



Disponible sur
JA3P

Journal Africain de Psychologie et Psychologie Pathologique

ISSN: 2960-7027 / e-ISSN: 2960-7035

site web: <https://ja3p.com/journal> / e-mail: infos@ja3p.com

BP: 01 BP 6884 CNT Ouaga 10040 Ouagadougou

Burkina Faso



Article original

Impact du Psychotraumatisme des Attaques Terroristes sur une Femme atteinte d'un Cancer du Sein à Kaya

Mariama Bila *

Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso,

Pour citer

Bila, M. (2025). Impact du psychotraumatisme des attaques terroristes sur une femme atteinte d'un cancer du sein à Kaya. *Journal Africain de psychologie et de Psychologie Pathologique*, 1(1), p.195-210. [Numéro spécial: Terrorisme, psychotraumatismes des personnes déplacées internes et remodelage identitaire dans les pays du Sahel]

Mots clés: *impact-psychotraumatisme-attaques terrorisme - cancer du sein-femme- Kaya*

RÉSUMÉ

De Clerq et Lebigot (2001) estiment que le trauma posséderait un double aspect celui d'un événement réel en lien avec une perception et celui d'un vécu en lien avec l'idée de la mort. Pour Freud (1921), le traumatisme est relatif et dépend du rapport de force entre les excitations venant de dehors et l'état constitutionnel et conjoncturel de la barrière de défenses qui les reçoit. De ce fait, cette étude met en exergue l'impact du psychotraumatisme des attaques terroristes sur une femme atteinte de cancer du sein. Faite en psychopathologie clinique, elle analyse le vécu psychologique d'un traumatisme subi à la suite des attaques terroristes chez une femme de 36 ans. Elle a été faite par la méthode d'observation et d'entretien clinique de recherche en psychologie dans la commune de Kaya. Il s'agit d'une étude qualitative. Nous sommes parvenus aux résultats selon lesquels les attaques terroristes ouvrent la voie aux troubles psychopathologiques comme la dépression, trouble d'anxiété, au stress post traumatique chez le sujet qui en est victime fragilisant ainsi son équilibre psychique. Les traumatismes vécu chez les femmes déplacées victimes du terrorisme sont aggravés par l'annonce du diagnostic du cancer du sein. L'état de souffrance psychique et de vulnérabilité est manifesté par une profonde tristesse, un sentiment de culpabilité, de désarroi, des pensées intrusives de mort.

* Auteur correspondant.

E-mail: bilasarah@yahoo.fr (Mariama Bila)

<https://doi.org/10.2025/ja3p.v1.s1.11>

ABSTRACT

Key words: *impact-
psychotrauma-
terrorist attacks-breast
cancer-women-kaya*

De Clerq and Lebigot (2001) believe that trauma has a dual aspect: that of a real event linked to a perception and that of an experience linked to the idea of death. For Freud (1921), trauma is relative and depends on the excitations coming from outside and the constitutional and cyclical state of the defense barrier which receives them. Therefore, this study highlights the impact of terrorist attacks on a woman with breast cancer. Made in clinical psychopathology, it analyzes the psychological experience of trauma suffered following terrorist attacks in a 36 year old woman. It was carried out using the observation and clinical interview method of psychological research in the commune of kaya. This is a qualitative study. We have reached the results according to which terrorist attacks open the way to psychopathological disorders such as depression, an anxiety disorder, and post-traumatic stress disorder in the victim, thus weakening their psychological balance. The trauma experienced by displaced women who are victims of terrorism is aggravated by the announcement of the diagnosis of breast cancer. The state of psychological suffering and vulnerability is manifested by deep sadness, a feeling of guilt, helplessness, and intrusive thoughts of death.

Le Burkina Faso, après une longue période de stabilité sociopolitique caractérisée par une cohabitation pacifique entre les différents groupes socio-ethniques et religieux, connaît depuis janvier 2015, une situation sécuritaire des plus instables. La crise humanitaire s'est intensifiée depuis 2018 en raison des menaces sécuritaires prolongées et d'attaques terroristes liées entre autres à la crise sécuritaire au Mali, et la montée de l'extrémisme violent qui ont contribué à fragiliser davantage la situation du pays. Depuis le 1er janvier 2019, cette situation s'est aggravée engendrant une grave crise humanitaire qui affecte les six régions (Boucle du Mouhoun, Est, Centre Est, Nord, Sahel, Centre Nord) sur les treize que compte le pays. Ainsi, la multiplication des attaques terroristes a occasionné des déplacements massifs des populations innocentes contraintes de quitter leur localité d'origine. Ces agressions constituent non seulement pour la société une menace de la sécurité et aussi favorisent le développement des troubles psychologiques chez les victimes. En effet, les manifestations des actes terroristes peuvent être physique et d'ordre psychique pouvant entraîner certaines victimes au passage à l'acte suicidaire. Cependant, face à cette situation complexe, de nombreuses femmes atteintes de cancer du sein sont en prises directe avec la terreur des attaques perpétrées par les groupes armés non identifiés. En d'autres termes, ces comportements violents contraignent ces femmes à vivre une succession de traumatismes susceptibles de provoquer de profondes pathologies mentales en plus de la maladie chronique.

Le cancer du sein chez les femmes est un problème d'une ampleur importante. Et ce, tant à l'échelle mondiale que nationale. En effet, le cancer du sein est le plus prévalent à l'échelle mondiale et constitue la cause la plus fréquente de décès chez les femmes (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2013). Il représente un événement de vie particulièrement stressant et fragilisant, nécessitant de nombreux remaniements psychiques et la mise en place de stratégies et de mécanismes adaptatifs plus ou moins complexes. Il s'inscrit également dans une durée indéterminée par de longs mois de traitement difficile et plusieurs années de surveillance médicale, avec le risque de récurrence impliquant de nouvelles périodes de traitement.

L'ampleur des cas de cancer du sein dans la commune de Kaya nous amène à analyser la spécificité clinique de l'évaluation du traumatisme et son devenir chez la femme atteinte de cancer du sein dans un contexte marqué par le terrorisme. En d'autres termes, l'annonce d'un

diagnostic d'une maladie chronique tel le cancer du sein, dans un contexte de crise sécuritaire peut entraîner des changements considérables sur le plan personnel, familial et social.

Nous évoquerons successivement la problématique, l'approche théorique, la méthodologie, l'analyse des résultats et la discussion.

Problématique

Analyse de contexte

Le Burkina Faso est confronté à une crise de protection à grande échelle en raison de l'insécurité croissante qui exacerbe du jour au lendemain les besoins de la population dans la quasi-totalité des 13 régions du pays.

Ces déplacements créent plusieurs situations dans lesquelles les communautés d'origines diverses et des cultures différentes sont appelées à vivre sur les mêmes lieux. Cette situation occasionne la perturbation des systèmes traditionnels de cohésion sociale exposant du coup les populations à des souffrances supplémentaires dus aux risques de protection auxquels elles sont exposées.

Dans ce contexte de crise, les risques de violences contre les communautés augmentent en raison des déplacements forcés répétitifs, de l'incapacité à répondre aux besoins de survie de base, du fait des rôles de genre traditionnels, de l'absence ou du dysfonctionnement des institutions publiques, et de la fragilité des mécanismes de soutien communautaire. Selon le conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR, 2023) le nombre de personnes déplacées internes (PDI) dans la région du Centre-Nord est estimé à 493 954 à la date du 31 mars 2023. Ce déplacement massif exerce une pression négative et provoque des blessures psychiques et physiques. Parmi ces personnes déplacées internes, bon nombre de femmes présentent un stress post traumatique associé d'un diagnostic du cancer du sein qui malheureusement est à un stade avancé.

Pour répondre à cette situation d'urgence, il nous a été confié l'accompagnement des victimes ou des témoins des attaques terroristes de diverses localités du Centre Nord. Lors de nos entretiens cliniques avec ces victimes, les réactions d'un sentiment d'insécurité et d'hyper vigilance s'observaient chez ces personnes particulièrement chez les femmes et leurs enfants. L'entretien clinique qui a le plus attiré notre attention est celui de cette femme qui, au travers de son récit nous confie son diagnostic du cancer du sein dans un état émotionnel très chargé la plongeant dans une situation de vulnérabilité psychique. A cela s'ajoute le traumatisme vécu dans sa localité d'origine et lors du déplacement par les menaces et les violences perpétrées par les terroristes à son endroit. En effet, le mot « traumatisme » vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant action de blesser, et *trauma*, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives ». La clinique chirurgicale distingue les « traumatismes ouverts », où il y a effraction du revêtement cutané, et les « traumatismes fermés », sans effraction. En psychopathologie, on admet que les excitations attenantes à l'évènement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme. Pour Crocq (1999), le traumatisme psychique peut être perçue comme un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur. Crocq (1999) ajoute que le traumatisme est le phénomène dynamique de

transmission du choc au sein du psychisme, en train de provoquer et éventuellement d'entretenir des désordres psychopathologiques. Freud (2021) disait que le traumatisme non seulement fait effraction au travers du psychisme, mais qu'il y demeure, ensuite comme un corps étranger, provoquant des vains efforts d'assimilation ou d'expulsion. En fin le mot traumatisme a fait l'objet, depuis quelques décennies, d'une extension abusive dans le vocabulaire populaire.

Lebigot (2006) rapporte que le traumatisme psychique résulte d'une rencontre avec le «réel» de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant. Dans la même dynamique, l'auteur répertorie trois types de situations qui peuvent être à l'origine d'un traumatisme:

Dans la première, le sujet est lui-même concerné de près par la mort: agression, accident de la voie publique, accident du travail, attentat, etc. Dans ces situations, il y a un bref instant où il s'est vu mort: il voit dans les yeux de l'agresseur qu'il va tirer, la voiture arrive sur lui à vive allure, il bascule dans le vide, la bombe explose à un mètre de lui.

Dans le deuxième type de situation, la mort de l'autre, de l'alter ego, survient brusquement sous les yeux du sujet. Un exemple: deux casques bleus sont de garde à Sarajevo. Ils discutent tranquillement, la période est calme. Tout d'un coup l'un voit une tache rouge apparaître sur le front de l'autre, qui s'écroule au même moment, mort. Le survivant revivra la scène dans ses cauchemars.

La troisième situation est appelée «la mort horrible». Les cadavres sont nombreux, et en mauvais état, mutilés, en cours de putréfaction. C'est le genre de spectacle qui s'offre aux sauveteurs qui arrivent sur un grand carambolage autoroutier ou à des soldats qui découvrent un charnier.

Pour Barois(1998), le traumatisme psychique est cet ensemble de troubles psychique qui surviennent au décours de cette soudaine intimité avec l'imposable, la mort et la réification de soi ou de l'autre. Dans cette situation, le narcissisme est frappé à mort par la rencontre affective avec le traumatisme originaire, menace du chaos sans non, du vide du retour à l'état de chose.

Le déplacement forcé est avant tout un changement de mode de vie dans un nouveau milieu, en usant d'autres moyens d'existence et en prenant conscience d'un nouveau statut. Les réactions psychologiques à de tels événements sont souvent dramatiques. De plus, les individus sont souvent touchés dans leur capacité à répondre à leurs besoins vitaux, à se concentrer, à trouver des solutions aux problèmes de tous les jours, à s'engager dans la reconstruction et à interagir avec les autres. En sus, l'impact des déplacements entraîne considérablement des problèmes sociaux notamment la déstructuration sociale, l'augmentation de la violence basée sur le genre, de la détresse psychique comme le deuil, l'anxiété et des troubles psychiques à savoir la dépression, troubles de l'anxiété, le stress post-traumatique, les psychoses et des difficultés individuelles à conduire ses activités quotidiennes. Les repères, les rituels, les liens communautaires et sociaux sont souvent transformés.

Crocq (2005), partant des écrits d'Abraham (1918), explicite clairement le concept d'«effondrement narcissique» :

La guerre impose à ces hommes de renoncer à tous leurs privilèges narcissiques, de supporter passivement les pires agressions, d'être capables de tuer et d'être prêts à sacrifier leur vie pour la collectivité. Ces sujets à pulsions hétérosexuelles labiles sont privés du soutien de leur épouse. L'amour du dehors qui venait à leur manquer, ils le remplaçaient en s'aimant eux-mêmes. Mais dès qu'un traumatisme les frappe, ils perdent l'illusion narcissique de leur invulnérabilité et de leur immortalité et s'effondrent dans l'abattement total avec obsession de

la mort. (p.40)

Hélène (2009) a abordée les manifestations du traumatisme psychique dans le vécu du cancer du sein. Pour elle, le vécu du cancer du sein est un traumatisme qui « s'accompagne du sentiment que la vie s'arrête ». Du point de vue psychique, cette période est vécue comme le début de sa propre mort. L'auteur souligne que la conscience intellectuelle que l'être humain a de sa finitude est sans rapport avec son appréhension lorsqu'il est confronté à titre personnel et à un moment précis, à l'idée de la mort. Cependant, l'effraction psychique est d'autant plus violente que la surprise causée par l'annonce du diagnostic est grande. L'annonce du diagnostic est également un moment d'identification de l'individu avec les formes de représentation de la maladie. Ainsi, le sens de la vie, la place dans le couple, le regard des enfants, le regard des autres dans le monde professionnel peuvent interpellier les patientes.

Pierrette et al. (2010), ont aussi montré les réactions du traumatisme psychique dans la survenue d'une maladie chronique qu'est le cancer du sein. Leur étude a portée sur le vécu des jeunes femmes atteintes de cancer du sein au Nouveau-Brunswick. L'objectif global de la recherche consistait à explorer l'impact psychosocial du diagnostic et des traitements du cancer sur le vécu des jeunes femmes en termes de défis personnels, conjugaux et familiaux. Les résultats indiquent également que les participantes ont souvent dû faire face sans préparation à certains des changements et symptômes. Plusieurs des participantes mentionnent l'importance d'être mieux informées des conséquences que peuvent avoir les traitements sur leur corps.

Le cancer est une maladie caractérisée par une prolifération cellulaire anormalement importante au sein d'un tissu de l'organisme, de telle sorte que la survie de ce dernier est menacée. Ces cellules dérivent toutes d'un même clone, cellule initiatrice du cancer qui a certaines caractéristiques lui permettant de se diviser indéfiniment. Des cellules malignes se multiplient de manière désordonnée jusqu'à créer une tumeur qui s'attaque aux tissus sains avoisinants. Ainsi, au cours de la maladie, certaines cellules peuvent migrer de leur lieu de production et former des métastases (Belot et al., 2008). Plus précisément, le cancer du sein émerge dans les unités cellulaires dont la fonction est de sécréter le lait.

Selon Lambrichs (2011), le cancer du sein relance chez les patientes des questions essentielles : celles des origines, de la sexualité, de la mort, du désir et de la transgression dans le devenir. Cela sous-entend que les conséquences psychologiques du cancer du sein sont extrêmement considérables. En d'autres termes, cette pathologie chronique engendre chez les patientes des blessures psychiques que physiques. Lambrichs soutient dans la même perspective que le cancer du sein touche à l'identité féminine qui renvoie au concept de soi, à l'image du corps, à un investissement narcissique.

Dans les écrits scientifiques actuels, les conséquences physiques et psychologiques sont les plus documentées en lien avec la problématique du cancer du sein chez les femmes (Begovic-Juhant et al., 2012). Les femmes atteintes de cancer du sein subissent des changements importants en ce qui concerne leur apparence physique, principalement en raison des traitements invasifs qu'elles reçoivent, tels qu'une perte ou un gain de poids, ou encore la perte de leurs cheveux (Choi et al., 2014). Confrontées à ces changements et ces difficultés, plusieurs femmes mentionnent avoir une faible estime de soi et une mauvaise image corporelle, en plus de vivre avec les symptômes anxieux et dépressifs qui apparaissent dès l'annonce du diagnostic et qui risquent de persister pendant et après les traitements (Fitch et al., 2008).

Le cancer du sein affecte également les femmes sur le marché du travail. En effet, cette maladie peut avoir de graves conséquences professionnelles, conjugales, sociales et une perte d'intérêt sur la vie des femmes qui les contraignent à réorganiser leurs occupations en attachant une moins grande importance à leur emploi (Maunsell et al., 2004). Dans plusieurs cas, les souffrances psychiques et physiques peuvent les conduire à un abandon et rejet au travail tandis que d'autres peuvent continuer à travailler à temps partiel. Cependant, on observe une baisse du

taux moyen d'emploi pour les personnes atteintes de cancer à la suite du diagnostic (Boucher et al., 2010).

Etant donné l'ampleur et les conséquences du psychotraumatisme des attaques terroristes, il est important de comprendre les besoins des femmes qui sont atteintes et malades du cancer du sein. Tout d'abord, les manifestations symptomatologiques du traumatisme inhibent les réactions douloureuses. Pour Davis (2004), il est possible de constater un manque d'information ressenti chez un nombre important de femmes en ce qui concerne la perturbation de la sexualité, leur adaptation à la maladie et aux troubles liés aux traitements. Or la réponse aux besoins d'information a un impact sur la qualité de vie, le fonctionnement émotionnel, ainsi que le bien-être familial et social de ces femmes (Arora et al., 2007).

De nos jours, le cancer du sein est de plus en plus diagnostiqué chez des femmes qui sont la plus part en situation de déplacement interne dans la commune de Kaya suite aux attaques terroriste de leur localité d'origine. Malheureusement, ce diagnostic semble se faire tardivement chez bon nombre de patientes à cause de la méconnaissance (conception surnaturelle du cancer) des populations, ce qui aboutit à des formes avancées dont les thérapeutiques mutilantes sont très coûteuses et nécessitent un accompagnement psychologique de longue durée.

Au Burkina Faso, les estimations faites par Global Cancer Observatory en 2022 révèlent que le cancer constitue une préoccupation majeure. En effet, selon cette organisation 1372 nouveaux cas de cancer du sein ont été notifié soit 15,3% des cas de cancers chez la femme avec 818 décès soit une létalité de 59,62%. Par ailleurs, selon le document de la Stratégie nationale de lutte contre le cancer 2021-2025, le cancer vient en seconde position des causes de mortalité par les Maladies Non Transmissibles (MNT) enregistrées dans les hôpitaux du Burkina Faso après les maladies cardio-vasculaires, et absorbe plus de 60% du budget du ministère de la Santé alloué aux évacuations sanitaires à l'extérieur.

Selon le Plan stratégique de lutte contre le cancer 2013-2017, ces pathologies cancéreuses viennent en troisième position, en termes de morbidité et de mortalité, après celles infectieuses et cardio-vasculaires.

De ce qui précède nous nous interrogeons sur les répercussions du psychotraumatisme des attaques terroristes sur une femme atteinte d'un cancer du sein à Kaya. Autrement dit, quelle sont les manifestations psychologiques du terrorisme chez une femme atteinte de cancer du sein ? Les attaques terroristes favorisent-elles la survenue d'un cancer du sein chez une femme ? Quelle est l'expérience de son corps dans son statut de femme déplacée interne ? Le présent travail apporte des éléments de réponses à ces questions.

Alexanne (2018), a travaillé sur le vécu des femmes à la suite d'un diagnostic et de traitement du cancer du sein. L'objectif général de son étude est de documenter le vécu des femmes à la suite d'un diagnostic et de traitement du cancer du sein. Les résultats de l'étude indiquent que l'annonce du diagnostic du cancer du sein fut un véritable choc pour les participantes. Pour certaines participantes, l'annonce du diagnostic a suscité une réaction de panique, engendrée par la peur de mourir et de ne pas s'en sortir. La peur de la mort semble surtout liée à leur rôle de parent car elles craignaient que leurs enfants se retrouvent orphelins.

Dany et al. (2009) ont réalisé une étude exploratoire sur l'image du corps. Leur objectif général était d'interroger l'expérience corporelle de malades du cancer dans une perspective psychosociale visant à questionner l'inscription du corps au cœur des rapports entre appartenances sociales et participations sociales. Plus spécifiquement, ils envisageaient explorer l'impact de la maladie sur l'image corporelle des patients et les pratiques corporelles que ceux-ci mettent en œuvre dans ce contexte. Ils ont élaboré un questionnaire comprenant trois échelles et des questions relatives aux atteintes corporelles associées à la maladie, leur vécu et aux pratiques corporelles des patients pour collecter leurs données. Pour l'analyse des données, ils ont utilisé le logiciel Alceste. Les résultats issus de cette recherche exploratoire indiquent que la majorité des participantes témoignent d'un sentiment d'inquiétude, de crainte

qui perturbe le quotidien. Aussi, elles expriment les conséquences de la mastectomie sur le bien-être psychique, la sexualité et l'image du corps.

Dans notre pays le Burkina Faso, peu d'étude aborde l'impact de la psychotraumatisme des attaques terroristes sur les femmes atteintes de cancer du sein à Kaya. Il y a donc un intérêt à produire des connaissances théoriques et de ressortir des implications psychothérapeutiques pour nous en abordant ce thème. Cette recherche offre un intérêt pratique, car le cas illustratif présenté à une valeur d'exemple pour la clinique où le professionnel lui-même se confronte à une situation clinique. La description du cas et son analyse font de cette étude un cadre pratique de réflexion.

Nous émettons l'objectif général sur l'analyse de la répercussion du psychotraumatisme des attaques terroristes sur une femme atteinte d'un cancer du sein à Kaya. En termes d'objectifs spécifiques, nous nous proposons de montrer les manifestations psychologiques du terrorisme chez une femme atteinte de cancer du sein. De même présenter le facteur favorisant la survenue d'un cancer du sein chez une femme. Enfin, comprendre l'expérience de son corps dans son statut de déplacée interne.

Approches théoriques

La théorie du trauma de Janet (1889)

Janet (1889) est l'un des auteurs qui a beaucoup travaillé sur le traumatisme après Freud. Cet auteur propose dans sa théorie du trauma, un bouleversement émotionnel et du symptôme. Il insiste sur la prédisposition de l'individu à être bouleversé par les émotions et à voir son champ de conscience se désagréger. Dans ce sens, la séduction sexuelle ne représente qu'une forme de trauma possible. Le cancer du sein engendre un bouleversement émotionnel provoqué par un événement soudain, brutal et inattendu dont l'impact dépend de l'organisation psychique de la patiente.

Ayant un autre regard, Briole et al. 1994, postulent que l'expérience traumatique exprimerait une part d'elle-même qu'elle ignorait jusque-là. Cela sous-entend que des souvenirs déplaisants au cours de la trajectoire développementale de la patiente peuvent provoquer le débordement émotionnel à l'annonce du diagnostic et du suivi du traitement du cancer du sein.

De Clercq et Lebigot (2001), mettent l'accent sur l'expérience de mort imminente qu'un événement peut créer. L'image traumatique ne pourrait se lier au réseau de représentations constitutif du psychisme. Cette image vécue comme un corps étranger interne aurait, dans une certaine mesure, un destin propre. Ces auteurs estiment que le trauma posséderait un double aspect : celui d'un événement réel en lien avec une perception et celui d'un vécu en lien avec l'idée de la mort.

La théorie freudienne du trauma (1921)

Quatre ans plus tard, en 1893, à la suite de la théorie explicative de Janet, Freud (1921), utilise des éléments de sa théorie, notamment le choc émotionnel, l'effraction dans le psychisme, le corps étranger, le phénomène de dissociation du conscient, la souvenance brute de l'événement qu'il renomme « réminiscence ». Freud a ainsi mis en œuvre deux aspects du trauma. Son aspect dynamique d'effraction au travers des défenses du psychisme et son aspect absence de signifiant. En 1920, il explique les aspects dynamiques de sa théorie du trauma dans son ouvrage « Au-delà du principe du plaisir ». Il compare métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle qu'il appelle « pare-excitation » qui sert à la fois de contenant et

de protection à l'appareil psychique et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables. Les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'un pare-excitation fort, et d'autres non. De ce fait, face à un événement traumatique, certains individus peuvent manifester des symptômes dans l'immédiat et d'autres développeraient des troubles beaucoup plus tard. Pour Freud, le traumatisme est relatif et dépend du rapport de force entre les excitations venant de dehors et l'état constitutionnel et conjoncturel de la barrière de défenses qui les reçoit.

Ferenczi (1934) théorise pour sa part que le trauma trouverait son origine dans une action survenue précocement, parfois avant l'acquisition du langage. L'origine en serait « une excitation sexuelle prématurée » (Bokanowski, 2005, p.894) qui agirait tel un « empiètement » sur le psychisme naissant de l'enfant qui empêcherait la bonne structuration de sa psyché. Comme le rappelle Bokanowski (2005), il s'agit « d'une configuration particulière où les besoins de l'adulte prévalent sur ceux de l'enfant qui se trouve ainsi méconnu, voire dénié » (p.895). Ce déni entraînerait la sidération du Moi ou l'agonie de la vie psychique. Le trauma traduit alors une absence de réponse adéquate de l'objet face à une situation de détresse primaire, qui pourra être réactivée à la moindre occasion. Cette expérience constituerait un choc, d'autant plus que le psychisme n'y est pas préparé, un événement inattendu, « écrasant », qui va avoir pour conséquence d'engendrer une anesthésie psychique et physique, une « paralysie » des capacités fonctionnelles de l'individu, dont un arrêt du système de perception et de pensée, un individu alors vulnérable aux nouvelles excitations provenant de l'extérieur (Ferenczi, 1934).

Toutes ces théories sont étroitement liées car elles traitent du même sujet qu'est le traumatisme qui met en lumière la dynamique psychique et l'expérience de la maladie. De plus, elles mettent en exergue les conséquences d'un événement critique observé chez les patientes sur le plan psychique et physique. C'est aussi pour donner une explication scientifique à ces souffrances psychiques que ces deux théories sont mises en exergue.

Méthodologie

Population d'étude et situation clinique

L'étude est constituée d'un seul cas ayant valeur d'exemple. Nous avons reçu ce cas en consultation psychologique dans le cadre de notre accompagnement des personnes déplacées internes dans la commune de Kaya plus précisément dans le Centre Médical Urbain du secteur 6. Dans ce cadre, nous assurons la prise en charge psychologique et psychosociale des personnes Déplacées internes et des populations hôtes de tout âge. Nous accueillons aussi les survivantes de Violences Basées sur le Genre pour la prise en charge psychologique du traumatisme subit lors des violences de tout genre.

Dans cette étude, le cas a été choisi par la méthode de l'échantillon tout venant. Il s'agit d'une femme référée au service de psychologie par les agents de santé pour une meilleure prise en charge des troubles psychologiques. Ce présent travail porte sur une femme âgée de 36 ans. La consultation clinique avec Rabi est une expérience individuelle, d'entretien et d'observation clinique. Elle a porté sur le traumatisme vécu dans sa localité d'origine et pendant le déplacement associé d'un diagnostic du cancer du sein.

Techniques de recueil des données

Ici, il s'agit de procéder par les techniques de l'observation et de l'entretien clinique par leur originalité, leur spécificité dans l'étude approfondie des cas individuels.

L'observation clinique

L'observation est l'action de suivi attentif des phénomènes sans volonté de les modifier à l'aide de moyens d'enquête et d'étude appropriés. Autrement, c'est une investigation d'un phénomène naturel ou culturel qui se caractérise par le fait que le chercheur n'intervient à aucun moment. C'est une phase exploratoire de la recherche visant à se familiariser avec une situation ou un phénomène afin qu'émerge une hypothèse.

Pour Pedinielli (1994), l'observation clinique consiste à relever des phénomènes comportementaux significatifs, de leur donner un sens en les restituant dans la dynamique. L'observation clinique vise l'observation de la réalité psychique, de la subjectivité. En effet, l'accès à la réalité psychique se réalise par l'observation des symptômes, des signes, des messages verbaux et non verbaux, des interactions, des rêves, des productions tels les jeux, les dessins. Aussi, l'attention est portée sur les associations, sur l'agencement associatif des éléments observés. En outre, la situation clinique mobilise le transfert, et l'observation clinique suppose l'observation du transfert, des objets transférés et des objets que vise le transfert

L'entretien clinique

L'entretien clinique est la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotion, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique où le sujet adresse une demande à un clinicien, ce dernier étant identifié par sa fonction et par sa position durant l'échange. L'entretien clinique peut être mis en œuvre dans différents contextes et répondre à des objectifs différents : diagnostic, thérapeutique, recherche. Un entretien clinique de recherche peut poursuivre des visées exploratoires, de validation ou d'illustration et donc être plus ou moins directif (Fernandez & Pedinielli., 2006).

Méthode d'analyse

Dans le cas de notre recherche, nous avons opté pour l'analyse qualitative clinique comme méthode d'analyse des données. L'analyse de données qualitatives est un processus impliquant un effort d'identification des thèmes, de construction d'hypothèses émergeant des données ainsi que de clarification du lien entre les données, les thèmes et les hypothèses conséquentes. Chaque situation clinique est particulière. Le cas présent est singulier et porte un anonymat.

Selon Mucchielli (1979), l'analyse qualitative clinique est une méthode sûre, qui nous permet de faire l'inventaire, rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui y est présenté dans le récit de la jeune dame, formuler et classer tout ce que contient le matériel clinique. Elle s'inscrit dans un processus de recherche qui a des objectifs précis, voire des hypothèses à vérifier. Ce modèle permet d'explorer les émotions, les sentiments et l'expérience personnelle de Rabi concernés.

Résultats

L'analyse de contenu de l'entretien clinique s'applique sur la description des récits de la patiente en considérant ce qui est directement accessible, parlé et énoncé par elle. La spécificité de l'analyse clinique réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les plaçant dans la dynamique individuelle. Elle rapporte les faits observés à l'individu et s'organise autour de l'étude de cas.

Observation et description clinique du cas de Rabi

Rabi est une jeune dame âgée de 36 ans. Elle est mariée (mariage religieux) et mère de 7 enfants dont 4 garçons et 3 filles. Elle est en situation de personne déplacée interne. Elle exerçait le métier de l'agriculture quand elle était dans sa localité d'origine. Son père est décédé mais sa mère est toujours vivante. Elle vit actuellement dans la commune de Kaya avec ses enfants. Son mari vit avec sa coépouse dans une autre cours. Rabi n'a pas été scolarisée. Elle aidait ses parents dans les travaux champêtres. Elle s'exprime en langue moore.

Elle est venue en consultation pour des céphalées et un trouble de sommeil qu'elle nous dit avoir consulté plusieurs fois au dispensaire mais le mal persiste. C'est ainsi que l'infirmier nous l'a référée pour un suivi psychologique. Le premier entretien de consultation avec Rabi a débouché sur des rencontres de soutien pendant deux (02) mois. Malgré certains rendez-vous manqué, nous avons pu réaliser (6) entretiens psychothérapeutiques. Le motif de la demande de consultation est une demande d'aide pour retrouver un bien être émotionnel, comportementale et affectif.

Elle a été donnée à mariage forcé à l'âge de 17 ans. Une année après, son mari a épousé une autre femme. Les parents de cette dernière ont exigé qu'elle que leur fille soit la première épouse et Rabi la deuxième place. Elle relate :

Ce changement forcé m'a émotionnellement touché au point que j'ai développé des troubles mentaux, très agressive envers son entourage. C'est la prière chez les chrétiens évangéliques qui m'a aidé à retrouver un bien être mentale. Après ma rémission, mon époux ne vient vers moi que pour des relations intimes. Il n'y a jamais eu de moment de conviabilité entre nous.

C'est en 2021 que les attaques terroristes ont commencé dans notre localité. Elle explique:

les terroristes ont fait irruption dans leur village en incendiant d'abord le marché tout en tirant sur tout ce qui bouge. C'était la débandade, plusieurs personnes ont perdu la vie et aussi il y a eu des blessés. Après cet incident, les survivants ont saisi la première opportunité pour quitter la localité.

Elle exprime son ressenti à l'égard de cette situation en ces termes :

j'avais perdu mes repères car mes enfants étaient dispersés et il me fallait prendre mon courage pour les chercher dans les différentes concessions. Dans la panique, j'ai pu retrouver trois (03) de mes enfants et le lendemain les autres ont été retrouvés.

Elle affirme qu'elle était bouleversée de voir les corps sans vie et parmi, elle avait des connaissances et c'était traumatisant pour elle et ses enfants. Avec le visage rempli de tristesse, elle nous relate que son époux, sa femme et ses enfants ont quitté la localité à son insu à la recherche d'un refuge. Un (01) mois après qu'elle a appris qu'ils sont à Kaya. Comme les attaques continuaient, j'ai suivi un groupe de femmes avec mes enfants pour quitter la localité. Elle explique :

au cours du déplacement à pied avec les charrettes, nous avons rencontré les terroristes bien armés et en grand nombre. Ils nous ont arrêtés pour des prêches pendant des heures avant de nous libérer dans la soirée. Ils ont récupéré nos charrettes, tous nos vivres, nos appareils téléphoniques, nos sacs contenant les vêtements et autres en nous menaçant de quitter rapidement la zone.

Ils sont arrivés dans la ville de Kaya sans rien sauf les seuls vêtements qu'elles portaient. Elle ajoute que ses enfants pleuraient sans cesse et la nuit c'était des cauchemars et des sursauts

nocturnes et souvent elle a des reviviscences. Elle nous confie que ses premiers moments dans la ville fut terrifiants car elle avait peur de sortir, de participer à des activités de la communauté, avec le sentiment d'évitement, d'hyper vigilance et d'insécurité. En plus, elle n'avait pas de lieu où s'abriter avec ses enfants, c'est dans la cours d'un pasteur qu'ils ont trouvé refuge et par la suite, ce dernier a trouvé une maison pour elle et ses enfants. Après quelques mois passés, son époux est passé chez elle la rendre visite en lui signifiant que sa belle-mère (mère de son mari) viendra séjourner avec eux dans la même maison.

Elle explique que son époux l'a abandonné avec ses enfants et ne passe jamais les rendre visite. Elle raconte :

Je me débrouille pour nourrir mes enfants. Parfois c'est chez le pasteur qui m'avait hébergé que je vais aider à travailler et avant de partir, il me donne des vivres pour la famille. Souvent je me demande pourquoi Dieu m'a permis de rencontrer un tel homme qui ne se soucie pas du bien être de sa famille. Ce sont mes parents qui me soutiennent financièrement pour la scolarisation de mes enfants et même m'envoie des vivres. Je sais que le manque de sommeil et les pensées négatives y sont les causes de mes céphalées permanent.

Elle ajoute qu'elle se serait suicider nui tété le soutien de ses proches et de la communauté. Au sujet de l'expérience du cancer du sein, Rabi nous explique qu'elle a constaté une masse dans ses deux seins et que souvent elle a des douleurs chroniques qui l'empêchent de dormir. Aussi, elle a du mal à se coucher sur les côtés gauches et droits sauf sur le dos. Elle prend des antibiotiques pour calmer la douleur afin de pouvoir trouver le sommeil. Elle raconte :

une fois, j'avais très mal que je ne pouvais pas m'asseoir et donc je me suis rendu dans un poste avancé (une formation sanitaire à proximité des personnes déplacées internes) pour une consultation. A la consultation, l'agent de santé m'a prescrit de l'amoxicilline pour calmer la douleur. J'ai récupéré les médicaments immédiatement au dépôt puis j'ai avalé. Quand je suis rentré à la maison, la douleur s'est calmée et j'ai pu reprendre mes activités tout en demandant au pasteur de prier pour moi. Comme je n'ai pas de moyens financiers, si on me soumet à des examens pour plus d'investigations je ne serai pas à mesure d'honorer.

Elle évoque déjà sa vulnérabilité face à son état de santé les larmes aux yeux, des soupirs, et la tête baissée. Elle ajoute :

Ce qui me fait mal c'est l'abandon du père de mes enfants dans ce contexte difficile marqué par l'insécurité. Si j'étais au village, je n'allais pas me soucier parce que j'ai mon champs, et mon bétail que je peux commercialiser en cas de besoin d'argent surtout pour les questions de santé .

Elle est anxieuse quant à l'évolution de la maladie compte tenu de la douleur au niveau des seins. Deux semaines après qu'elle ait suivi un traitement pour soulager la douleur, elle est venue pour son suivi psychologique. A cette séance, elle nous confie qu'elle n'a pas dormi la nuit dernière car les douleurs ont repris de plus belle. Nous lui avons référée à la maternité pour une meilleure prise en charge. A l'issue de cette consultation, elle est orientée chez un médecin. Ce dernier lui a demandé de réaliser une échographie mammaire et d'autres examens complémentaires qui permettront de poser un diagnostic clair de la maladie. Présentant une situation de précarité, une structure de la place l'a assisté financièrement pour la réalisation de ses examens. Les résultats ont révélé un cancer du sein. Le médecin a pris le soin de lui expliquer les manifestations et l'évolution de la maladie dans sa langue. Toutes les informations sur les étapes du traitement qui doit se faire à Ouaga lui ont été communiquées.

C'est en pleure que nous l'avons reçu dans notre cadre d'écoute et d'accompagnement psychologique. Après s'être calmé, elle s'exprimait avec beaucoup d'émotions, de tristesse et de désarroi. Elle s'explique :

je suis très choqué d'apprendre ce diagnostic aujourd'hui. Comment je vais faire ? Déjà, je traverse des difficultés dans mon foyer avec l'abandon de mon mari, mes enfants qui peinent pour avoir à manger et cette maladie me tombent déçu. Est-ce que je vais m'en sortir ? Ce que je vais faire, quand je vais quitter votre bureau, j'irai directement à l'église demander au pasteur de prier pour moi. Sinon je sais que je ne pourrai pas partir à Ouaga pour les soins. Avec quel moyen ?.

Ces propos sont suivis de soupirs, de silence, par un ressenti de haine. Rabi se pose tant de questions auxquelles elle n'a pas de réponses. Elle affirme qu'elle va se remettre entre les mains de son créateur car il peut la guérir. Cette annonce vient réactiver ses antécédents qui remettent en question son équilibre psychique et émotionnel. Avant de nous quitter, elle termine la séance avec un long silence, des soupirs, et le cœur rempli de tristesse.

Analyse psychopathologique de la situation clinique

Après l'observation clinique, l'analyse que nous faisons de ce cas clinique est la suivante : le traumatisme de Rabi remonte au début de son mariage forcé religieux où elle a perdu de force sa première place d'épouse l'entraînant à développer des troubles mentaux. Ce traumatisme subi a perduré des années surtout avec le comportement irresponsable de son époux. En effet, elle manifeste de la haine envers ce dernier et du regret car hors mis ses enfants qui lui procure de la joie et le plaisir de rester résiliente, cet homme lui a jamais donné la joie d'un foyer. Elle s'exprime : « Après ma rémission, mon époux ne vient vers moi que pour des relations intimes. Il n'y a jamais eu de moment de conviabilité entre nous ». Le réservoir d'amour et d'affection de Rabi est vide depuis des années ce qui peut la conduire à connaître des problèmes comportementaux car le besoin de se sentir aimé de son conjoint est au centre des désirs conjugaux. Cette carence affective n'a pas favorisée la guérison de sa blessure psychique.

Les attaques terroristes viennent réactivées les antécédents de Rabi entraînant créant un traumatisme psychique. En effet, ces attaques ouvrent la voie des troubles psychopathologiques chez le sujet qui en a été victime d'une manière ou d'une autre. Elle a vu des corps sans vie et des blessés lors de l'incident qu'a subi sa localité d'origine. Une telle expérience traumatique mobilise des stratégies de survie comme la sidération, le clivage du narcissique ou la fragmentation. Par ces manifestations, le sujet désintègre l'unité de sa personnalité et se fragmente en morceaux. La panique, l'effroi, le choc émotionnel ont paralysés Rabi qu'elle explique en ces termes :

J'avais perdu mes repères car mes enfants étaient dispersés et il me fallait prendre mon courage pour les chercher dans les différentes concessions. Dans la panique, j'ai pu retrouver trois (03) de mes enfants et le lendemain les autres ont été retrouvés.

Ces réactions physiologiques et psychiques sont des signaux de stress aigu qui s'annoncent chez elle. Lors du déplacement pour rejoindre une localité Secure, Rabi est de nouveau confronté à des facteurs traumatogènes fragilisant davantage son équilibre psychique. Elle éprouve un choc émotionnel à la rencontre des groupes armés non identifié qui active son angoisse de mort imminent face à des personnes lourdement armés. La peur, la dissociation, l'agitation dans une situation de prêche qu'elle ne comprenait au milieu des hommes qui peuvent les assassiner et son ressenti l'ont perturbé émotionnellement. Les menaces, les

violences, la perte de leurs charrettes, les sacs, les appareils téléphonique sont des actes qui ont profondément touché la dignité et la personnalité propre de tout le groupe qu'elle exprime en ces termes :

au cours du placement à pied avec les charrettes, nous avons rencontré les terroristes bien armés et en grand nombre. Ils nous ont arrêtés pour des prêches pendant des heures avant de nous libérer dans la soirée. Ils ont récupéré nos charrettes, tous nos vivres, nos appareils téléphoniques, nos sacs contenant les vêtements et autres en nous menaçant de quitter rapidement la zone.

L'exposition répétée aux événements traumatiques peut susciter par la suite des plaintes somatiques et une proportion non négligeable dans les jours ou les semaines qui suivent des troubles psychosomatiques caractérisés par une hypertension artérielle, des ulcères d'estomac, de l'asthme, des céphalées, des douleurs musculaires etc. En plus, le traumatisé a perdu sa capacité de relation objectale avec autrui comme c'est le cas chez Rabi qui a peur de sortir à la rencontre d'autres personnes et la peur de participer aux activités de sa communauté. Dans la littérature scientifique, les auteurs soulignent la régression libidinale du traumatisé qui, atteint dans son narcissisme, consacre tout son amour à la réparation de son moi blessé et n'est plus disponible pour aimer vraiment autrui qu'il assaille de ses demandes d'affection et de protection jamais rassasiées.

Quant à ta l'abandon de son époux, elle ressent une haine tournée vers la colère à l'égard de ce dernier. Leur relation conjugale est marquée par la distance et le conflit. Cette expérience douloureuse l'a propulsé dans une orbite émotionnelle sans pareille. Cette absence d'union parentale, de protection, de sécurité, le manque de la figure paternelle impose une douleur psychique, affective et sociale chez les enfants. Elle s'exprime :

Je me débrouille pour nourrir mes enfants. Parfois c'est chez le pasteur qui m'avait hébergé que je vais aider à travailler et avant de partir, il me donne des vivres pour la famille. Souvent je me demande pourquoi Dieu m'a permis de rencontrer de un tel homme qui ne se soucie pas du bien être de sa famille. Ce sont mes parents qui me soutiennent financièrement pour la scolarisation de mes enfants et même m'envoie des vivres. Je sais que le manque de sommeil et les pensées négatives y sont les causes de mes céphalées permanent.

Rabi exprime une profonde vérité car le contenu de son ressenti ont une portée émotionnelle. L'annonce du diagnostic a une fois de plus bouleversé l'équilibre psychique de Rabi, fragilisée auparavant par des difficultés conjugales. Elle est choqué d'apprendre une telle annonce. Confrontée à une telle nouvelle très stressante peut impliquer une douleur soudaine et constituer ainsi un traumatisme susceptible de donner lieu à un état de stress post traumatique avec des symptômes de reviviscence, d'évitement et une instabilité émotionnelle. Ces réactions situent sur l'impact psychopathologique. Son état de souffrance psychique et de vulnérabilité est manifesté par une profonde tristesse, un sentiment de culpabilité, le désarroi, des pensées intrusives de mort. Ces expressions sont perceptibles à travers les termes comme :

ce qui me fait mal c'est l'abandon du père de mes enfants dans ce contexte difficile marqué par l'insécurité. Si j'étais au village, je n'allais pas me soucier parce que j'ai mon champs, et mon bétail que je peux commercialiser en cas de besoin d'argent surtout pour les questions de santé.

Elle extériorise son désir latent de la présence d'un époux responsable qui va la soutenir financièrement dans son traitement et lui apporter l'attention nécessaire surtout dans un climat d'insécurité. Le sein est le représentant de la féminité car il fait symboliquement référence à l'identité sexuée de la femme. L'identité sexuée se construit autour de référence physique et

comportementaux qui peut être naturalisés par les individus. Les seins, sont symboliquement associés à la femme et renvoient à son identité sexuée socialement déterminée. Concernant la féminité, le sein est perçu comme un objet de séduction et de coquetterie. Quant à l'identité et l'image du corps, elles renvoient à l'investissement de la fonction narcissique. En effet, l'image de la mère semble parfois s'effacer au profit de celle de la femme et le sein reflète des préoccupations plus narcissiques. Ainsi, l'absence de ce sein est pour elle une première blessure narcissique. Elle s'explique son ressenti traumatique en ces termes:

Je suis très choqué d'apprendre ce diagnostic aujourd'hui. Comment je vais faire ? Déjà, je traverse des difficultés dans mon foyer avec l'abandon de mon mari, mes enfants qui peinent pour avoir à manger et cette maladie me tombent déçu. Est-ce que je vais m'en sortir ? Ce que je vais faire, quand je vais quitter votre bureau, j'irai directement à l'église demander au pasteur de prier pour moi. Sinon je sais que je ne pourrai pas partir à Ouaga pour les soins. Avec quel moyen ?.

Elle pose tant de question dont elle n'a pas de réponse mais prend la résolution de se confier à Dieu qui peut lui apporter la guérison. Cette décision montre sa capacité de résilience face à cette maladie chronique qu'est le cancer du sein.

Implications psychothérapeutiques

Le traumatisme psychique subi de suite des attaques terroristes associé à un diagnostic du cancer du sein peut être difficile à vivre d'où la nécessité de procéder à une psychoéducation thérapeutique aiderait la patiente et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre le plus sainement possible et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Aussi, elle aiderait la patiente capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie. Enfin, elle porte sur la personne malade pour l'aider à une meilleure acceptation de soi après un traitement chirurgical mutilant en améliorant sa qualité de vie.

En révisant l'histoire de Rabi, le psychologue lui offrira dans un cadre calme et rassurant, une perspective pour élaborer son vécu traumatique et des expériences conjugales marquées par l'abandon, les conflits, la haine non résolues. La Thérapie Cognitivo-Comportementale agirait donc sur les cognitions, modifierait les émotions (anxiété, culpabilité, dépression, colère), les comportements inadaptés et les croyances de la patiente. Cette thérapie permettrait un travail de restructuration cognitive du traumatisme suscité à l'annonce du diagnostic du cancer du sein, avec les comportements et émotions afférents. Aussi, elle corrigerait les distorsions cognitives et les schémas dysfonctionnels engendrés par l'angoisse de mort, et la peur qui est source de handicap pour la patiente. Cela renforcerait le sentiment d'efficacité et l'estime de soi personnelle de Rabi. Cette dynamique favoriserait un ensemble de renforcement positif des comportements voulus par elle.

Discussion

Cette étude clinique, à travers l'analyse de cas cliniques, a permis de mettre en évidence l'expérience subjective psychique et physique de Rabi, âgée de 36 ans victime d'attaques terroristes associé d'un diagnostic du cancer du sein.

Dans la perspective psychanalytique, Lebigot (2006) rapporte que le traumatisme psychique résulte d'une rencontre avec le «réel» de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Nos résultats vont dans ce sens.

Ils confirment les travaux de Dany et al. (2009), qui ont réalisé une étude exploratoire sur l'image du corps. Les résultats issus de cette recherche exploratoire indiquent que la majorité des participantes témoignent d'un sentiment d'inquiétude, de crainte qui perturbe le quotidien. Aussi, elles expriment les conséquences de la mastectomie sur le bien-être psychique, la sexualité et l'image du corps.

Enfin nos travaux illustrent comme celui d'Alexanne (2018), qui a travaillé sur le vécu des femmes à la suite d'un diagnostic et de traitement du cancer du sein. Pour lui, l'annonce du diagnostic suscite une réaction de panique, engendrée par la peur de mourir et de ne pas s'en sortir. La peur de la mort semble surtout liée à leur rôle de parent car elles craignaient que leurs enfants se retrouvent orphelins.

Conclusion

L'objectif général de cette recherche a porté sur l'analyse de la répercussion du psychotraumatisme des attaques terroristes sur une femme atteinte d'un cancer du sein à Kaya. Elle a été conduite dans une approche clinique. Pour ce faire, des entretiens et observations cliniques ont été réalisés auprès d'un cas clinique qui a accepté de partager son vécu, son ressenti.

Nous retenons que les attaques terroristes par son caractère horrible affectent considérablement le fonctionnement de l'appareil psychisme et entraîne un bouleversement de la structure de la personnalité. Aussi, le déplacement massif des populations occasionné par les attaques terroristes a provoqué chez bon nombre de femme des maladies chroniques dont le cancer du sein.

Références

- Arora, N.K., Finney, R. L. J., Gustafson, D.H., Moser, R., & Hawkins, R.P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(1), 474-486. DOI : [10.1002/pon.1084](https://doi.org/10.1002/pon.1084)
- Alexanne, G. (2018). *Le vécu des femmes à la suite d'un diagnostic et de traitements du cancer du sein*. [Mémoire de maîtrise] Université du Québec à Cjnh ;hicoutimi, Canada.
- Barrois, C. (1988), *Les Névroses traumatiques*. Dunod.
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, L. (2012). Impact of Body Image on Depression and Quality of Life Among Women with Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30 : 446-460.
- Belot, A., Grosclaude, P., Bossard, N., Jouglu, E., Benhamou, E., Delafosse, P., Guizard, A.V., Molinié, F., Danzon, A., Bara, S., Bouvier, A.M., Trétarre, B., Binder-Foucard, F., Colonna, M., Daubisse, L., Hédelin, G., Launoy, G., Le Stang, N., Maynadié, M., Monnereau, A., Troussard, X., Faivre, J., Collignon, A., Janoray, I., Arveux, P., Buemi, A., Raverdy, N., Schvartz, C., Bovet, M., Chérié-Challine, L., Estève, J., Remontet, L., & Velten, M. (2008). Estimation de l'incidence de la mortalité par cancer en France. *Rev Epidemiol Santé Publique*, 56 : 159-163.
- Bokanowski, T. (2005). Variations sur le concept de "traumatisme" : traumatisme, traumatique, trauma. *Revue Française de Psychanalyse*, 69 : 891-905.
- Boucher, P., & Beauregard, H. (2010). *Le coût économique du cancer*. Lavoisier
- Briole, G., & Lebigot, F. (1994). *Traumatisme psychique : Rencontre et devenir*. Masson
- Choi, E.K., Kim, I-R., Chang, O., Kang, D., Nam, S-J., Lee, J.E., & Cho, J. (2014). Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23 : 1103-1110.

- Dany, L., Apostolidis, T., Canonne, P., Suarès-Diaz, E., & Filippeto, F. (2009). *Image corporelle et cancer : une analyse psychosociale*.
- Davis, C. (2004). Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer : How Can Social Workers Make a Difference ? *Health and Social Work*, 29 : 330-334.
- De Clerq, M., & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Masson.
- Fitch, M. I., Gray, R. E., Godel, R. (2008). Young women's experiences with breast cancer : An imperative for tailored information and support. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 18 : 74-79.
- Ferenczi, S. (1934). *Réflexions sur le traumatisme*. Le traumatisme. Payot & Rivages
- Freud, S. (1921). *La vie sexuelle*. Presse Universitaire de France.
- Hélène, B. (2009). *Développer une culture éthique de l'écoute à l'hôpital*. Le journal des psychologues. Dunod.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Alcan.
- Lambrichs, L.L. (2011). *Le livre de Pierre. Psychisme et cancer*. Seuil.
- Lebigot, F., & Vaiva, G. (2005). *psychotraumatisme prise en charge et traitement*. Masson.
- Maunsell, E., Drolet, M., Brisson, J., Brisson, C., Mâsse, B., & Deschênes, L. (2004). Work Situation After Breast Cancer : Results from a Population-Based Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 96 : 1813-1822.
- Mucchielli, R. (1979). *L'analyse de contenu : des documents et de communications*. Les Librairies Techniques, Entreprise, Moderne d'Édition et les éditions ESF
- Pedinielli, J.-L. (1994). Le travail de la maladie. *Psychologie médicale*, 19 : 1049-1052.
- Perron, R. (1998). La recherche en psychanalyse et l'Association Psychanalytique internationale. *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris*, 50 : 39-51.
- Pierrette, F., & Lorillon, P. (2010). *Corp, femmes et féminité : le vécu des jeunes femmes atteintes du cancer du sein au*. [Mémoire de Master, Université Laval, Nouveau-Brunswick], 71-89.
- Romano, H. (2010). L'annonce d'un diagnostic grave. *Revue de médecine interne*, 31 : 626-630.