8:11	ecomonical		easy:5:8
DQ+ = 3	low		quality
DQv,v/+ = 0			.
W/M = 8:2	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 4

Mediation	
XA% =	0,52
WDA% =	0,53
X-% =	0,48
S- =	2
P =	1
X+% =	0,38
Xu% =	0,14
Stp3a FQ- Homogeneity (10)	
3.1stC-	1/5
BC-	3/10
CC-	7/10
RC-	1/5
PC-	1/2
S-	1/5
Dd-	1/10
M-	1/10
FMm-	1/10
Color-	3/10
Shd-	1/10
F-	1/2
AnXySxBl-	1/5
Hcont-	1/5

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations	(Perception)	
COP =	0	discomfor
AG =	0	t
GHR:PHR =	0 : 5	
a:p =	6 : 2	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	4	
Pure H =	2	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,10	

Self		
EGO =	0,14	EGO : Age: low
Fr+rF =	0	
SumV =	0	Naive Self Image
FD =	0	
An+Xy =	4	
MOR =	4	
H:(H)+Hd+(Hd) =	2:2	Self R° NA

Ideation	ambitent		
EBper = 1,0			
a/p = 6 : 2	fixed values	Sum6= 3	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 10	
MOR=4	pessimism	WSum6 : Age	
m=1			
FM=5		ideational slippage 1/3	
Ma/Mp = 1 : 1		M- = 1	
Intel° = 1	0	Mnone 0	

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=19 μ=4,8
Generally Negative Features,GN Sum=6 μ=1,5

Résumé formel RM5

Compute for Scoring	R = 18	L = 1,57	F% = 0,61
		Age: 44	

				Controls	
EB	= 1 : 0	EA = 1	EBper : NA	Step 1) Adj D	Very Vulnerable
eb	= 3 : 4	es = 7	D = -2	Step 2) EA	Valid AdjD
EB: NA, avoidant		Adj es : 7	Adj D = -2	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 3	SumC'= 2	SumT= 1	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 1	SumY= 0		
EBt (XP)	EBt = -1				

S-CON = 4			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
avoidant			PTI=0
			DEPI=5*
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA, avoidant*	*DEPI*	*CDI*
eb	= 3 : 4	Discomfort	
	S.Criticism		
Afr	= 0,64	Afr : EB : Age	
PC% = 0,39		medium	
ΣC':WΣC	= 2:0	E.Inhibition	
intel	1	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:0	NA	
Pure C	= 0		
S	= 2	lateS = 1	
Blends/R	= 1:18	Bld%	0,06
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 1:18	AdjBld%	0,06
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 1,5		scanning
Dd	= 0		
Zf	= 9	medium	efforts
W/D	= 6:12	ecomonical	easy:4:6
DQ+	= 4	low	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 6:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA%	= 0,94
WDA%	= 0,94
X-%	= 0,06
S-	= 0
P	= 3
X+%	= 0,44
Xu%	= 0,50
Stp3a FQ- Homogeneity (1)	
3.1stC-	1
BC-	0
CC-	1
RC-	1
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1
AnXySxBl-	0
Hcont-	1

Coding Validity				
AGE	✓	Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓			
DET	✓			
FQ	✓			
CONT	✓			
Z score	✓			
SpSc	✓			

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 1 : 1	
a:p	= 3 : 1	
Food	= 0	
SumT	= 1	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,44	isolated

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper	= NA		
a/p	= 3 : 1	fixed values	Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=3	pessimism		WSum6 : Age
m=0			
FM=3			no problem
Ma/Mp	= 1 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 1	0	Mnone 0

Self		
EGO	= 0,44	EGO : Age: medium
Fr+rF	= 0	
SumV	= 1	Self Criticism
FD	= 0	
An+Xy	= 1	
MOR	= 3	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:1	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=12 μ=6
Generally Negative Features,GN Sum=1 μ=0,5

Résumé formel RM6

Compute for Scoring	R = 19	L = 2,17	F% = 0,68
		Age: 46	

				Controls	
EB	= 2 : 1	EA = 3	EBper : 2,0	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 2 : 0	es = 2	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es : 2	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 2	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		
EBt (XP)	EBt = -0,33				

S-CON = 3			
Styles	**State**	**Patho. P.**	**Const°**
avoidant			PTI=2
			DEPI=3
EB: NA,			CDI=3
			HVI: ns.
			OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	*EB: NA, avoidant*	
eb	= 2 : 0	
Afr	= 0,58	Afr : EB : Age
PC% = 0,37		medium
ΣC':WΣC	= 0:1	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 2:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 1	lateS = 1
Blends/R	= 0:19	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:19	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -1,5		scanning
Dd	= 1		
Zf	= 4	low	efforts
W/D	= 3:15	ecomonical	easy:3:3
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 3:2		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA%	= 0,63
WDA%	= 0,67
X-%	= 0,37
S-	= 0
P	= 2
X+%	= 0,47
Xu%	= 0,16
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	2/7
BC-	3/7
CC-	4/7
RC-	1/7
PC-	3/7
S-	0
Dd-	1/7
M-	0
FMm-	1/7
Color-	1/7
Shd-	0
F-	5/7
AnXySxBl-	1/7
Hcont-	0

Coding Validity				
AGE	✓	Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓			
DET	✓			
FQ	✓			
CONT	✓			
Z score	✓			
SpSc	✓			

Relations	(Perception)	
COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 2 : 1	
a:p	= 2 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,05	

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper	= 2,0		
a/p	= 2 : 2		Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			
FM=2		hasty needs satisfaction	no problem
Ma/Mp	= 1 : 1		M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Self		
EGO	= 0,53	EGO : Age: high
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 1	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:0	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=14 μ=7
Generally Negative Features,GN Sum=0 μ=0

Résumé formel RM7

Compute for Scoring	R = 16	L = 0,60	F% = 0,38
		Age: 43	

				Controls	
EB	= 2 : 1	EA = 3	EBper : 2,0	Step 1) Adj D	Vulnerable
eb	= 5 : 3	es = 8	D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD
EB: NA,		Adj es : 7	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4
FM	= 4	SumC'= 1	SumT= 0		
m	= 1	SumV= 0	SumY= 2	Step 4) Adj es	Valid AdjD

EBt (XP) EBt = -0,33

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
			PTI=2
			DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA,*	*CDI*
eb	= 5 : 3	
Afr	= 0,23	Afr : EB : Age
PC% = 0,19		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 1:1	
intel	2	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 2:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 2	lateS = 0
Blends/R	= 2:16	Bld% 0,13
StressBld	= 2	
Adj Blend	= 1:16	AdjBld% 0,06
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -2		scanning
Dd	= 2		
Zf	= 11	medium	efforts
W/D	= 9:5	effort	easy:6:9
DQ+	= 5	medium	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 9:2	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA%	= 0,63
WDA%	= 0,64
X-%	= 0,31
S-	= 2
P	= 4
X+%	= 0,50
Xu%	= 0,13
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	2/5
BC-	1/5
CC-	4/5
RC-	2/5
PC-	2/5
S-	2/5
Dd-	0
M-	0
FMm-	3/5
Color-	2/5
Shd-	1/5
F-	1/5
AnXySxBl-	2/5
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations		(Perception)
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 1 : 2	
a:p	= 6 : 1	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,44	isolated

Ideation	*EB: NA,*		
EBper	= 2,0		
a/p	= 6 : 1	rigid values	Sum6= 2
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 6
MOR=1			WSum6 : Age
m=1			ideational slippage
FM=4			1/3 (fab or alog)
Ma/Mp	= 1 : 1		M- = 0
Intel°	= 2	0	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Self		
EGO	= 0,19	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	
FD	= 0	
An+Xy	= 4	
MOR	= 1	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:1	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=17 μ=5,7
Generally Negative Features,GN Sum=3 μ=1

Résumé formel RM8

Compute for Scoring	R = 21	L = 4,25	F% = 0,81
		Age: 34	

				Controls	
EB	= 0 : 1,5	EA = 1,5	EBper : NA	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 1 : 0	es = 1	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es : 1	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 1	SumC'= 0	SumT= 0		
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon

EBt (XP) EBt = 1

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=4
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA, avoidant*	*CDI*
eb	= 1 : 0	
Afr	= 0,62	Afr : EB : Age
PC% = 0,38		medium
ΣC':WΣC	= 0:1,5	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 3:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 3	lateS = 1
Blends/R	= 0:21	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:21	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -4	underincorporative	scanning
Dd	= 6	atypical processing	
Zf	= 6	medium	efforts
W/D	= 6:9	ecomonical	easy:5:6
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 6:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA%	= 0,62
WDA%	= 0,73
X-%	= 0,38
S-	= 3
P	= 3
X+%	= 0,38
Xu%	= 0,24
Stp3a FQ- Homogeneity (8)	
3.1stC-	5/8
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	3/8
PC-	1/8
S-	3/8
Dd-	1/2
M-	0
FMm-	0
Color-	1/8
Shd-	0
F-	7/8
AnXySxBl-	7/8
Hcont-	1/8

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations		(Perception)
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 0 : 1	
a:p	= 0 : 1	
Food	= 1	
SumT	= 0	
H Cont.	= 1	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,14	

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper	= NA		
a/p	= 0 : 1	NA	Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			no problem
FM=1		hasty needs satisfaction	
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self		
EGO	= 0,14	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 10	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:0	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=5 μ=5
Generally Negative Features,GN Sum=1 μ=1

Résumé formel RM9

Compute for Scoring	R = 21	L = 0,75	F% = 0,43
		Age: 49	

EB	= 3 : 1,5	EA =	4,5	EBper :	2,0
eb	= 4 : 2	es =	6	D =	0
ambitent		Adj es :	6	Adj D =	0
FM	= 4	SumC'=	2	SumT=	0
m	= 0	SumV=	0	SumY=	0

EBt (XP) EBt = -0,33

Controls	
Step 1) Adj D	Immature
Step 2) EA	cf. Step 4
Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
Step 4) Adj es	Valid AdjD

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent	CDI>3		PTI=0
Passive			DEPI=3
			CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	ambitent	CDI
eb	= 4 : 2	
Afr	= 0,62	Afr : EB : Age
PC% = 0,38		medium
ΣC':WΣC	= 2:1,5	E.Inhibition
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 3:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 2	lateS = 1
Blends/R	= 0:21	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:21	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -3,5	underincorporative	scanning
Dd	= 2		
Zf	= 11	medium	efforts
W/D	= 8:11	ecomonical	easy:6:8
DQ+	= 4	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 8:3	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA%	= 0,76
WDA%	= 0,79
X-%	= 0,24
S-	= 2
P	= 7
X+%	= 0,62
Xu%	= 0,14
Stp3a FQ-	Homogeneity (5)
3.1stC-	3/5
BC-	2/5
CC-	3/5
RC-	2/5
PC-	1/5
S-	2/5
Dd-	1/5
M-	1/5
FMm-	1/5
Color-	0
Shd-	0
F-	3/5
AnXySxBl-	1/5
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 2 : 3	
a:p	= 2 : 5	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,24	

Ideation	ambitent		
EBper	= 2,0		
a/p	= 2 : 5	fixed values	
HVI			Sum6= 5
OBS			Lvl2 = 0
			Wsum6 7
MOR=1			WSum6 : Age
m=0			
FM=4			ideational slippage 1/3
Ma/Mp	= 0 : 3	Snow White S.	M- = 1
Intel°	= 0	0	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest	medium
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Self		
EGO	= 0,52	EGO : Age: high
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 2	
MOR	= 1	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:3	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=22 μ=5,5
Generally Negative Features,GN Sum=2 μ=0,5

Résumé formel RM10

Compute for Scoring	R = 17	L = 2,40	F% = 0,71
		Age: 47	

EB	= 0 : 1,5	EA =	1,5	EBper :	NA
eb	= 2 : 0	es =	2	D =	0
EB: NA, avoidant		Adj es :	2	Adj D =	0
FM	= 2	SumC'=	0	SumT=	0
m	= 0	SumV=	0	SumY=	0

EBt (XP) EBt = 1

Controls	
Step 1) Adj D	Immature
Step 2) EA	cf. Step 4
Step 3) EB &L	Invalid EA
Step 4) Adj es	Abandon

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=4
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb	= 2 : 0	
Afr	= 0,42	Afr : EB : Age
PC% = 0,29		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 0:1,5	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 3:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 1	lateS = 0
Blends/R	= 0:17	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:17	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 2	Attention Difficulty (2/2)	attention
DQv 1st	= 4	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -5,5	underincorporative	scanning
Dd	= 5	atypical processing	
Zf	= 8	medium	efforts
W/D	= 5:7	ecomonical	easy:5:5
DQ+	= 0	low	quality
DQv,v/+	= 4	failures	.
W/M	= 5:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 4

Mediation	
XA%	= 0,53
WDA%	= 0,67
X-%	= 0,47
S-	= 0
P	= 4
X+%	= 0,41
Xu%	= 0,12
Stp3a FQ-	Homogeneity (8)
3.1stC-	1/2
BC-	3/8
CC-	5/8
RC-	1/4
PC-	3/8
S-	0
Dd-	1/2
M-	0
FMm-	1/8
Color-	1/4
Shd-	0
F-	5/8
AnXySxBl-	5/8
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 1 : 0	
a:p	= 2 : 0	
Food	= 3	
SumT	= 0	
H Cont.	= 1	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,06	

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper	= NA		
a/p	= 2 : 0	NA	
HVI			Sum6= 1
OBS			Lvl2 = 0
			Wsum6 2
MOR=3		pessimism	WSum6 : Age
m=0			
FM=2		hasty needs satisfaction	no problem
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest	low
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self		
EGO	= 0,24	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 5	
MOR	= 3	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:0	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=6 μ=6
Generally Negative Features,GN Sum=0 μ=0

Résumé formel RM11

Compute for Scoring	R = 23	L = 1,88	F% = 0,65
			Age: 42

EB	= 0 : 1	EA = 1	EBper : NA	Controls	
eb	= 6 : 1	es = 7	D = -2	Step 1) Adj D	Very Vulnerable
EB: NA, avoidant		Adj es : 7	Adj D = -2	Step 2) EA	Valid AdjD
				Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 5	SumC'= 0	SumT= 0		
m	= 1	SumV= 0	SumY= 1	Step 4) Adj es	Abandon

EBt (XP) EBt = 1

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=2
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb	= 6 : 1	
Afr	= 0,53	Afr : EB : Age
PC% = 0,35		medium
ΣC':WΣC	= 0:1	
intel	1	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 2:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 2	lateS = 0
Blends/R	= 1:23	Bld% 0,04
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 1:23	AdjBld% 0,04
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -2,5		scanning
Dd	= 5	atypical processing	
Zf	= 7	medium	efforts
W/D	= 4:14	ecomonical	easy:3:4
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 4:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation		Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
XA%	= 0,74	3.1stC-	1/2
WDA%	= 0,78	BC-	1/6
X-%	= 0,26	CC-	5/6
S-	= 1	RC-	1/3
P	= 4	PC-	1/2
X+%	= 0,43	S-	1/6
Xu%	= 0,30	Dd-	1/3
		M- 0	
		FMm-	1/3
		Color- 0	
		Shd- 0	
		F-	2/3
		AnXySxBl-	1/3
		Hcont-	1/6

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 1	positive
AG	= 0	
GHR:PHR	= 2 : 2	
a:p	= 5 : 1	
Food	= 1	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 1	
PER	= 4	
Isol° Indx	= 0,39	isolated

Ideation	EB: NA, avoidant	
EBper	= NA	
a/p	= 5 : 1	rigid values
HVI		
OBS		
MOR=1		WSum6 : Age
m=1		ideational slippage
FM=5		1/3
Ma/Mp	= 0 : 0	NA
Intel°	= 1	0

Sum6=	3
Lvl2 =	0
Wsum6	8
M- =	0
Mnone	0

Self		
EGO	= 0,35	EGO : Age: medium
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 2	
MOR	= 1	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:2	Self R° NA

H Cont:R:EB (Interest low
Hpur:R:EB (comp°) misunderst

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=16 μ=5,3
Generally Negative Features,GN Sum=2 μ=0,7

Résumé formel RM12

Compute for Scoring	R = 26	L = 4,20	F% = 0,81
			Age: 44

EB	= 3 : 0,5	EA = 3,5	EBper : 6,0	Controls	
eb	= 1 : 1	es = 2	D = 0	Step 1) Adj D	Immature
EB: NA, avoidant		Adj es : 2	Adj D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
				Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 1	SumC'= 0	SumT= 0		
m	= 0	SumV= 0	SumY= 1	Step 4) Adj es	Abandon

EBt (XP) EBt = -0,71

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
Passive			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb	= 1 : 1	
Afr	= 0,63	Afr : EB : Age
PC% = 0,38		medium
ΣC':WΣC	= 0:0,5	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 1:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 2	lateS = 1
Blends/R	= 1:26	Bld% 0,04
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 1:26	AdjBld% 0,04
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 0		scanning
Dd	= 5	atypical processing	
Zf	= 3	low	efforts
W/D	= 2:19	ecomonical	easy:2:2
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 2:3		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 3

Mediation		Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
XA%	= 0,77	3.1stC-	1/5
WDA%	= 0,76	BC-	2/5
X-%	= 0,19	CC-	3/5
S-	= 1	RC-	1/5
P	= 3	PC-	2/5
X+%	= 0,54	S-	1/5
Xu%	= 0,23	Dd-	1/5
		M- 0	
		FMm-	1/5
		Color-	1/5
		Shd- 0	
		F-	4/5
		AnXySxBl-	2/5
		Hcont- 0	

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 1	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 8 : 1	
a:p	= 1 : 3	Passive
Food	= 1	
SumT	= 0	
H Cont.	= 6	
Pure H	= 0	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,00	

Ideation	EB: NA, avoidant	
EBper	= 6,0	Pervasive
a/p	= 1 : 3	fixed values
HVI		
OBS		
MOR=0		WSum6 : Age
m=0		ideational slippage
FM=1		1/3
		hasty needs satisfaction
Ma/Mp	= 0 : 3	Snow White S.
Intel°	= 0	0

Sum6=	6
Lvl2 =	0
Wsum6	8
M- =	0
Mnone	0

Self		
EGO	= 0,31	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 3	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:6	Self R° NA

H Cont:R:EB (Interest medium
Hpur:R:EB (comp°) misunderst

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=30 μ=5
Generally Negative Features,GN Sum=4 μ=0,7

Résumé formel RM13

Compute for Scoring	R = 26	L = 4,20	F% = 0,81
		Age: 56	

				Controls	
EB	= 0 : 1,5	EA = 1,5	EBper : NA	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 2 : 0	es = 2	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es : 2	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 2	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 1

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*EB: NA, avoidant*	*CDI*
eb	= 2 : 0	
Afr	= 0,63	Afr : EB : Age
PC% = 0,38		medium
ΣC':WΣC	= 0:1,5	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 3:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 1	lateS = 1
Blends/R	= 0:26	Bld% 0,00
Stress Bld	= 0	
Adj Blend	= 0:26	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 2	Attention Difficulty (2/2)	attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -7,5	underincorporative	scanning
Dd	= 5	atypical processing	
Zf	= 5	low	efforts
W/D	= 5:16	ecomonical	easy:5:5
DQ+	= 0	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 5:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 3

Mediation	
XA%	= 0,77
WDA%	= 0,86
X-%	= 0,23
S-	= 1
P	= 7
X+%	= 0,65
Xu%	= 0,12
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	1/3
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	0
PC-	2/3
S-	1/6
Dd-	1/2
M-	0
FMm-	0
Color-	1/6
Shd-	0
F-	5/6
AnXySxBl-	1/6
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 2 : 0	
a:p	= 2 : 0	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,23	

Ideation	*EB: NA, avoidant*		
EBper	= NA		
a/p	= 2 : 0	NA	Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 5
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			ideational slippage
FM=2	hasty needs satisfaction		1/3 (fab or alog)
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Self		
EGO	= 0,46	EGO : Age: high
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 1	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:1	Self R° NA

H Cont:R:EB (Interest low
Hpur:R:EB (comp°) realist

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=12 μ=6
Generally Negative Features,GN Sum=0 μ=0

Résumé formel RM14

Compute for Scoring	R = 39	L = 1,17	F% = 0,54
		Age: 46	

				Controls	
EB	= 4 : 1,5	EA = 5,5	EBper : 2,7	Step 1) Adj D	Very Vulnerable
eb	= 9 : 7	es = 16	D = -4	Step 2) EA	Valid AdjD
introversive avoidant		Adj es : 12	Adj D = -2	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4
FM	= 4	SumC'= 2	SumT= 3	Step 4) Adj es	Underestimated AdjD
m	= 5	SumV= 2	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = -0,45

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
	D<Daj		DEPI=5*
introversive	CDI>3		CDI=4*
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	*introversive avoid DEPI*	*CDI*
eb	= 9 : 7	Discomfort
	Loneliness S.Criticism	
Afr	= 0,34	Afr : EB : Age
PC% = 0,26		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 2:1,5	E.Inhibition
intel	2	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 1:1	Lability (2/5)
Pure C	= 0	
S	= 5	lateS = 1
Blends/R	= 4:39	Bld% 0,10
Stress Bld	= 1	
Adj Blend	= 4:39	AdjBld% 0,10
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 1	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
medium		medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld
		***

Processing			
PSV	= 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -11	underincorporative	scanning
Dd	= 4	atypical processing	
Zf	= 15	high	efforts
W/D	= 10:25	ecomonical	easy:9:10
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 10:4	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 5

Mediation	
XA%	= 0,74
WDA%	= 0,77
X-%	= 0,23
S-	= 1
P	= 6
X+%	= 0,62
Xu%	= 0,13
Stp3a FQ- Homogeneity (9)	
3.1stC-	2/3
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	4/9
PC-	2/9
S-	1/9
Dd-	1/9
M-	0
FMm-	1/9
Color-	0
Shd-	1/9
F-	7/9
AnXySxBl-	2/9
Hcont-	1/9

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 6 : 3	
a:p	= 7 : 6	
Food	= 0	
SumT	= 3	
H Cont.	= 9	
Pure H	= 2	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,21	

Ideation	*introversive avoidant*		
EBper	= 2,7	Pervasive	
a/p	= 7 : 6		Sum6= 2
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 4
MOR=2			WSum6 : Age
m=5	peripheral ideation (stress)		
FM=4	transient peripheral overload		no problem
Ma/Mp	= 2 : 2		M- = 0
Intel°	= 2	0	Mnone 0

Self		
EGO	= 0,26	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 2	Self Criticism
FD	= 0	
An+Xy	= 2	
MOR	= 2	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:7	Self R° NA

H Cont:R:EB (Interest medium
Hpur:R:EB (comp°) misunderst

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=46 μ=5,1
Generally Negative Features,GN Sum=8 μ=0,9

Résumé formel RM15

Compute for Scoring	R = 20	L = 1,50	F% = 0,60
			Age: 41

				Controls	
EB	= 1 : 4	EA = 5	EBper = 4,0	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 5 : 0	es = 5	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
extratensive avoidan		Adj es = 5	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4
FM	= 5	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 0,6

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

S-CON = 0			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=2
extratensive			CDI=3
Passive			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect extratensive avoic		
eb	= 5 : 0	
Afr	= 0,43	Afr : EB : Age
PC% = 0,3		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 0:4	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 2:2	Lability (2/5)
Pure C	= 2	frequent discharge
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 2:20	Bld% 0,10
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 2:20	AdjBld% 0,10
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
medium		medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -1,5		scanning
Dd	= 2		
Zf	= 6	medium	efforts
W/D	= 4:14	ecomonical	easy:3:4
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 4:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA%	= 0,75
WDA%	= 0,78
X-%	= 0,25
S-	= 0
P	= 5
X+%	= 0,70
Xu%	= 0,05
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	0
BC-	1/5
CC-	4/5
RC-	0
PC-	4/5
S-	0
Dd-	1/5
M-	0
FMm-	0
Color-	2/5
Shd-	0
F-	3/5
AnXySxBl-	1/5
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	agressive
AG	= 2	
GHR:PHR	= 3 : 3	
a:p	= 2 : 4	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 5	
Pure H	= 2	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,05	

Self		
EGO	= 0,40	EGO : Age: medium
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 2	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:3	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=29 μ=5,8
Generally Negative Features,GN Sum=3 μ=0,6

Ideation extratensive avoidant			
EBper	= 4,0	Pervasive	
a/p	= 2 : 4	fixed values	
HVI			Sum6= 2
OBS			Lvl2 = 1
			Wsum6 12
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			ideational discontinuity 2/3
FM=5			
Ma/Mp	= 1 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest medium
Hpur:R:EB (comp°) misunderst

Résumé formel RM16

Compute for Scoring	R = 26	L = 1,00	F% = 0,50
			Age: 33

				Controls	
EB	= 4 : 9	EA = 13	EBper = 2,3	Step 1) Adj D	Controlled
eb	= 5 : 0	es = 5	D = 3	Step 2) EA	Valid AdjD
extratensive avoidan		Adj es = 5	Adj D = 3	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 5	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0		

EBt (XP) EBt = 0,38

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=1
			DEPI=3
extratensive			CDI=1
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect extratensive avoic		
eb	= 5 : 0	
Afr	= 0,63	Afr : EB : Age
PC% = 0,38		medium
ΣC':WΣC	= 0:9	
intel	9	Intell° (defense)
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:6	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 6	frequent discharge
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 2:26	Bld% 0,08
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 2:26	AdjBld% 0,08
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st	= 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -8,5	underincorporative	scanning
Dd	= 2		
Zf	= 6	medium	efforts
W/D	= 7:17	ecomonical	easy:5:7
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 6	failures	.
W/M	= 7:4		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA%	= 0,50
WDA%	= 0,54
X-%	= 0,27
S-	= 0
P	= 3
X+%	= 0,42
Xu%	= 0,08
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	1/7
BC-	3/7
CC-	4/7
RC-	1/7
PC-	3/7
S-	0
Dd-	1/7
M-	0
FMm-	1/7
Color-	0
Shd-	0
F-	6/7
AnXySxBl-	2/7
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓ Cards	✓ N°	✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations	(Perception)	
COP	= 0	discomfor
AG	= 0	t
GHR:PHR	= 3 : 4	
a:p	= 4 : 5	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 3	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,08	

Self		
EGO	= 0,35	EGO : Age: medium
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 3	
MOR	= 1	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 3:1	Self R° experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=26 μ=6,5
Generally Negative Features,GN Sum=0 μ=0

Ideation extratensive avoidant			
EBper	= 2,3		
a/p	= 4 : 5		Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=1			WSum6 : Age
m=0			no problem
FM=5			
Ma/Mp	= 0 : 4	Snow White S.	M- = 0
Intel°	= 9	Intell° (defense)	Mnone 2

H Cont:R:EB (Interest medium
Hpur:R:EB (comp°) realist