

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA**  
**FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**  
**Département des Sciences Sociales**  
**Option psychologie clinique**

**Mémoire de fin de Cycle**  
**En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie clinique**

Thème

**Le traumatisme psychique chez les femmes ayant subi  
une mastectomie**

**Réalisé par :**

OURTEMACHE Katia  
SELLAMI Sara

**Encadré par :**

Mr. FERGANI Louhab

**Année universitaire 2013-2014**

## *Remerciements :*

*Nous tenons à remercier, tous ceux qui ont contribué de près comme de loin à la réalisation de ce modeste travail. A commencer par notre encadreur Mr. FERGANI pour ses remarques et directives, au chef de service oncologie de l'hôpital d'amizour ainsi qu'à tout le personnel, en particulier Mr. CHELHAB, M.TOUCHE et M.NASRI Sans oublier Mr. BELMOUHOUB psychologue au service de prise en charge pour l'orientation sur le terrain.*

*Nous présentons également, notre gratitude à tous nos amis, et membres de la famille qui nous ont soutenus durant l'accomplissement de notre travail, en particulier Mr. OURTIEMACHE pour sa précieuse participation.*

*A vous tous MERCI*

## *Dédicaces*

*Je souhaiterais dédier ce précieux travail aux deux êtres les plus respectueux qui comptent le plus à mes yeux : mes parents.*

*A ma mère ZOÛRA, première école de ma vie qui m'a enseignée la bonté, l'honnêteté et les valeurs ; source de tendresse, exemple de lutte qui à toujours donner de sa personne pour ma stabilité et mon bonheur.*

*A mon père AHMED, source de sagesse, de passion et de patience qui sans lui le travail n'aurait pas vu jour. Je tiens tout particulièrement à le remercier pour sa contribution, ses remarques, et ses encouragements qui m'ont été d'un grand soutien tout au long de mon parcours.*

*A mon unique et adorable sœur LOTFIA, qui a toujours été là, pour m'aider, m'encourager et me reconforter.*

*A mes grands parents SAÏD, HOÛRIA, ZINOÛBA ainsi qu'à mon défunt grand père SIDI.*

*A toute la famille OÛRTËMACHE, DJOÛADI, et HAMAZ*

*Je dédie aussi ce travail à SOFIANE, mon binôme et amie SARA, ainsi que notre encadreur MR FERGANI LOÛHAB qui nous a guidés vers la concrétisation de ce travail.*

*OÛRTËMACHE Katia*

## *Dédicaces*

*Je souhaiterais dédier ce travail qui m'ait cher, à toute ma famille, plus particulièrement aux personnes les plus importantes dans ma vie, celles qui sont pour moi un modèle, une fierté et qui ont fait de moi la femme que je suis aujourd'hui.*

*À ma mère, ma grande sœur et mon grand frère LYNDIA et LAMINE, mes oncles SALIM et ABDENOUR, à mes cinq tantes, et mes deux cousines*

*Dans l'espoir d'être à mon tour un jour un modèle à suivre pour mes neveux et ma nièce :*

*BILAL, KENZI, FAWZI et IMANE*

*Pour finir une dédicace particulière à mon encadreur, mon binôme et son père sans qui ce travail n'aurait jamais existé.*

*SELLAMI Sara*

# SOMMAIRE

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Introduction générale ..... | 2 |
|-----------------------------|---|

## Partie théorique

### **Chapitre I : La mastectomie**

|  |    |
|--|----|
| Introduction .....                                   | 7  |
| 1. Généralités sur le cancer du sein .....           | 8  |
| 2. Historique .....                                  | 10 |
| 3. Définition de la mastectomie .....                | 11 |
| 4. Les types de mastectomie .....                    | 13 |
| 5. Risques éventuels de la mastectomie .....         | 14 |
| 6. Effets secondaires de la chirurgie mammaire ..... | 15 |
| Conclusion .....                                     | 17 |

### **Chapitre II : Le traumatisme psychique**

|   |    |
|---|----|
| Introduction .....                        | 19 |
| 1. Historique .....                       | 20 |
| 2. Abords théoriques du traumatisme ..... | 23 |
| 2.1. Abord psychanalytique .....          | 23 |
| 2.2. Abord anglo-saxon .....              | 30 |
| 2.3. Abord intégratif .....               | 35 |
| 2.4. Entre trauma et soma .....           | 38 |
| Conclusion .....                          | 40 |
| Problématique et hypothèses .....         | 42 |

## Partie pratique

### **Chapitre I : Méthodologie de la recherche**

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| Introduction .....                 | 49 |
| 1. La méthode clinique .....       | 50 |
| 2. Groupe de recherche .....       | 50 |
| 3. Outils de recherche .....       | 54 |
| 4. Stratégie de la recherche ..... | 60 |
| Conclusion .....                   | 63 |

## **Chapitre II : Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

|  |            |
|--|------------|
| La présentation et analyse des cas ..... | 65         |
| Discussion des hypothèses .....          | 146        |
| Conclusion générale .....                | 158        |
| <b>Bibliographie .....</b>               | <b>162</b> |

## **Annexes**

## **La liste des tableaux :**

|   |     |
|---|-----|
| Tableau N°1 : critère de diagnostic du PTSD selon le DSM-V .....                      | 33  |
| Tableau N°2 : groupe de recherche de la pré-enquête et ses caractéristiques .....     | 51  |
| Tableau N°3 : groupe de recherche, choisi en fonction des critères de sélection ..... | 53  |
| Tableau N°4 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas A .....           | 65  |
| Tableau N°5 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas B .....           | 70  |
| Tableau N°6 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas C .....           | 75  |
| Tableau N°7 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas D .....           | 80  |
| Tableau N°8 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas F .....           | 86  |
| Tableau N°9 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas G .....           | 91  |
| Tableau N°10 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas H .....          | 97  |
| Tableau N°11 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas I .....          | 102 |
| Tableau N°12 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas J .....          | 108 |
| Tableau N°13 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas K .....          | 113 |
| Tableau N°14 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas L .....          | 118 |
| Tableau N°15 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas M .....          | 124 |
| Tableau N°16 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas S .....          | 129 |
| Tableau N°17 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas T .....          | 134 |
| Tableau N°18 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas Y .....          | 140 |
| Tableau N°19 : tableau récapitulatif des résultats de la recherche .....              | 146 |
| Tableau N°20 : tableau explicatif des résultats de la recherche .....                 | 147 |

|   |     |
|---|-----|
| Tableau N°21 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq pour le premier sous-groupe .....   | 148 |
| Tableau N°22 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq pour le deuxième sous-groupe .....  | 150 |
| Tableau N°23 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq pour le troisième sous-groupe ..... | 151 |
| Tableau N°24 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq pour le quatrième sous-groupe ..... | 153 |

## Liste des figures

|  |    |
|--|----|
| Figure 1 : La paroi thoracique et la glande mammaire .....   | 11 |
| Figure 2 : Décollement de la peau, séparation de la glande et du muscle durant une mastectomie ..... | 12 |
| Figure 3 : Cicatrice d'une mastectomie latérale .....  | 12 |
| Figure 4 :L'appareil psychique .....   | 26 |
| Figure 5 : Le stress .....   | 27 |
| Figure 6 : Le trauma .....   | 27 |
| Figure 7 : Le stress post trauma .....   | 27 |
| Figure 8 : Représentation graphique du profil du cas A : Syndrome psycho traumatique moyen .....     | 67 |
| Figure 9 : Représentation graphique du profil cas B : Syndrome psycho traumatique moyen .....        | 72 |
| Figure 10 : Représentation graphique du profil cas C : Syndrome psycho traumatique moyen .....       | 77 |
| Figure 11 : Représentation graphique du profil cas D : syndrome psycho traumatique intense .....     | 82 |
| Figure 12 : Représentation graphique du profil cas F : Syndrome psycho traumatique léger .....       | 88 |
| Figure 13 : Représentation graphique du profil cas G : Absence de syndrome psycho traumatique .....  | 93 |
| Figure 14 : Représentation graphique du profil cas H : Syndrome psycho traumatique moyen .....       | 99 |

|   |     |
|---|-----|
| Figure 15 : Représentation graphique du profil cas I : Syndrome psycho traumatique léger .....      | 104 |
| Figure 16 : Représentation graphique du profil cas J : Syndrome psycho traumatique léger .....      | 110 |
| Figure 17 : Représentation graphique du profil cas K : Absence de syndrome psycho traumatique ..... | 115 |
| Figure 18 : Représentation graphique du profil cas L : Syndrome psycho traumatique intense .....    | 120 |
| Figure 19 : Représentation graphique du profil cas M : Syndrome psycho traumatique léger .....      | 126 |
| Figure 20 : Représentation graphique du profil cas S : Absence de syndrome psycho traumatique ..... | 130 |
| Figure 21 : Représentation graphique du profil cas T : Syndrome psycho traumatique léger .....      | 136 |
| Figure 22 : Représentation graphique du profil cas Y : Syndrome psycho traumatique intense .....    | 142 |
| Figure 23 : représentation graphique de l'analyse du premier sous-groupe .....                      | 148 |
| Figure 24 : représentation graphique de l'analyse du deuxième sous-groupe .....                     | 150 |
| Figure 25 : représentation graphique de l'analyse du troisième sous-groupe .....                    | 152 |
| Figure 26 : représentation graphique de l'analyse du quatrième sous-groupe .....                    | 153 |

# **Introduction générale**

### Introduction générale

La femme, cet être qui est créée pour être un symbole de beauté, de sensibilité, et de maternité, est celle qui réussie malgré les obstacles à valoir sa place de femme dans cette société moderne, se retrouve toujours confronter à des difficultés qui viennent souvent changer sa vie. Sa morphologie qui lui offre tout ses symboles de féminité se voit être mise en danger, un danger de mutilation et par la découverte en elle, d'une tumeur cancéreuse, installée dans son organe symbolique de désir, c'est alors ou la vie ou la disparation de son sein. Cette ablation suscite des questions, en autres, la rencontre avec la mort.

C'est cette rencontre avec la mort et ce changement psychologique survenant chez la femme ayant subi une mastectomie qui nous intéresse dans notre recherche, un avant et après mastectomie qui peut être qualifié de traumatique, va être le fondement de notre problématique ; Ce travail va donc chercher à relier entre ces deux variables en expliquant les liens de causalité et les répercussions qu'engendre cette chirurgie qui n'est pas sans séquelles (physiques et psychologiques).

Notre étude qui porte l'intitulé suivant « Le traumatisme psychique chez les femmes ayant subi une mastectomie », nous mène vers un terrain purement clinique, au service d'oncologie de l'hôpital Ben Merad El Mekki (Amizour), où nous avons cherché réponses à nos questions auprès des femmes mastectomisées qui suivent des traitements néo-adjuvants de chimiothérapie et d'hormonothérapie.

Nous optons alors pour une approche intégrative unissant les deux théories psychanalytiques et cognitivo-comportementales, pour comprendre grâce à la première, l'aspect subjectif des changements endurés par ces femmes et la seconde pour mieux cerner l'aspect symptomatologique du traumatisme. Ce qui explique notre méthode et nos outils de recherche utilisés qui sont ; le questionnaire d'évaluation semi-directif.

Notre choix du thème, motivé par la curiosité intellectuelle que nous portons au traumatisme et aux troubles qu'il provoque, nous a menés vers un terrain de recherche récemment visité par certains chercheurs en psychologie, qui donnent plus

d'importance au traumatisme des actes terroristes et accidents de la voie publique surtout en Algérie. Malgré le grand nombre de femmes qui subissent chaque année une mastectomie et qui taisent leur souffrance, notre thème est donc à la fois d'actualité et pertinent.

Pour une meilleure étude de nos deux variables et l'exposition de nos résultats, nous établissons un plan de travail qui se trouve divisé en deux parties, théoriques et pratiques ; dans la première nous tentons d'établir des définitions simples et claires des deux variables composant cette recherche :

Notre premier chapitre est consacré à la mastectomie qui est présenté sous son aspect médical accompagné d'un bref historique et typologique, ainsi que des effets secondaires de cette dernière, illustrant par là, l'usage et les risques de celle-ci sur le corps de la femme. Quant au deuxième chapitre, il est consacré à la définition du traumatisme psychique selon différentes écoles de psychologie, Anglo-Saxonne et française, tout en incluant les concepts psychosomatiques en relation avec le traumatisme psychique. Ce chapitre nous donne une vision préalable du travail du terrain et des outils nécessaires à notre recherche.

La seconde partie, pratique, est divisée en deux chapitres. L'un, méthodologique apportant une explication de la méthode clinique utilisée ainsi que les outils de recherche entre test « Traumaq » et entretien clinique de recherche. Successivement, ils sont illustrés selon leur utilisation sur le terrain, en fonction du groupe de recherche et de ses critères de sélection mise en place lors de la pré-enquête ; L'autre, sont les analyses et les traitements des résultats obtenus auprès des quinze cas questionnés lors de la recherche, pour après établir la discussion de ces derniers et nous permettre de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Ces dernières se trouvent être les réponses provisoires aux questionnements de notre problématique, à partir desquelles, les idées et les concepts des deux variables de notre thème ont pu être liées. Ainsi, nous avons réalisé la liaison entre la partie théorique et la partie pratique de notre travail, qui est clôturé par une conclusion

générale qui résume nos nouvelles perspectives intellectuelles acquises à travers notre recherche.

# **Partie théorique**

# **Chapitre I**

## **La Mastectomie**

**Introduction**

Le cancer, ces deux syllabes aux conséquences dévastatrices, désigne une tumeur dite maligne, qui se forme par la multiplication désordonnée de cellules d'un tissu de l'organe, il peut donc par cette rapidité de prolifération toucher n'importe quelle partie de l'organisme allant jusqu'à former des métastases.

Le cancer est alors considéré sous ses différentes formes et types, comme une cause majeure de décès dans le monde, sans être de la même fréquence chez les hommes et les femmes ; comme c'est le cas pour le cancer de la prostate, du col de l'utérus ou encore celui du sein. Et c'est sur ce dernier, qu'on réalise l'ablation de l'organe par une chirurgie qu'on appelle la mastectomie.

## 1. Généralités sur le cancer du sein

En référence au dictionnaire médical, le cancer du sein qui touche généralement la glande mammaire de la femme (les seins) sous forme d'un adénocarcinome (tumeur maligne) qui atteint une femme sur onze âgées de 50 à 60 ans.

Se manifestant le plus souvent par une grosseur (nodule), une fossette ou une ride qui creusent la surface du sein, donnant un aspect de peau d'orange. D'autres symptômes sont aussi observés comme une déformation du mamelon qui se rétracte vers l'intérieur avec aspect eczémateux du mamelon, qui devient rouge, crouteux ou érodé avec écoulement sanglant ou noirâtre, ou rarement encore par une douleur sans présentation de signes, où il n'est alors détectable que par un examen radiologique du sein « mammographie » (Le petit Larousse de la médecine, 2010, P.882-833).

Aux risques de survenues méconnues, quelques chercheurs ont pu distinguer certains facteurs qui peuvent favoriser le développement de ce cancer comme :

- Des modifications bénignes de la glande mammaire connues par les médecins et faciles à traiter ; une simple surveillance suffit.
- La vie reproductive (fécondité) ; une femme sans enfants ou encore ayant eu sa première grossesse avant ses 30 ans.
- L'alimentation, l'obésité : le risque augmente selon la quantité de calories absorbées, la consommation élevée d'alcool (1litre par jour), la faible consommation de fruits et légumes.
- Traitement hormonaux prescrits à titre de contraception ou de traitement substitutif de la ménopause ;comme la prise de contraceptifs oraux pendant plus de 5 ans avant la première grossesse ,ou le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) ce produit qui fait appel seulement aux œstrogènes où un sur-risque de cancer est mis en évidence (Institut curie, Janvier 2013).

On note aussi des facteurs de risques non contrôlables tels que l'hérédité, où deux gènes de susceptibilité ont été identifiés (BRCH1 et BRCH2). En effet, le risque est estimé à 85%, et est retrouvé chez 5% des cas diagnostiqués. Un autre risque favorisant la survenue du cancer du sein est un risque hormonal qui se caractérise par la puberté précoce (avant 10 ans) et une ménopause tardive (après 55 ans).

La surveillance des kystes chez les femmes est fortement conseillée, un dépistage précoce est préconisé soit par un examen systématique chez le gynécologue (chaque année), une mammographie à partir de 40 ans (tous les deux ans) ou même par autopalpation, ce sont les moyens par lesquels le kyste (éventuelle tumeur) est découvert. Avant que celui-ci ne soit diagnostiqué comme un cancer du sein, l'amélioration du pronostic par une mammographie, ponction (biopsie) du kyste sont nécessaires.

L'évolution de ce cancer dans le corps est d'abord locale avant qu'il ne s'attaque aux organes, ganglions lymphatiques, puis prendre ensuite la voie sanguine produisant un état métastatique lorsque celui-ci atteint la zone du cerveau et des os, ce stade apparaît en général dix ans après la découverte du cancer. Eviter cet état, est le but principal des traitements prescrits qui sont au nombre de quatre. Entrepris isolément ou en association qu'il soit une radiothérapie, chimiothérapie, ou hormonothérapie et ils viennent compléter le traitement le plus envisageable en cas de cancer du sein et qui est la chirurgie, consistant en l'ablation de la tumeur (tumorectomie), curage ganglionnaire (ablation des ganglions de l'aisselle) ou encore l'ablation du sein (mastectomie), sujet de notre mémoire.

## **2. Historique**

C'est à partir du XIX<sup>e</sup> siècle que l'origine cellulaire du cancer, l'introduction de l'anesthésie générale en 1846, ainsi que les mesures antiseptiques de Lister en 1867 viennent contribuer à l'amélioration du traitement chirurgical du cancer du sein. L'évolution des connaissances médicales, biologiques et techniques ont considérablement modifié le traitement local de ce cancer.

Existant depuis l'Antiquité, cette chirurgie a toujours été la seule arme contre le cancer, ce qui prouve l'importance des effets de ce dernier en rapport à l'espérance de vie. Dès les papyrus égyptiens et leurs interventions, en passant par Hippocrate et Galien pour leur théorie hormonale jusqu'à la Renaissance, les bases scientifiques de l'anatomie, et les observations collectées ont été les moteurs de développement d'approches chirurgicales du cancer du sein.

La première révolution faite par William Halsted en 1891, ou il définit une intervention qualifiée de radicale en incluant l'exérèse du muscle grand pectoral. Ce traitement est certes mutilant mais il fait passer le taux de survie après le diagnostic à 45% à cinq ans alors qu'il était en 1880 de 20% à deux ans et à 5% à cinq ans.

Après la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle cette intervention subit plusieurs modifications, quelques incisions, existions, mais aussi l'inclusion du curage des ganglions mammaires intimes sous la direction de Mario Margottini et Jérôme Urban, elle devient alors «la mastectomie radicale élargie», mais celle-ci est qualifiée d'agressive et ce n'est qu'en 1948 que Petey et Dison se basent sur les résultats de Halsted et arrivent à préserver le muscle grand pectoral et devient par là, la mastectomie radicale modifiée.

Entre les années 1950 et 1960, des chirurgiens établissent des recherches sur des cas de petites tumeurs et prouvent, qu'une chirurgie radicale pouvait être obtenue sans mutilation et cela par association radio-chirurgicale. C'est l'apparition du traitement conservateur. Ce n'est qu'à partir des années 1970 que ce traitement, qualifié d'adjuvant, contribue à la survie des patientes face aux métastases, contrairement au traitement locorégional, Cependant et en vue des effets secondaires

retrouvés chez certaines femmes face à ce nouveau traitement conservateur. Toutefois le traitement radical est toujours utilisé (J.Ferrandez et D.Serin, 2006).

### 3. Définition de la mastectomie

#### Rappel

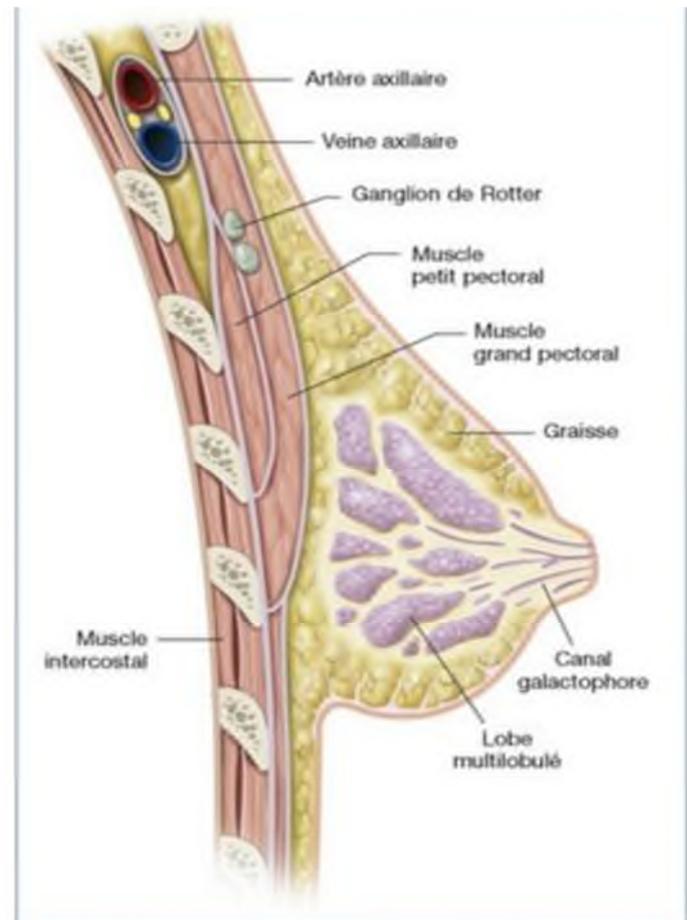


Figure 1: la paroi thoracique et la glande mammaire (A.Fitoussin C.Martinet, et al, 2011).

Le sein est l'organe du corps humain considéré comme une glande dite mammaire qui se compose de graisse en quantité plus en moins importante, attachée à la paroi thoracique. Il se positionne en avant du muscle grand pectoral et s'étend du bord inférieur de la deuxième cote jusqu'au sixième cartilage costal couronné à son sommet par une plaque areolo-mamelonnaire qui n'est d'autres que l'aréole et le mamelon quant à sa forme et son volume il reste variable d'un corps à l'autre (A.Fitoussin C.Martinet, et al, 2011).

Essentiellement pratiquée dans les cas de cancer du sein, c'est l'ablation de la glande mammaire, c'est-à-dire le sein. Cette chirurgie locorégionale de la tumeur primitive et des envahissements ganglionnaires reste la méthode la plus simple et la voie de guérison la plus sûre d'une tumeur solide, son évolution chirurgicale s'est basée essentiellement sur la tentative de réduction des quantités du tissu mammaire, qui reste variable selon la morphologie de la patiente et de la taille de la tumeur.

Cette opération chirurgicale effectuée sous anesthésie générale, se trouve intégrée dans un programme élaboré par des médecins oncologues qui participent à la prise en charge des malades en l'absence d'autres alternatives de soins. Elle nécessite donc une hospitalisation programmée la veille de l'opération où une prémédication à base de tranquillisants sera administrée ; quant au jour de la chirurgie, une douche à base d'un produit antiseptique est programmée ainsi qu'une préparation du sein et de l'aisselle à opérer sera réalisé par l'équipe soignante (P. Mallecourt, 2008).

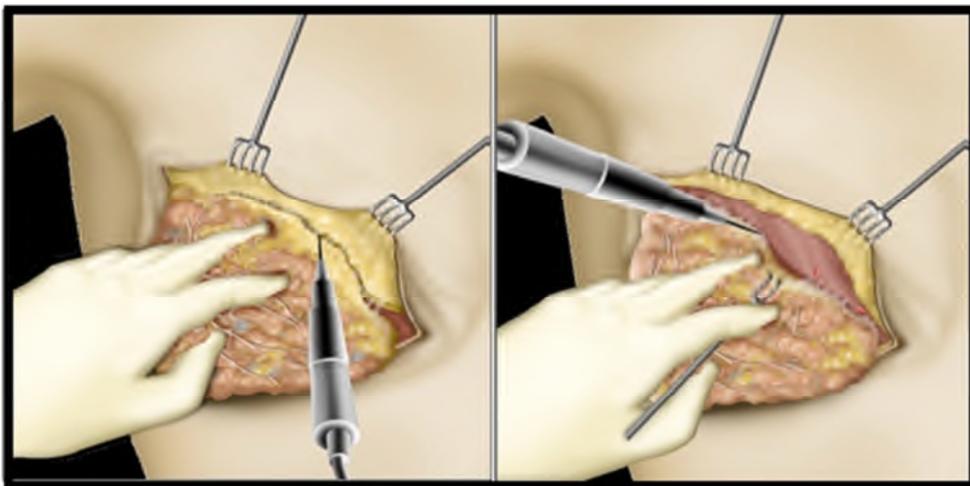


Figure 2 : Décollement de la peau, séparation de la glande et du muscle durant une mastectomie (Persomed, 2007).



Figure 3: Cicatrice d'une mastectomie latérale. ( L. Zelek, 2007)

#### **4. Les types de Mastectomie**

Ce traitement chirurgical, dit locorégional du cancer du sein, a connu des évaluations pratiques qui rendent compte de l'historique de ce dernier.

##### **4.1. Mastectomie radicale ou opération de Halsted**

Ce type de mastectomie consiste en l'ablation du sein avec la peau, des ganglions de l'aisselle ainsi que des deux muscles pectoraux, en monobloc qui est appelé dans le jargon médical l'exérèse complète des ganglions de Rotter (illustrer dans la figure 1) et un curage axillaire de l'aisselle. Elle est une ablation appliquée en monobloc à la tumeur de plus d'un centimètre et, est tout de même critiquée pour être une chirurgie mutilante, et se retrouve donc abandonnée pour d'autres chirurgies qui le sont moins.

##### **4.2. Mastectomie radicale modifiée**

Ce type de mastectomie, consiste en une ablation toujours en monobloc du sein avec la peau. Elle est connue pour son respect du muscle pectoral, et elle est souvent associée au curage des ganglions de l'aisselle. Elle est alors conseillée pour le traitement des tumeurs des quadrants internes ou centraux de moins d'un centimètre. Ainsi qu'une radiothérapie complémentaire systématique, permettant la diminution des taux de rechute locale.

##### **4.3. mastectomie simple ou mastectomie totale**

Ce type de mastectomie consiste en l'ablation du sein avec sa peau ainsi qu'une amputation du fascia (enveloppe membranaire) du grand pectoral, mais sans curage auxiliaire.

##### **4.4. Mastectomie Partielle**

Ce type de mastectomie est considéré comme une chirurgie conservatrice, elle est utilisée de façon standard dans le traitement des petites tumeurs, qui consiste en l'amputation d'une portion du sein avec un passage au large de la tumeur sans pour autant détruire le mamelon et l'aréole. Elle est donc idéale pour la conservation d'une quantité plus importante du sein que dans l'opération de Patey. Ce traitement

conservateur est obligatoirement complémenté par une radiothérapie (J.Ferrandez et D.Serin, 2006).

#### **4.5. Mastectomie prophylactique**

Ce type de mastectomie consiste en une pratique chirurgicale de la cancérologie qui intègre les personnes confrontés aux risques de prédisposition génétique au cancer du sein, cette prédiction est possible et autorisée par les développements des connaissances précisément, celle du déterminisme génétique. Ce type de mastectomie s'adresse ainsi aux personnes non malades (Institut de lutte contre le cancer, 2009).

### **5. Risques éventuels de la mastectomie**

#### **5.1. Les risques standards d'une intervention chirurgicale**

Au déroulement simple dans la majorité du temps, la mastectomie pourrait tout de même provoquer :

- Une douleur variable souvent modérée, qui est traitée de manière préventive adaptée aux différents cas et qui devient minime après quelques jours.
- Probable formation de lymphocèle (poche de liquide lymphatique dans la région opérée).
- Survenue probable d'hématomes et d'infection de la plaie.
- Quelques problèmes complexes de cicatrisation surtout après radiothérapie.
- Survenue de certaines complications dues aux antécédents médicamenteux pris avant l'intervention ; comme l'aspirine.

Toutes ces complications peuvent être prises en charge par l'équipe soignante de l'établissement hospitalier.

## **5.2. Complications graves et /ou exceptionnelles**

Il est vrai que tout acte chirurgical médical d'investigation ou d'exploration accomplie, comporte un risque de complication malgré les compétences et conditions de sécurité réglementaire. Dans le cas de la mastectomie exceptionnellement des hémorragies, peuvent menacer la vie de la patiente (Institut Curie, Janvier 2013).

## **6. Effets secondaire de la chirurgie mammaire**

Des risques de complications à effets secondaires sont retrouvés dans toute intervention chirurgicale, les plus courantes après une mastectomie sont :

### **6.1. Formation d'un cordon axillaire**

Cause majeure de morbidité après une telle chirurgie selon les explications de certains chercheurs, cette formation serait causée par une atteinte du système lymphatique et de la circulation veineuse, il est intéressant de savoir que l'un des facteurs de cette apparition, est une hypercoagulabilité suite au traumatisme de la chirurgie, apparaissant entre 4et 8 semaines après la chirurgie variant selon le type de chirurgie et la corpulence du sujet.

### **6.2. Adhérence cicatricielle et des tissus environnants**

Une fréquente complication reconnue comme étant un problème post chirurgical, est rencontrée avec les cicatrices localisées au niveau mammaire et la région axillaire (l'aisselle). Pouvant durer à long terme, elle limite la mobilité de l'épaule qui détériore les activités de la vie quotidienne ; comme le travail, les loisirs

### **6.3. Les points gâchette**

Ce type de chirurgie destiné à combattre le cancer du sein induit un stress sur la musculature. Un point gâchette est une masse palpable accompagnée de douleur qui atteint le niveau des muscles de l'épaule, du dos par des facteurs tel que ; la position de l'épaule durant la chirurgie.

#### **6.4. Atteinte des nerfs périphériques**

Il arrive parfois durant la chirurgie que certains nerfs soient atteints ; comme c'est le cas du nerf intercostobrachial qui est responsable de la majorité des douleurs post mastectomie. D'autres blessures sont possibles comme celle du nerf pectoral, thoracique et thoracodorsal.

#### **6.5. Syndrome de douleur post-mastectomie**

Ce syndrome est fréquent et se développe suite à l'atteinte du nerf intercostobrachial lors de la chirurgie mammaire qu'elle soit reconstructrice ou radicale. Décrite comme étant typiquement neuropathique, quelques facteurs de risques lui sont associés, ils sont d'ordre sociologiques comme le faible niveau socio-éducatif, de l'ordre du psychologique au moment où cette souffrance de douleur chronique ont des prévalences de troubles anxieux et dépressifs. Ensuite un risque d'ordre physique qui est l'augmentation de l'indice de masse corporelle, selon la grosseur de la tumeur, sans oublier la chimiothérapie, la radiothérapie adjuvante et le développement de lymphatiques qui favorisent la formation du syndrome de douleur post-mastectomie (S.Berlangieri, 2012).

#### **6.6. Changement de composition corporelle**

En plus de la modification chirurgicale, les traitements adjuvants et néo-adjuvants provoquent des effets assez importants comme la perte osseuse, la diminution de masse. Dans le cas de ménopause, ces symptômes dus à l'effet la chimiothérapie peuvent provoquer une ménopause précoce.

#### **6.7. Fatigue reliée au cancer**

Cet effet secondaire est souvent rencontré chez les femmes atteintes du cancer du sein qui ont subi un traitement systématique (radiothérapie ou chimiothérapie) après une chirurgie mammaire .Il est un sentiment de fatigue constante qui les empêchent de fonctionner normalement (Institut de lutte contre le cancer, 2009).

## **Conclusion**

La mastectomie, est donc cette chirurgie radicale qui vient débarrasser les femmes de leurs cancers du sein, bouleversant toutefois leur vie par la perte de leur sein, symbole de séduction et de maternité, celui-ci se trouvant mutilé. La femme se rend compte alors de la modification de son schéma corporel, son corps est désormais mutilé et asymétrique (A. Parent, 2013).

Elle provoque par là, une vulnérabilité et des difficultés psychologiques ultérieures qui sont retenues par les professionnels, tels que le rapport des femmes avec la sexualité, la mort et la naissance qui se trouvent touchés, ou encore un changement dans le mode de vie engendré par l'anxiété persistante depuis l'annonce de la maladie, par la qualité de vie, et par le principe de bien-être change de connotation. Celui-ci est affecté par les souvenirs de proches ayant succombé à la maladie, le manque d'information et de communication dans la famille, ou avec le conjoint à propos de l'amputation et un changement dans les relations personnelles depuis l'intervention (Institut de lutte contre le cancer, 2009).

Des situations qui viennent se surajouter à la grande roue de l'angoisse déjà lancée par l'annonce du cancer du sein lui-même, par la rencontre brutale et choquante d'une mort incertaine, c'est à ce moment là que la question de traumatisme se pose.

**Chapitre II**  
**Le Traumatisme**  
**Psychique**

**Introduction**

La blessure, cette lésion à laquelle l'individu se trouve confrontée au cours de son existence, des phénomènes blessants qui soulèvent les interrogations en ce qui concerne sa nature, sa source, mais plus important, son impact de la blessure corporelle à la blessure de l'âme. Celle-ci, empreinte jusqu'à une époque récente, le terme de « trauma » signifiant en grec ancien « blessure », ce qui lui donne une nouvelle perspective, une nouvelle étendue. A partir de ce concept, de nouvelles barrières sont rapidement franchies, dont celle psychologique se fait par une reprise psychanalytique. Dès lors, transporté sur un plan psychique, le terme « blessure » est désormais apparenté à celui de « trauma » donnant ainsi lieu aux dérivés métaphoriques tels que le choc émotionnel et le stress, mais qui seront très vite distingués du traumatisme psychique au cours de l'histoire tant d'un point de vue psychanalytique que d'un point de vue psychiatrique.

## **1. Historique**

Les troubles psychiques d'origine traumatiques sont connus depuis l'aube de l'humanité, le traumatisme quant à lui n'a connu ses premières études scientifiques qu'à la fin du XIX siècle, néanmoins son histoire remonte à une époque plus ancienne qui peut être divisée en quatre périodes.

### **1.1. Période des précurseurs de l'Antiquité à ERICHSEN (1864)**

Remontant à l'Antiquité, la trace du trauma est retrouvée dans les récits légendaires, et historiques qui sont rapportés dans différents travaux tels qu'Herodote le fit pour le choc d'Epislos à la perception de sa mort (490.av. JC) ,ou encore Hypocrate qui lui mentionne des rêves au contenu traumatique dans son traité des songes, caractéristique retrouvée quelques siècles plus tard dans le Dematurer rerum de Lucrèce (100-55 .av. JC)( C.Barrois, 1998).

Les premières observations des troubles psychiques ont été effectuées durant les guerres de religions du XVII siècle où ces dernières furent plus terrifiantes. Ce n'est qu'après que Philippe Pinel rapporta la souffrance d'une névrose traumatique vécue par le philosophe Pascal en l'an 1630 .L'aliéniste fait aussi état des troubles psychiques déterminés par des chocs émotionnels de guerre qui laisse trace d'une névrose de guerre chez un militaire retraité qu'il cite dans son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale en 1809.

Toujours dans les rangs de l'armée, cette fois napoléonienne, c'est au tour des chirurgiens tels que DJ. Larrey et G. Dupytren décrivent « un délire nerveux » observé chez les combattants blessés qui se trouvent en stupeurs aigus. Avant que le développement des armes rend les guerres plus meurtrières et violentes, ce que Henri Dunant rapporte dans le récit « un souvenir de souffrance » 1862 qui étaient considérés notamment comme le point de départ à la fondation de la croix rouge (M.Declercq et F.Lebigot, 2001).

La violence est retrouvée lors des guerres modernes qui est caractérisée par l'émergence des propositions de syndrome reconnaissant une hystérie post

émotionnelle chez l'homme comme syndrome du « cœur du soldat » ou les neurologues prendront le relais avec Duchense en France (1857) et Erichsen en Angleterre (1864) qui constate cette fois, des séquelles d'accidents du trafic ferroviaire et note des troubles neuropsychiques provoqués par des lésions minimales (Op cit, 1998).

### **1.2. La courte période des fondateurs (1880-1900)**

C'est la fin du XIX siècle et en 1888 qu'Oppenheim décrit « la névrose traumatique » où il illustre des cas de névrose comprenant un nombre de symptômes. Il résout par là, une ancienne controverse sur les troubles psychiques causés par les accidents du chemin de fer. Quelques années plus tard, Charcot s'en inspire et soulève une nouvelle controverse où il présente des observations sur la névrose traumatique qu'il rattache à l'hystérie citée dans ses « leçons du mardi ».

L'année 1889 est importante dans l'histoire du traumatisme, car elle est marquée par l'introduction du concept de traumatisme psychique dans un modèle scientifique suite à la thèse de Janet autour de l'automatisme psychologique dans laquelle, il souligne la « désagrégation de la conscience ».

### **1.3. Période des continuateurs (1900-1980)**

A la première moitié du XX siècle, quelques psychanalystes font avancer la clinique des névroses traumatiques comme Ferenczi, Abraham, Samuel, Kardiner et Fenichel entre 1918 et 1945, plusieurs théories sont alors établies décrivant le tableau sémiologique du Shell Shock (choc de l'obus) et la névrose de guerre, que les psychanalystes rattachent à des complexes où la signification des symptômes hystériques sont déchiffrés (M.Declercq et F.Lebigot, 2001).

Quant à Freud, ce n'est qu'entre les deux guerres mondiales qu'il s'intéresse à la névrose traumatique où il utilise une métaphore économique qu'il nomme par « l'effraction traumatique » dans son explication de cette dernière, ce qui va le mener à un remaniement de sa théorie (F.Lebigot, 2008).

Durant la période qui a suivi la guerre, les psychiatres militaires français retirent une description clinique à partir des travaux de la psychanalyse comme Juillet et Moutin, Crocq, et un peu plus tard Barrois. Il a donc fallu attendre la fin de la deuxième guerre mondiale pour avoir accès à quelques études menées sur la névrose de guerre Bril et Beebe (1956) autour du syndrome psycho traumatique. A partir des années 1970, des études sont établies chez les vétérans de la guerre du Vietnam, ces mêmes désordres cliniques sont également trouvés chez les femmes. L'accent est alors mis sur l'impact du choc émotionnel dans l'apparition et le déclenchement du « traumatisme psychique » ; ce n'est que plus tard que d'autres circonstances seront décrites dans le tableau clinique tels que ( les catastrophes naturelles, les accidents de la circulation ou travail et les agressions ;mais aussi les actes terroristes).

#### **1.4. Période des novateurs (à partir de 1980)**

Dix ans après la guerre du Vietnam, l'école anglo-saxonne reprend la question du traumatisme et remplace la notion de névrose traumatique par une nouvelle entité faite par l'Association Psychiatrique Américaine après une précision de la description sémiologique de cette dernière. Ce n'est qu'en 1994 dans la quatrième édition du DSM (Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders) qu'un nouveau vocable est attribué à cette pathologie, celui du PTSD (post traumatic stress disorders) .Une appellation qui fait l'unanimité ; En effet, pour de nombreux auteurs tel que Crocq, les notions « psycho traumatisme » et « syndrome psycho traumatique » sont plus adéquates et préciseraient mieux les phénomènes morbides comme conséquence des événements traumatiques( M.Boudarene, 2005).

Quant à l'école française, elle publie en cette décennie 1990 dans de nombreuses revues de psychiatrie française leurs expériences clinique et réflexions sur la névrose de guerre ; parmi eux, deux chefs de fil, les professeurs Briole et Lebigot .Les auteurs Européens se démarquent donc du PTSD et favorise le concept psychopathologique du trauma ou offre encore une optique phénoménologique grâce au psychiatre psychanalyste Barrois qui en 1998, se détourne du schéma économique freudien et considère le trauma comme confrontation impensable avec la mort (M.Declercq et F.Lebigot, 2001).

## **2. Abords théoriques du Traumatisme psychique**

### **2.1 Abord psychanalytique**

#### **2.1 .1. Freud et sa théorisation**

Freud, fondateur de la psychanalyse ,va échafauder une théorie sur les névroses en s'inspirant de l'hystéro-trauma de Charcot pour ensuite la laisser de coté et rompre avec la commotion cérébrale en affirmant que la lésion hystérique doit être indépendante de l'anatomie du système nerveux, et l'hypnotisme pour faire place à la théorie sexuelle ; celle-ci devient la violence sexuelle des adultes envers les enfants, est non plus un accident risquant d'entraîner la mort du sujet.

De 1893 à 1897, Freud étudie les relations parents-enfants, il note que « lorsqu'une victime est adulte, le viol est très souvent susceptible d'entraîner un bouleversement grave de l'équilibre psychique et il est concevable que pour l'enfant, il s'agisse là, d'une expérience de dislocation, proche de la menace de mort » (S.Freud, cité par C.Barrois, 1998, p.47).

Freud a dû se décider de mettre un terme à son œuvre sur la clinique de Charcot et renonça au trauma d'origine sexuel. Il se détourne de facilités qu'offraient les recours aux états hypnoïdes et rompt avec la tradition psychiatrique de la commotion cérébrale. Il se penche vers le lien de l'appareil psychique où les conflits et le champ des forces opposées y sont installés.

Toujours dans le sillage « hystéro-trauma » où les premiers travaux de Freud portaient sur l'hystérie où il se basait sur l'événement extérieur qui serait à l'origine de provoquer une hystérie, théorie de séduction où le trauma serait exclusivement sexuel. Le traumatisme est toujours dû à un problème d'ordre sexuel.

Suite à la conceptualisation des deux mots « après-coup », « refoulement », Freud rapporte que pour qu'un trauma s'installe, il faudrait qu'il y ait deux événements, l'un se produisant à l'enfance qui de ce fait a été refoulé, et un autre en survenant à l'âge pubère qui fera réactiver l'événement ancien dont le souvenir a été effacé et qui a donné sens à la puberté (C.Bouatta, 2007).

Seul un élargissement des perspectives lui permet, plusieurs années plus tard, d'indiquer des voies de réponses, un souvenir refoulé ne s'est transformé après-coup en trauma, la raison de cet état apparait à la puberté (C.Barrois, 1998).

Antérieur à la psychanalyse et utilisé en psychiatrie, le terme de névrose traumatique peut être vue par deux points de vue assez différents : le premier, celui octroyer par Freud, la nommant ainsi comme une « série complémentaire ». Dans le commencement de la névrose, il faudrait prendre en considération certains facteurs qui changent en raison opposée l'un de l'autre, celui de la prédisposition et du traumatisme. En effet, nous aurons à voir deux événements ; l'un, minime qui prend une valeur déclenchant du fait d'un faible degré d'indulgence du sujet à toute excitation ; l'autre, d'une toute puissance qui fait effraction dans l'organisation psychique du sujet, bouleversant alors son équilibre psychique (J.Laplanche, J.B .Pontalis, 1996, p.287).

Survenant à la suite d'accidents impliquant un danger pour la vie du sujet, le tableau de la névrose traumatique, tel le décrit Freud dans Au delà du principe de plaisir (1920), se rapproche de celui de l'hystérie par sa richesse en symptômes moteurs qui la caractérisent, la distinguant du fait des signes clairs de souffrance subjective, citant l'hypocondrie, la mélancolie, la désorganisation des fonctions psychiques, notamment le facteur économique, à savoir l'incapacité de l'appareil psychique à liquider les excitations selon le principe de constance, conséquences qui émanent du traumatisme (S.Freud, 1920, p.12).

Afin de la différencier de l'hystérie, deux signes la caractérisent, la surprise et la frayeur. Souvent confondu avec les mots angoisse et peur, la frayeur « est l'état qui survient quand on tombe dans une situation sans y être préparé », ce qui la caractérise, c'est la surprise (op cit,1996, p.288).

Venant-on à la vie onirique des malades atteints de névrose traumatique. Ces derniers revoient sans arrêt dans leurs rêves « les voies royales, amenant à la découverte de l'inconscient », l'événement auquel ils ont été confrontés, et se réveillent toujours en sursaut avec un sentiment d'effroi, aussi intense comme si

l'événement était en train de se produire « compulsions de répétition ». Cela nous montre dit Freud, une conception économique des processus psychiques, de sorte que l'événement traumatique fournit à ces derniers une telle surcharge d'excitations que son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible « événement auxquels nos nerfs paraissent fixés » (S.Freud, 1981, p.257).

Freud nous explique l'impact du trauma dans la vie psychique sous la pression d'un excès d'excitations dans le sens économique lors d'une agression face à laquelle le psychisme se trouve impuissant, provoquant des pertes d'énergie donc des troubles durables. Le Moi, étant une instance de l'appareil psychique constituée par la partie du ça qui s'est modifiée du contact du monde extérieur ; De ce fait, un Moi faible aura des difficultés à faire face à un afflux soudain d'énergie.

L'appareil psychique n'est pas une partie du corps pour pouvoir la représenter telle qu'elle. La métaphore utilisée par Freud pour représenter cet appareil psychique est une vésicule (sac membrane protectrice dans laquelle se trouve un réseau de filaments interconnectés entre eux par de petites quantités d'énergie) .Il représente cette appareil psychique par une boule protoplasmique vivante avec un « pare-excitation » muni d'un moyen de protection contre les excitations venant du monde extérieur, ainsi que du dedans (S.Freud, 1920).

Freud définit un modèle psychophysiologique pour désigner une certaine fonction et l'appareil qui va avec. Cette fonction consiste à dresser autour de l'organisme un pare-excitation en provenance du monde extérieur. Cet appareil est conçu comme une couche superficielle (couche corticale extérieure) qui enveloppe l'organisme, filtrant ainsi passivement et le protégeant des différentes intensités des excitations. Il postule pour l'existence d'appareils protecteurs à l'endroit des excitations externes chargés de décharger et d'acquitter les quantités d'énergie mises en œuvre (J.Laplanche, J.B .Pontalis, 1996 ,p.302).

Suite à l'intensité de l'énergie des excitations extérieures et à la faiblesse du pare-excitation, le sujet est soumis à un bouleversement et à des effets pathogènes qui provoquent une désorganisation psychique caractérisée par un afflux d'excitations .De

ce fait, Freud explique que dans le trauma trois significations s'intersectent : « le choc violent, l'effraction et une désorganisation de l'ensemble psychique ».

Selon lui, nous savons tous que nous allons mourir, mais nous n'y croyons pas « la représentation de la mort n'existe pas dans l'inconscient » (Erik De Soir et Etienne Vermeiren, 2002). Il définit le traumatisme psychique par une radicalisation du concept du stress. Etymologiquement, du grec ancien « τραύμα » qui signifie blessure par effraction, « le traumatisme psychique résulte d'une expérience violente vécue dans un temps où la vie psychique du sujet subit une augmentation d'excitations, provoquant alors des troubles durables dans le fonctionnement énergétique, vu que les moyens normaux et habituels dont il dispose pour les affronter sont submergées par l'accroissement de ces excitations » (Ibid, 1996, p.500).

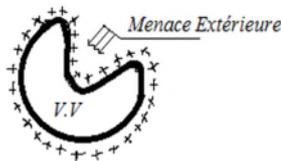
Inspirées par le schéma qu'utilise Lebigot pour expliquer le point de vue freudien dans son ouvrage "les traumatismes psychiques" édité en 2001, nous illustrons ce schéma pour mieux comprendre ce point de vue de la névrose traumatique :

Figure 4 : L'appareil psychique



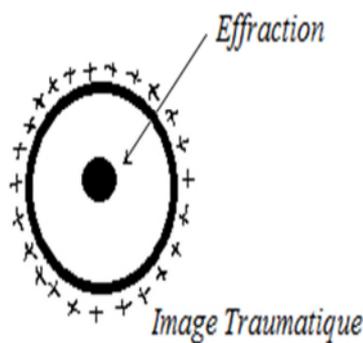
L'appareil psychique est résumée en une simple vésicule vivante où elle est protégée par un pare-excitation dont le rôle, est de filtrer ces excitations proportionnellement à l'intensité et aussi pour recevoir des informations.

Figure 5 : Le stress



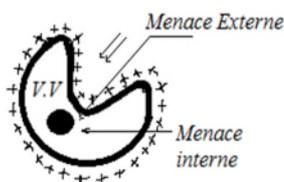
Le stress est le résultat d'une menace externe qui vient exciter la vésicule en la compressant sans pénétration et revient à sa forme initiale tout en laissant la trace d'un souvenir refoulé.

Figure 6 : Le trauma



Le trauma est suite plutôt à la pénétration de la menace externe et ceci, c'est ce que Freud appelle l'image traumatique. La menace extérieure fait effraction dans la vésicule quand l'appareil est au repos ; c'est à dire que le pare-excitation n'a pas joué tout à fait son rôle de filtre et donc il y a incrustation d'un corps étranger interne provoquant des perturbations dans le fonctionnement de l'appareil. Cette incrustation peut demeurer toute la vie du sujet réapparaissant sous forme d'un phénomène de mémoire donnant lieu au syndrome de répétition.

Figure 7 : Le stress post trauma



La menace externe fait effraction et accule l'appareil psychique vers les limites de la ligne de refoulement originelle, et se crée à l'intérieur de la vésicule une menace interne qui provoque un bouleversement et une désorganisation de la vésicule par l'effroi qui est la disparition de toute pensée ou émotion où le sujet perd son langage.

**2.1.2 Sandor Ferenczi et sa théorisation:**

Précurseur enthousiaste, Ferenczi en 1918 lors d'un congrès international de psychanalyse rappelle que c'est Oppenheim qui est le premier à parlé de « névrose traumatique » qui est une altération physique des centres nerveux ; et à l'avoir isolé comme entité morbide. Ayant soigné les traumatisés de guerre, il explique que deux grandes tendances s'en dégagent : l'une organiciste dont les sujets ne parlent que des lésions corporelles qui récusent à toute référence psychogène, et l'autre purement économique dont les sujets ne visent que la pension de guerre les plaçant ainsi dans le répertoire des hystéries (C.Bouatta, 2007).

En 1927, dans un journal clinique « réflexions sur le traumatisme », Ferenczi décrit un événement traumatique, comme étant un choc poussant le sujet à l'anéantissement et même jusqu'à l'écroulement. C'est une « commotion psychique » qui est une réaction à une excitation intense jusqu'à « la dissolution du soi précédent ». La force relative de l'excitation décide du degré et de la profondeur de la décomposition du Moi et peut être physique et/ou morale. Ferenczi insiste sur la différence entre la sexualité de l'adulte et celle de l'enfant et parle donc de « langage de la passion » pour l'adulte et de « langage de la tendresse » pour l'enfant. C'est cette asymétrie entre l'enfant et l'adulte qui est à l'origine du trauma sexuel chez l'enfant.

En 1936, il définit le mécanisme d'introjection comme étant le processus fondamental par lequel l'enfant intègre à son Moi tout ce qui le rassure de l'extérieur arrive même à se soumettre et à s'identifier à l'agresseur sous la pression de la peur (M.Kédia, A.Sabouraud-Seguin et al, 2013).

Le traumatisme psychique tel le décrit FERENCZI en 1932 ,1934 est « un choc inattendu, violent, écrasant une commotion psychique soudaine qui anéantit le sentiment de soi, la capacité de résister, d'agir, de penser et de se défendre. L'angoisse traumatique est la conséquence de l'impuissance, l'incapacité de s'adapter » (A.Ciconne, A.Ferrant, 2008, p.26).

### 2.1.3 Synthèse : Ferenczi face à Freud :

Dans la théorie psychanalytique, la divergence dans les points de vue freudiens et ceux de Ferenczi restent les questions centrales du trauma, de la traumato genèse et de la trauma-analyse.

« Cette divergence est accrue durant les séances d'analyse devant un sujet face à son traumatisme. Ferenczi touche du doigt le trauma puisqu'il effectue ses observations sur le terrain, et définit le traumatisme comme une impossibilité de verbalisation ; c'est alors, le désaveu, la réclusion, et la négation du vécu de l'enfant qui transforment une scène en trauma, à l'inverse de Freud qui s'arrête à la compulsion de répétition et à la pulsion de mort. Pour lui, on peut considérer comme traumatique, non seulement les événements réels, mais aussi, les événements psychiques tels l'angoisse, les souvenirs, fantasmes...En l'occurrence tout ce qui produit des affects éprouvants, déplorables, comme la frayeur, la honte, turpitude, l'anxiété, peuvent concourir à la façon d'un choc psychologique » (C.Barrois, 1998, p.61)

Ferenczi écrit dans l'un de ses articles (1908) intitulé : « la névrose à la lumière de l'enseignement de Freud et de la psychanalyse » que l'origine ou la cause première de la névrose serait un trauma sexuel. Il énonce « la frayeur, les chocs psychiques et les accidents peuvent également déclencher la névrose de par leur force traumatique, mais seuls les facteurs sexuels peuvent être considérés comme la cause spécifiques des névroses » (S.Ferenczi, cité par C.Barrois, 1998, p.62).

Ferenczi s'appuyant sur la théorie traumatique de Charcot fait resurgir « les rêves ».Le sujet revit constamment les frayeurs qu'il a réellement éprouvé. Donc, les signes psycho-traumatiques (cauchemars, réveil en sursaut, sueur, et terreur) sont à prendre en compte pour l'analyse traumatique. Par contre, pour Freud, le retour du souvenir refoulé amène à la guérison et pour Ferenczi, cela amène à la mort du sujet.

Notons que pour les deux psychanalystes, vers 1918 considéraient que les névroses traumatiques faisaient partie des névroses narcissiques et non des névroses de

transfert. Puis Freud est resté évasif quant au classement des névroses traumatiques et Ferenczi a définitivement situé les névroses traumatiques dans les névroses de transfert (Idem, 1998, p.66).

Nous terminons cette comparaison entre Freud et Ferenczi par une citation de Granoff : « Si Freud a inventé la psychanalyse, Ferenczi a fait de la psychanalyse pour autant qu'elle est une pulsation vivante » .Tout deux, ont fait de la psychanalyse ce qu'elle est maintenant.

## **2.2. Abord théorique anglo-saxon :**

Le traumatisme psychique est appréhendé différemment d'un courant à un autre, celui de l'école anglo-saxonne se trouve présenté par l'Association Américaine de Psychiatrie qui déclare ne se référer à aucune théorie ; elle se contente donc de l'approche descriptive par observation et regroupement des troubles sous forme d'entités psychopathologiques.

Evitant le terme de « Névrose » pour s'éloigner des œuvres psychanalytiques, les créateurs du DSM transforment le terme de traumatisme psychique en PTSD (post traumatic stress disorder) ou syndrome post traumatique, une série de symptômes sont regroupés en syndrome observés chez les patients qui présentent d'éventuels troubles psycho-traumatiques. Cette série de signes est retrouvée dans une description clinique du syndrome post-traumatique. Ces symptômes à court ou à long terme s'organisent différemment selon l'événement vécu dans ce contexte, les aménagements défensifs ainsi que l'organisation préalable de la personnalité.

La description sémiologique devient alors possible dans la quatrième édition du DSM en 1994, les contours, le tableau clinique et le facteur déclenchant sont définis permettant ainsi le diagnostic de l'état de stress post traumatique (C.Bouatta, 2007).

## Etat de stress post-traumatique : Le DSM

- **Critères diagnostiques du F43.1 1309.811 Trouble Etat de Stress post-traumatique**

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des éléments durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. **N.-B.** : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. **N.-B.** : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme

- (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. **N.-B.** : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

- (3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, (les hallucinations, et des épisodes dissociatifs) (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). **N.-B.** : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

- (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblants, à un aspect de l'événement traumatique en cause

(5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme.

(2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.

(3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.

(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

(5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

(6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)

(7) sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie.

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux de manifestations suivantes :

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.

(2) irritabilité ou accès de colère.

(3) difficultés de concentration.

(4) hyper vigilance.

(5) réaction de sursaut exagéré.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Tableau n°1 : Critères du diagnostic de PTSD selon le DSM-IV (DSM ,2000 p.503-504)

A travers le manuel, l'école anglo-saxonne définit la caractéristique essentielle de l'état de stress post traumatique par le développement de symptôme caractéristique suite à une exposition face à un facteur de stress traumatique externe, ce qui implique le vécu direct et personnel d'un événement qui peut entraîner une menace, une blessure sévère et même une mort.

Ces événements traumatiques, qui sont vécus par la victime elle-même correspondent selon le manuel diagnostic au cours de la vie de son existence qui se résument aux combats militaires représentés par des guerres. Des morts dans toute sa violence ; aux agressions personnelles telles que l'agression sexuelle, l'attaque physique, le viol, le kidnapping, la prise t'otage, l'attaque terroriste, la torture, l'incarcération ... ; aux catastrophes naturelles ou d'origine humaine représentées par l'ensemble des mouvements terrestres (séisme, tsunami...). Et l'ensemble des accidents dû en présence de l'humain telles que les accidents dus aux rapports humains, telles que le fait d'assister à un sinistre histoire, le fait de recevoir le diagnostic d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital, le fait de perdre un proche ou le simple fait de voir de manière inattendue un cadavre ou les morceaux d'un corps humain.

Cet événement dit traumatique provoque habituellement chez les sujets, des souffrances psychologiques et des réactivations physiologiques qui sont observées durant les diverses fois où l'événement peut être revécu, le plus souvent à travers des souvenirs répétitifs et envahissants ,qui sont déclenchés à partir de manière durable par les sujets qui cherchent à éviter les pensées, les sensations et les conversations qui y sont liées, ceci pouvant inclure l'amnésie de ces éléments.

Il parle alors d' « émoussement psychique » ou d' « anesthésie émotionnelle » qui débute peu de temps après l'événement par la diminution de la réactivité au monde extérieur souligné dans le manuel, qui fait part également du manque d'intérêt et de

participation à des activités qui sont source de plaisir, se sentir étranger aux autres, diminution des ressentis, en particulier les intimes ; la tendresse et la sexualité (Critère C).

Le manuel indique également une persistance des symptômes d'anxiété et d'hyper-réveil avant le traumatisme, comprenant aussi une difficulté à maintenir le sommeil, pouvant être dû à des cauchemars répétitifs, hyper vigilance, réactions exagérées, état d'irritabilité, excès de colère ou difficultés de concentration (Critère D).

Les caractéristiques suivantes peuvent être utilisées pour spécifier le début et la durée des symptômes de l'état post traumatique :

Aigu. Cette désignation doit être utilisée quand les symptômes persistent moins de trois mois.

Chronique. Cette désignation doit être utilisée quand les symptômes persistent trois mois ou plus.

Avec survenue différée. Cette désignation indique qu'au moins six mois se sont écoulés entre l'événement traumatique et le début des symptômes.

Le manuel diagnostic statistique des troubles mentaux décrit quelques troubles associés qui se manifestent chez les sujets ayant un stress post-traumatique. Ces derniers décrivent des sentiments de culpabilité envers leur survie, un évitement phobique des situations symboliques au traumatisme qui peut s'interférer avec les relations interpersonnelles, conduisant à des conflits conjugaux ; divorce ou perte d'emploi. Ou encore des altérations de la modulation des affects ; comportement autodestructeur et impulsif ; symptômes dissociatifs ; plaintes somatiques ; sentiments d'inefficience , de honte, de désespoir, ou d'être sans espoir ; sentiment de n'être plus comme avant ; perte des croyances antérieures ; hostilité ; repli social ; sentiment d'être constamment menacé ; altération des relations avec autrui ; ou changement des caractéristiques de la personnalité antérieure du sujet.

Une augmentation des risques de survenue des troubles aussi indiqués ; trouble de panique ; agoraphobie ; trouble obsessionnel-compulsif ; phobie sociale ; phobie spécifique ; troubles dépressifs majeurs, trouble de somatisation et troubles liés à l'utilisation d'une substance. Sans préciser si les troubles suivent ou précèdent un état post traumatique, contrairement aux symptômes qui apparaissent habituellement durant les trois premiers mois qui suivent un traumatisme, avec un délai d'apparition de plusieurs mois ou même plusieurs années (DSM IV-TR, p. 499-501).

### **2.3. Abord théorique intégratif :**

Une troisième appréhension du traumatisme psychique est retrouvée chez l'école française, qui est principalement représentée par L.Crocq, F.Lebigot, C.Barrois opérant dans le champ du psycho-traumatisme. Ils s'éloignent alors du point de vue des Anglo-Saxon. En effet, ils considèrent que le PTSD ne s'ouvre pas à d'autres troubles comme les maladies somatiques et les psychoses qui peuvent apparaître suite à un traumatisme.

Ces derniers signalent l'athéorisme vanté mais non appliqué des rédacteurs du DSM, qui négligent toute approche psycho dynamique du fonctionnement mental, dans leur répertorisations des troubles accompagnants un traumatisme.

Des troubles non spécifiques et non répertoriés dans le DSM-IV sont alors décrits par les représentants de cette approche intégrative:

- Les troubles dépressifs ou l'asthénie ne sont pas signalés dans l'ESPT alors qu'ils sont pourtant courants. Ils se manifestent parfois par une perte de plaisir et/ou une inhibition sexuelle. De la moitié à un tiers des sujets présentent un état dépressif majeur. Celui-ci peut persister trois ans après les faits.
- Les troubles cognitifs tels que les troubles de l'attention, troubles de la concentration et les troubles de la mémoire.
- Les troubles de la conduite et notamment les conduites addictives (tranquillisants, alcool, substances toxiques), conduites impulsives ou agressives, passage à l'acte suicidaire (Ducrocq et al, 2004 ; Jolly, 2003, cité par M .Pareira, C.Damiani, 2006).

Des troubles psychotiques, à coloration souvent paranoïde, peuvent apparaître (C.Bouatta, 2007).

Ces symptômes sont le résultat de la recherche des différents auteurs, psychiatres, et psychanalystes qui exposent leurs différents points de vue dans leurs travaux comme suite :

Damiani (1997) nous fait part de son idée sur le trauma : « Avec le trauma, on entre dans le domaine terrible de l'irreprésentable, c'est-à-dire celui de l'effroi et l'épouvante. La violence de la confrontation avec le réel provoque une véritable sidération du moi. L'individu s'écroule et court le risque de la néantisation » (M.Declercq et F.Lebigot, 2001, p.16).

Fondateur de la psycho traumatologie en France en 1988, Claude Barrois définit la névrose traumatique comme étant la résultante d'une expérience inattendue et brutale, face à un événement vécu singulièrement, qui met le sujet dans une sphère tragique. Contenant une donnée constante, la situation traumatisante est vécue par le sujet avec un degré élevé d'effroi « rencontre avec le réel de la mort », en voyant alors son destin changé (L.Decam, 2012).

Au delà de l'aspect économique du traumatisme, C.Barrois (1998) effectue une construction des perspectives rattachées aux différentes formes de cessation communautaires détachant les sujets avec le monde : confrontation avec l'impensable de la mort, invasion par l'angoisse de néantisation, bris de l'unité de l'individu et cessation du sens (M.Declercq et F.Lebigot, 2001, p.57).

En effet, Barrois énonce que « nous savons tous ce qu'est un cadavre, mais nous ne savons pas ce qu'est la mort ».L'image traumatique restera gravée telle qu'elle a été perçu au détail près par le sujet lors de l'événement, et resurgira à la conscience au temps présent, non comme un souvenir qui, de par le travail de modification qu'il subit, intègre la dimension du temps passé entre le moment de l'événement et son évocation ( F.Lebigot, 2005,p.15).

Louis Crocq à son tour apporte une conception du traumatisme. Sur le plan pathogénique, il préconise comme Barrois, une visée phénoménologique en réintroduisant la question du sens et du non-sens du traumatisme, invitant ainsi, la psychanalyse à dépasser le point de vue économique ; par delà, celle des mécanismes pathogènes où il affirme (1965 ; 1974) que le trauma ne peut se concevoir qu'en termes de sens et non pas de mécanismes (op cit, 2001, p.58).

En effet celui-ci, défend les notions de « psycho-traumatisme » et de « syndrome psycho-traumatique », qu'il trouve plus adéquat et mieux adapté à la représentation du phénomène morbide causé par l'événement traumatisant. Notamment face à la terminologie française du (PTSD), le stress post traumatique pour lui « parler d'un stress post traumatique est un non sens », exprimant par là que « le stress st un phénomène éphémère » qui est une suite immédiate à caractère aigu et bref du traumatisme, contrairement au processus du trauma qui se distingue par des symptômes durables et distants de l'événement (M.Boudarene, 2005, p.124).

Il définit alors le traumatisme comme suit : « Le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience, il est aussi déni de tout ce qui est valeur et sens, et il est surtout perception du néant mystérieux et redouté, ce néant dont nous avons l'entière certitude qu'il existe, inéluctablement, mais dont nous ne savons rien et que nous avons toute notre vie nié passionnément » (op cit, 2001, p.17).

Crocq (2001), ainsi que François Lebigot (2002) rendent compte que dans le trauma, une image du traumatique s'imisce et pénètre dans l'appareil psychique si brutalement que le sujet en vient à perdre l'usage du langage.

Vient le tour donc au psychiatre psychothérapeute, F.Lebigot qui vient faire part de son expérience auprès des victimes ayant vécu une effraction traumatique. Un sujet impliqué dans un événement traumatisant, qui a été directement en rencontre personnelle avec le réel de la mort entraîne des conséquences désastreuses sur le plan psychique, un bouleversement qui s'accompagne d'effroi.

L'effroi correspondant à cet état d'horreur, au-delà de la peur, de l'angoisse, et du stress, et qui traduit la rencontre avec le réel de la mort où le sujet tombe dans une

situation vulnérable à laquelle il n'a pas été préparé telle décrite par LEBIGOT (M.Declercq et F.Lebigot, 2001).

### **3. Entre trauma et soma :**

A la première moitié du XX siècle, les concepts développés par Freud aux contacts des patients atteints de désordres névrotiques sont empruntés par la médecine psychosomatique lors de sa recherche d'une explication des relations entre activité psychique et les prédispositions à contracter des troubles ou maladies organiques (F.Baldori et G.Trambini, 2005).

La psychosomatique qui renvoie dans la plupart de ses modèles à la causalité psychique de l'atteinte somatique, est synonyme au terme de somatisation lorsqu'elle est comparée au modèle de la conversion hystérique, pour qui l'hypothèse psychanalytique expose l'idée du symptôme qui émerge d'un conflit psychique inconscient entre désir sexuel d'origine infantile et des défenses psychologiques.

Une autre signification est trouvée dans le modèle de P. Marty, où le refoulement est à l'origine de la conversion et la répression est à l'œuvre dans les maladies somatiques. Il abandonne alors le modèle hystérique qu'il considère non opérant dans la maladie somatique pour celui de la somatisation régressive ou encore le concept de fixation-régression renvoyant à la prévalence de certaines fonctions somatiques précoces retrouvées face à un événement traumatique, qui viennent désorganiser le processus de régression qui ne peut pas être envahi menant à une désorganisation somatique.

Autre concept de P. Marty, est celui de « l'homéostasie » par lequel, il met l'accent sur le registre économique lors d'une mauvaise mentalisation du traumatisme qui provoque des excitations pulsionnelles et intellectuelles, dans ce cas la maladie serait une limite psychique et somatique en créant un nouvel équilibre par une affection somatique qui met fin à la désorganisation psychique créée par la régression (C.Doucet, 2000).

Cette dernière permet inconsciemment au sujet de trouver des paliers de fixation, retrouvés lors du développement psychique évitant par là, la destruction. En effet, le traumatisme invalide les mécanismes de défense en particulier, ainsi que la souplesse d'adaptation (M.Balque, 2002).

Les répercussions du traumatisme chez un individu sont diverses.

- Celui-ci est capable de fonctionnement mental, il élabore des représentations préconscientes suivies ou pas de refoulement.
- Production de décharges par des réactions de caractère et de comportement.
- Incapacité d'élaborer des représentations se traduisant par des désorganisations pouvant être suivies ou non de désordres somatiques.

Marty précise que le traumatisme qui est une accumulation d'excitations n'est pas défini par la nature de l'événement mais par l'étendu des désorganisations psychiques qui sont engendrées (Ibid, 2000).

Le sujet est donc capable face au traumatisme de fonctionnement mental, comme il est possible d'incapacité à la mentalisation provoquant une désorganisation et une régression qui opère autour d'un système fonctionnel, la régression sert ainsi de réorganisation.

Suite à un événement traumatique, tel que le deuil, trauma psychique, accident sans blessure corporelle, la souffrance psychique est exprimée sous forme de symptômes somatique ou de douleurs. La notion de traumatisme laisse observer un discours, une expression des affectes mais plus encore une attitude générale du corps (sidération, état de choc) et un comportement de (paralysie ou au contraire de fuite éperdue) (E.Ferragut, 2009).

**Conclusion :**

En résumé, le traumatisme psychique résulte d'un affect particulier qui se crée à la rencontre subite avec la mort, sa propre mort qui vient briser l'illusion d'immortalité lors d'un événement brusque, inattendue qualifié de traumatique qui est à l'origine de l'effraction psychique.

L'interprétation du traumatisme connaît une richesse théorique à laquelle différentes approches et points de vue contribuent, pour une meilleure manipulation de la clinique du traumatisme .L'approche actuelle utilisée est l'approche psychosymptomatique du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux; le DSM accompagné de l'approche globale en référence aux modèles psychanalytiques et à la névrose traumatique.

Ces dernières se trouvent combinées dans certains outils d'investigation et de dépistage du syndrome post-traumatique ; comme le Traumaq qui est élaboré à partir des différents abords théoriques rapportés dans ce chapitre, il vient appréhender le syndrome psycho traumatique de façon globale, mesurant la fréquence, l'intensité des manifestations du traumatisme psychique, il est par là, l'outil adéquat pour la recherche sur le traumatisme psychique ( C.Damiani et M.Pereira-Fradin, 2006).

# **Problématique et Hypothèses**

### **Problématique**

On peut comparer l'être humain dans sa configuration générale à une machine, soumise à une vie qui nécessite soins, attentions et réparations. Là s'arrête la comparaison, uniquement à la mécanique car elle ne possède pas d'âme qui implique l'anxiété, la peur, l'angoisse et la connaissance de la mort. La vie psychique de l'homme est complexe et elle induit à travers la rencontre d'obstacles, la souffrance physique et la perturbation du mental.

En ces temps modernes, entendre le mot « cancer » sous-entend l'approche vers la destruction de son corps et plus encore vers l'anéantissement et la mort. Médicalement, le cancer est une tumeur maligne formée par une série de mitoses anormales. Le tissu cancéreux pénètre par de multiples effractions dans les tissus voisins qu'il envahit et qui devient des métastases. La cause principale déterminante du cancer reste encore inconnue et son traitement est l'ablation chirurgicale totale ou partielle de la tumeur ou sa destruction par les rayons X. La chimiothérapie par les médicaments anticancéreux employée seule ou comme adjuvant de la chirurgie et de la radiothérapie donne des résultats intéressants, et l'immunothérapie ouvre la voie à de nouveaux moyens d'action. Donc, cette maladie est en passe de devenir bénigne avec les avancées des connaissances médicales.

Chez la femme, le sein ou glande mammaire et ses conduites excréteurs est le plus touché par cette maladie, ce qui entraîne deux anomalies ; l'une a trait à l'allaitement et l'autre à un défaut de paraître parmi les autres (Petit Larousse illustré, 1980).

Au niveau mondial, ce fléau atteint un nombre de 14 millions de cas en 2012. Parmi les types de cancer les plus diagnostiqués, nous retrouvons celui du sein qui représente 16% de l'ensemble des cancers féminins et reste par là, la première cause de décès chez ces dernières. En effet, les estimations en Europe dévoilent qu'une femme sur neuf développera un cancer du sein et l'Algérie de son côté enregistre aussi chaque année 40000 nouveau cas de cancer dont 10000 sont dépistés tardivement cancer du sein, ce qui cause le décès de 3500 femmes soit dix femmes par jour ; et ce

malgré la disponibilité des prises en charge et le développement des soins (magazine mensuel de la santé, 2012).

En dépit du progrès que connaît son traitement thérapeutique retrouvé dans des soins tels que la radiothérapie, la chimiothérapie, et l'hormonothérapie, ainsi que la chirurgie ablative, cela n'empêche pas la dégradation du sein, cet organe symbolique se trouvant mutilé suite à la mastectomie, menant ces femmes à vivre une expérience douloureuse, avec une blessure narcissique au retentissement psychologique non négligeable.

« CANCER » et « SEIN » sont deux mots lourdement chargés de significations symboliques où le psychisme est alors massivement envahi par une angoisse qui ne laisse à rien d'autres qu'à cette idée de tumeur « TU MEURS ». Le sein devient donc à son tour, une menace, une probable confrontation à la mort qui provoque une détresse interne, au moment de l'événement brutal et non habituel qui conduit alors à une dimension psychologique, et par là, à la définition première d'un événement traumatique qui dans cette situation serait l'annonce de la mastectomie d'un sein atteint du cancer (M.Kédia, et A.Sabouraud-Seguin, et al, 2013).

Il est donc concevable de qualifier cet événement de traumatogène plutôt que de traumatique, et ceci, en fonction du vécu subjectif du sujet qui le subit. En effet, celui-ci est vécu différemment d'une femme à une autre lors de l'annonce de cette maladie létale et de l'acte chirurgical provoquant en elle un choc, une désorganisation du schéma corporel, et un bouleversement de sentiment, celui d'être différente (M.Declercq et F.Lebigot, 2001).

Dans cette situation, son vécu psychique est caractérisé par une symptomatologie riche et variée dans le temps, des comportements observables (conversion, agitation, stupeur) ou émotion (anxiété et confusion). A court terme ou à long terme, les syndromes sont envisagés différemment selon les approches actuelles ; la première globale, en référence à la psychanalyse, et la seconde purement symptomatologique en référence au manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (op cit, 2013).

D'école anglophone à francophone, les auteurs s'accordent alors autour de l'effet que le traumatisme peut avoir sur le psychisme des sujets. Parler du traumatisme psychique, c'est parler d'une rencontre avec la mort selon un point de vue psychanalytique. Barrois (1988) énonce et explique que le traumatisme serait une rupture des liens avec le monde, une confrontation de l'invasion d'une angoisse de néantissement. Il déclare que tout le monde sait ce qu'est un cadavre, mais personne ne sait ce qu'est la mort. Cette image de la mort que Freud compare à un « corps étranger interne » quand celle-ci fait effraction dans le psychisme où elle s'y incruste sans être représentée dans l'inconscient, elle ne se comportera pas comme un souvenir mais restera intacte et surgira à la conscience. Chose qu'il exprime ainsi : « nous savons que nous allons mourir, mais nous ne savons pas ce qu'est la mort. Nous n'avons pas la possibilité de nous représenter le néant qu'elle est » (S.Freud, cité par F.Lebigot, 2005).

Par ailleurs, d'autres effets psychologiques chez ses patients sont retrouvés en médecine psychosomatique où sont cités un bon nombre de troubles émotionnels vécus pour ces dernières au moment du diagnostic et du traitement de leur maladie, qui sont suivis d'une rémission, par laquelle la notion de guérison devient assez délicate, conduisant à une multitude de troubles : psychiatriques, chez 50% des patients, d'adaptation avec humeur dépressive et/ou anxieuse les 30%, et 20% restants, développent des troubles dépressifs, anxieux ou organiques. Ces patients cancéreux affrontent aussi des problèmes spécifiques, tels que la perte du sentiment d'immortalité, la perturbation de l'image de soi selon les atteintes de la maladie et les effets du traitement (mastectomie, colectomie, exérèse faciale, etc.), troubles sexuels (diminution ou disparition du désir) et de la fertilité (A. Haynal, W.Pasini et M.Archinard, 1997).

Ces signes rappellent certains symptômes associés qui accompagnent parfois la symptomatologie classique du syndrome post traumatique sans être inclus dans le DSM IV mais qui le sont par l'école française, les inscrivant comme étant des symptômes non spécifiques d'un syndrome post traumatique, qui reste toutefois depuis son apparition, une organisation différente au détriment de l'événement vécu, du

contexte des divers aménagements et de l'organisation préalable de la personnalité (C.Damiani et M.Pereira-Fradin, 2006).

Ces données vont nous permettre d'établir un lien entre l'événement de l'annonce d'une mastectomie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein et son effet traumatogène. Partant alors du fait que la mastectomie est un recours médical inattendu ; elle vient contrarier l'équilibre psychique des femmes et compromettre leur destin personnel, au moment où cet événement vient bouleverser le cours de leurs vies. La phrase représentée par « je ne serais plus comme avant », est probablement traumatisante (M.Boudarene, 2005).

**A la lumière de tout ce que nous venons de dire, nous nous proposons de répondre aux questions suivantes :**

**Question principale :**

- Quelle est l'intensité du traumatisme psychique chez les femmes ayant subi une mastectomie ?

**Questions secondaires :**

- Comment justifier la variation de l'intensité du traumatisme psychique chez les femmes ayant subi une mastectomie ?
- Quelles seront les explications qu'on pourrait avancer sur les répercussions post-traumatiques engendrées par la mastectomie chez chaque femme ayant subi cette chirurgie ?

**Afin de répondre aux questions ci-dessus, nous proposons les hypothèses suivantes :**

**Hypothèse principale :**

L'intensité du traumatisme psychique est différente chez chaque femmes ayant subi une mastectomie.

### **Hypothèses partielles :**

- La variation de l'intensité du traumatisme psychique serait liée aux retombées émotionnelles de la mastectomie chez chaque femme.
- Les répercussions seront de différents degrés, en fonction des différents facteurs qui touchent, les femmes ayant subi une mastectomie, leur perception de soi et leur relation socio-affective.

# **Partie pratique**

# **Chapitre I**

## **Méthodologie de la recherche**

**Introduction**

Différentes formes de pratiques sont appliquées par le chercheur, lors du travail de terrain ; des enquêtes de population restreinte, des études de cas ou encore sous forme d'un problème particulier. En effet un bon travail de recherche nécessite un choix soigneux et rigoureux de la méthode de travail, le chercheur doit donc s'assurer de la faisabilité de son thème, en reconnaissant les points d'appui et les obstacles du terrain choisi. Cela va lui permettre une meilleure manipulation des données collectées et enregistrées. Une bonne organisation lui est donc nécessaire au bon déroulement du travail.

## **1. La méthode clinique**

L'analyse de la genèse, la dynamique, la dimension réelle des situations en psychologie clinique sont autant de solutions pour résoudre ou atténuer les conflits internes et externes de la vie d'un être humain ; celui là, considéré comme étant une entité inachevée qui progresse dans le temps et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie.

La méthode clinique est la méthode la plus utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes », celle-ci cherche à répondre aux exigences de la singularité des cas permettant d'effectuer une bonne analyse diversifiée des contenus (Huber, 1993).

Pour cela, le psychologue fait une étude approfondie exhaustive du cas pour accroître les connaissances et regrouper un bon nombre d'informations concernant le sujet en souffrance afin de pouvoir évaluer, diagnostiquer, et y mettre des hypothèses étiologiques en ayant recours à des tests, des échelles cliniques, des entretiens, et des grilles d'observation .Il s'agit donc, de comprendre un sujet dans sa propre référence (linguistique, historique, familiale ...) ce qui permet un rapprochement affectif ,qui permettra au sujet de s'extérioriser. Cette méthode est dite complémentariste en rapport avec la subjectivité ; et est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et des cliniciens y font souvent référence. Elle a été non seulement pratiquée par les premiers psychopathologues, comme les deux auteurs S.Freud et P.Janet pour décrire les névroses et illustrer les hypothèses théoriques, mais aussi par les médecins pour décrire les maladies et leur évolution (K.Chahraoui et H.Bénony, 2003).

## **2. Le groupe de recherche**

Comme le thème de la recherche l'indique, le travail se portera sur des femmes atteintes d'un cancer du sein et qui ont subi une mastectomie. La rencontre avec les cinq premiers sujets lors de notre pré-enquête (qui sera détaillée un peu plus loin), nous a permis de constater une différence dans leurs réponses et commentaires face

aux questions du tramaq, en fonction de leurs différentes situations familiale et médicale (mastectomie simple ou bilatérale).

Le tableau suivant résume nos cas d’observation de la pré-enquête, à partir duquel nous avons précisé les critères de sélection de notre groupe de recherche.

| <b>Nombre</b> | <b>Age</b> | <b>Situation familiale</b> | <b>Situation professionnelle</b> | <b>Enfants</b> | <b>Type de Mastectomie</b>     |
|---------------|------------|----------------------------|----------------------------------|----------------|--------------------------------|
| Cas O         | 34         | Divorcée                   | Mère au foyer                    | 1              | Latérale<br>(un seul sein)     |
| Cas N         | 37         | Mariée                     | Mère au foyer                    | 2              | Bilatérale<br>(les deux seins) |
| Cas L         | 51         | Mariée                     | Mère au foyer                    | 6              | Latérale<br>(un seul sein)     |
| Cas Z         | 74         | Veuve                      | Femme au foyer                   | 0              | Latérale<br>(un seul sein)     |
| Cas           | 32         | Mariée                     | Mère au foyer                    | 2              | Bilatérale<br>(un seul sein)   |

**Tableau 2 : groupe de recherche de la pré-enquête et ses caractéristiques**

On remarque alors qu’elles sont majoritairement femmes au foyer et d’âge adulte ce qui ne pose pas de problème à ces femmes qui ne font aucune remarque à ce propos ; contrairement à leur situation familiale où elles nous font remarquer l’importance et l’impact de leur entourage surtout quand il s’agit de leur conjoint.

Par contre les réponses des femmes ayant subit une mastectomie bilatérale, nous laisse perplexe quant à leurs réflexions au questionnaire. En effet ces dernières ne savent pas à quelles mastectomies (première ou seconde) attribuer les symptômes présentés dans les items du tramaq, rendant ainsi la passation plus longue et sans

résultats clairs. Nous décidons donc de les exclure du groupe de recherche, nos critères de sélection sont maintenant bien précis.

**Les critères d'exclusion**

- Les femmes veuves, divorcées, célibataires.
- Celles qui ont subi une mastectomie bilatérale (ablation des deux seins).

**Les critères d'inclusion :**

Nous optons pour des critères de sélection les plus restreints quant à notre choix du groupe de recherche qui sont :

- Les femmes mariées, sans limitation d'âge, car la maladie peut toucher toute génération d'âge confondu.
- Les femmes ayant subi une mastectomie latérale (ablation d'un seul sein).
- Le niveau socioculturel et d'instruction n'est pas pris en compte car la maladie frappe à toutes les portes.

| Groupe de recherche | Age | Situation professionnelle | Nombre d'enfants | Année de la mastectomie | Mastectomie latérale |
|---------------------|-----|---------------------------|------------------|-------------------------|----------------------|
| Cas A               | 39  | Mère au foyer             | 2                | 2011                    | Sein gauche          |
| Cas B               | 55  | Mère au foyer             | 1                | 2011                    | Sein droit           |
| Cas C               | 45  | Mère au foyer             | 3                | 2013                    | Sein gauche          |
| Cas D               | 40  | Mère au foyer             | 5                | 2013                    | Sein gauche          |
| Cas F               | 49  | Mère au foyer             | 5                | 2013                    | Sein gauche          |
| Cas G               | 32  | Secrétaire                | 1                | 2013                    | Sein droit           |
| Cas H               | 37  | Mère au foyer             | 1                | 2013                    | Sein gauche          |
| Cas I               | 44  | Mère au foyer             | 3                | 2013                    | Sein gauche          |
| Cas J               | 63  | Retraitée                 | 4                | 2010                    | Sein gauche          |
| Cas K               | 43  | Mère au foyer             | 4                | 2012                    | Sein droit           |
| Cas L               | 51  | Mère au foyer             | 6                | 2000                    | Sein gauche          |
| Cas M               | 62  | Mère au foyer             | 5                | 2013                    | Sein gauche          |
| Cas S               | 41  | Femme au foyer            | 0                | 2011                    | Sein gauche          |
| Cas T               | 39  | Enseignante               | 4                | 2012                    | Sein gauche          |
| Cas Y               | 48  | Mère au foyer             | 2                | 2011                    | Sein droit           |

**Tableau 3 : le groupe de recherche choisi en fonction des critères de sélection**

La sélection de ces quinze femmes s'est fait de manière aléatoire selon les jours de leurs rendez-vous ; nous remarquons que l'âge varie entre 32 et 63 ans, que 12 cas sur 15 sont majoritairement femme au foyer, dont 2 d'entre elles travaillent, une autre est retraitée, que 14 sur 15 sont mères d'un ou de plusieurs enfants dont deux femmes sont grands-mères et une autre sans enfant. Ces 15 cas, ont toutes subi une mastectomie latérale d'un seul sein dont 11 femmes sur 15 se trouvent amputés d'un sein gauche et les 4 restantes du sein droit. Toutes ces ablations ont été effectuées entre les années (2000) avec une ablation, (2010) avec une ablation, (2011) avec quatre ablations, (2012) avec deux ablations et (2013) avec sept ablations.

### 3. Outils de recherche

#### 3.1. Le questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique « traumaq » (Voir Annexe N°2)

Pour effectuer notre travail de recherche et faciliter la confirmation de nos hypothèses, nous avons choisi un outil psychométrique « Le traumaq » qui est constitué à partir d'une approche intégrative permettant d'envisager une analyse globale du traumatisme psychique proposant par la même occasion une aide à l'évaluation du syndrome post-traumatique en s'intéressant aux symptômes généralement observés ainsi qu'aux fréquemment associés.

Le Traumaq, peut être un outil de recherche en contribuant aux études épidémiologiques, il apporte une aide aux diagnostics et à la validation de traitement thérapeutique, mais surtout il mesure la fréquence des troubles traumatiques, et les modifications de personnalité provoqués par un événement traumatique.

Ce questionnaire est destiné aux adultes de plus de 18 ans ,victimes directes ou témoins d'une confrontation brutale à une perception de mort lors d'un événement traumatique , qu'il soit sous forme d'effraction pénale, de sinistre majeur ou technologique, d'accident de tous type avec comme lieu commun, la menace de danger, voire de mort réelle.

Cependant, les adultes qui n'ont pas été exposé directement, les enfants victimes, les adultes victimes de situation répétée et les proches de victimes sont eux exclus et non concernés par le questionnaire traumaq.

Le questionnaire traumaq, est composé de 62 items répartis sur dix échelles ; qui ont fait l'objet d'une collaboration avec des spécialistes comme les professeurs François Lebigot et Louis Crocq. Dans sa formulation définitive afin que ces dernières permettent la collecte globale d'information générales suffisantes pour établir un bilan complet et ce à partir de différentes rubriques qui mettent l'accent sur des informations concernant l'évènement( son origine, sa nature, le lieu et l'intervention de la cellule d'urgence médico psychologique) ,mais aussi concernant le sujet et son vécu durant

l'évènement et les réactions postérieures à celui-ci à travers ces items divisés en deux parties (C.Damiani, et M.Pereira-Fradin ,2006).

La première se compos de deux échelles ; qui est la base du test qui permet le diagnostic :

- Pendant l'évènement :  
Echelle A (8 items) : les réactions immédiates, physiques et psychiques pendant l'évènement.
- Depuis l'évènement :  
Echelle B (4 items) : le symptôme pathognomonique et répétition : les réviviscences, l'impression de revivre l'évènement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions.  
Echelle C (5 items) : les troubles du sommeil.  
Echelle D (5 items) : l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques.  
Echelle E (6 items) : l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper vigilance et l'hypersensibilité.  
Echelle F (5 items) : les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs.  
Echelle G (3 items) : les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention).  
Echelle H (8 items) : les troubles dépressifs (désintérêt général, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envie de suicide).  
Echelle I (7 items) : le vécu traumatique, culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, sentiment violent et colère, impression d'avoir fondamentalement changé.  
Echelle J (11 items) : la qualité de vie.

La deuxième partie s'intéresse au délai d'apparition et durée de troubles des échelles, permettant ainsi la prise en considération de manifestation ayant disparu au temps d'administration du test, 13 items sont alors retrouvés, correspondant aux symptômes évalués dans la première partie ; ces derniers seront alors appréhendés à

partir de critères, de délai d'apparition des troubles et un second, celui de la durée du trouble :

- L'impression de revivre l'évènement, les souvenirs et les images de l'évènement qui reviennent (Echelle B / partie 1).
- Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et /ou nuits blanches (Echelle D/ partie 1)
- L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité (Echelle D/ partie 1)
- La crainte de retourner sur les lieux de l'évènement ou des lieux similaires (Echelle D/ partie 1)
- L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle (Echelle E/ partie 1)
- La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance (Echelle E/partie 1).
- Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc. (Echelle F/partie 1).
- Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique etc.( Echelle F/ partie 1).
- L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).
- Les difficultés de concentration et/ou de mémoire (Echelle G/ partie1).
- Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude, et /ou les envies de suicide (Echelle H/partie 1).
- Tendance à s'isoler (Echelle J/ partie 1).
- Les sentiments de culpabilité et/ou de honte (Echelle I/partie 1).

Cet outil est utilisé en hétéro-passation dans un temps non déterminé ; l'auto-passation et la passation en groupe ne sont pas exclus en la présence de conditions rigoureuses qui sont la bonne compréhension des questions et de la consigne générale : « vous devez répondre à toutes les questions, vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite » (C.Damiani, et M.Pereira-Fradin, 2006, p13-14).

### **3.2. L'entretien clinique de recherche**

Parmi les techniques et méthodes de recherches utilisées, l'entretien clinique de recherche est celui choisi pour mieux accéder aux informations subjectives (histoire de vie, sentiment, représentation). Cette méthode, privilégiée dans de nombreuses disciplines des sciences humaines, c'est le cas tout particulièrement en psychologie clinique compte tenu de la spécificité de cette dernière, dont l'objectif est la création de nouvelles connaissances et la possibilité de généralisation.

Pouvant être utilisé seul ou associé à des tests psychologiques, échelles clinique ou à l'observation directe, l'entretien clinique peut faire partie des outils cliniques utilisés pour le recueil de données durant les procédures de recherche (H.Bénony et K.Chahraoui, 1999).

Cet entretien est fréquemment utilisé comme méthode de production de données sous ses différents types, non directif (centré sur la personne) ou directif (ne permet pas au sujet d'exposer son point de vue) dans la recherche en psychologie clinique où il est indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives (biographie, représentations, croyances, émotions, vécus, histoires personnelles, souvenirs, rêves...etc.) de l'individuel.

Un entretien clinique semi-directif est celui où le chercheur dispose d'un guide d'entretien à travers lequel le chercheur pose des questions aux sujets qui permet à ces derniers d'associer sur le thème sans l'aspect spontané qui est moins présent dans ce type d'entretien (K.Chahraou et H.Bénony, 2003).

L'entretien clinique de recherche est le même que les entretiens thérapeutiques et ceux d'évaluation par rapport à sa conduite, aspects techniques et l'attitude clinique que le sujet pousse à adopter. Toutefois il reste différent de ces derniers au niveau de ses objectifs qui visent le développement des connaissances d'un domaine choisi par le chercheur. En trouvant réponse aux hypothèses de sa recherche et de son thème, que le chercheur produit de sa propre initiative où il se trouve en position de demande (Ibid, 1999).

**L'élaboration du guide d'entretien (voir Annexe N°4)**

L'entretien clinique de recherche se trouve associer à un guide d'entretien, structuré et préparé par le clinicien chercheur où la consigne sera identique pour tous les sujets, ce guide dont dispose le chercheur est constitué d'axes thématiques dans lesquels sont soigneusement préparés les questions à travers lesquelles le chercheur accédera au discours analysable des sujets (Ibid,1999).

Il faut souligner que l'entretien clinique d'une victime d'un traumatisme tient compte des dimensions médicales, sociales, et judiciaires qui s'attachent à définir les troubles présents au traumatisme, ce qui s'est passé durant le traumatisme (existence de réaction et ressenti d'émotion) ainsi que les troubles post-traumatiques (avant/pendant et après l'évènement) (M.Kédia et A.Sabouraud-Seguin et al, 2013).

Dans le cas de notre travail de recherche, notre utilisation du traumaq nous a donné l'occasion, de rechercher des éléments symptomatiques spécifiques au syndrome post traumatique ; (manifestations dissociatives, hyper activation neurovégétative, reviviscence, évitement...), et les différentes questions qui le composent nous ont permis de récolter les informations de base à propos de nos sujets de recherche. Nous consacrons alors notre guide d'entretien pour aborder :

**Axe 1 :L'annonce de l'ablation**

- Comment avez-vous vécu l'annonce de votre ablation (mastectomie) ?
- Quelle était votre réaction ?
- Qu'avait-vous imaginez au moment de l'annonce ?
- Que saviez-vous sur la mastectomie ?
- Comment s'est passé le jour de votre chirurgie ?
- En vous réveillant de l'opération, quelle a était votre première pensée ?

**Axe 2 : L'avant et l'après opération**

- Comment était votre vie avant la mastectomie ?
- Comment est devenu votre quotidien depuis la mastectomie ?

-Que ressentez-vous à vos retours à l'hôpital ?

-Quels sont les changements de votre vie qui vous ont le plus marqué depuis la chirurgie ?

### **Axe 3 : perception de soi**

-Quelle était votre réaction à la première vue de votre cicatrice ?

-Comment vous voyez vous depuis la chirurgie ?

-Que pensez-vous de la chirurgie reconstructrice, des prothèses, pensez-vous à les utiliser ?

-Comment réagissez-vous face aux regards des autres ?

-Comment vous voyez votre conjoint depuis votre mastectomie ?

### **Axe 4 : Relation interpersonnelle**

-Quelles sont les personnes qui étaient au courant de votre mastectomie et pourquoi ?

-Quelle a été la réaction de vos proches ?

-Avez-vous une proche atteinte de cette maladie et qui comme vous a subi cette chirurgie ?

-Craigniez-vous qu'une femme de votre famille subisse la même intervention que vous ?

-Que pensez-vous du soutien qui vous ait offert par vos proches ?

Ces questions qui composent notre guide d'entretien, ont été formulées à partir des réponses et commentaires des femmes, lors de la passation de cinq questionnaires au moment de la pré-enquête (tableau 1), où nous avons pu remarquer à travers ces derniers :

- L'importance des scores obtenus à l'échelle A, qui représente le moment de l'annonce, correspondant au premier axe du guide, les questions vont nous permettre d'aborder cet élément sous un aspect plus qualitatif.
- L'importance donnée par ces femmes aux réactions et présence de leurs proches, qui se répète souvent chez ces dernières, ce qui nous pousse à poser

des questions, qui nous permettent de situer l'importance des réactions, présences et regards des personnes chez chaque femme.

- Les importants changements de la perception de leurs corps, de leur nouvelle image, réactions et caractère ...etc., qui sont abordés à partir des items du traumaq et qui nous a poussé à vouloir mieux comprendre l'avant et l'après mastectomie ; qui est rappelons le considérer comme l'évènement traumatique de cette recherche. Il est donc important de déterminer les grands changements qui les accompagnent.

Les quatre axes regroupent donc des questions qui cherchent à soutenir celle du traumaq.

#### **4. Stratégie de recherche**

Le choix du terrain d'étude à été porté sur l'hôpital BENMERAD EL MEKKI D'AMIZOUR, en raison de la disponibilité d'un service d'oncologie, où sont accueillis des malades atteints de tous types de tumeurs cancéreuses (ambulatoire, prise en charge de jour), il permet la rencontre de femmes atteintes d'un cancer du sein et la sélection du groupe de recherche. En effet, le service propose des soins de chimiothérapie et d'hormonothérapie donnés aux différents cas de cancer admis (cancer du sein, poumon, rectum, prostate...). Toutes les trois semaines, un traitement et un protocole pharmacologique sont programmés par les oncologues pour chaque patient en fonction de leurs caractéristiques personnelles. Les infirmiers sont chargés d'appliquer l'ordonnance prescrite suite à la consultation des médecins oncologues. Notons une participation des psychologues au moment de ces visites. Qui travaillant au service de prise en charge psychologique, voisin à celui de l'oncologie. Celui-ci propose non seulement des interventions au niveau des différents services de l'hôpital selon le besoin, avec une visite quotidienne de ces derniers, mais aussi des consultations accessibles aux personnes non hospitalisées.

Durant notre stage pratique qui a duré trois mois et deux semaines, nous avons eu accès aux informations nécessaire, grâce à la collaboration du chef de service et de l'assistant médical. Chose, qui nous a aidés à distinguer les patientes atteintes d'un

cancer du sein de celle atteinte d'un autre cancer, facilitant par là la recherche des cas mastectomisés parmi elles. Sans oublier la présence de psychologues sur les lieux, qui nous a permis d'observer leur taches en tant que clinicien en milieu hospitalier, mais aussi de bénéficier de leurs conseils et directives.

« La pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses ». En effet, il est important de souligner l'ampleur de cette dernière dans les différentes dimensions d'un travail de recherche (O.Aktouf, 1987, p.102).

Il est donc indispensable, dans notre démarche de travail de s'assurer de la faisabilité de notre recherche. Pour ce faire nous avons effectué notre pré-enquête au niveau du service d'oncologie à l'hôpital d'Amizour sous forme d'une exploration préalable basée sur la collecte d'informations concernant le lieu de la prise en charge des femmes ayant subi une mastectomie. Celles-ci nous ont permis de sélectionner les critères de notre groupe de recherche mais aussi de faire le point sur les difficultés susceptibles de rencontrer durant notre travail. A ce propos, cinq traumaq ont été passé à différentes femmes aux situations familiales, et d'âges différents. Cette première passation nous a permis d'assurer la disponibilité des sujets sélectionnés, d'avoir un aperçu des réponses données, des réactions ainsi que de leurs collaborations.

Quant à notre stratégie d'approche, nous avons adopté la démarche suivante :

La collecte des données est donc réaliser durant deux séances. Une première séance consacrée à la passation du traumaq qui nous permet par la globalité et la richesse de ses questions d'éviter l'aspect répétitif dans nos outils de recherche. La séance se déroule alors comme suit :

Après avoir repérer, le nom des femmes mastectomisées venues pour leur rendez-vous de chimio ou d'hormonothérapie, nous sommes conduits par les

infirmiers directement vers leur lit, évitant ainsi de chercher après elles devant les autres femmes présentes dans la salle, afin d'échapper aux regards curieux et gênants de ces dernières, pouvant amener les sujets à refuser de coopérer. Nous nous présentons donc, pour la première fois avec un formulaire de consentement (Annexe 1), où sont expliqués les objectifs et la procédure de notre recherche, Afin de s'assurer de leur participation, ces dernières acceptent sans problème l'idée de raconter ce qui leurs arrivent. Cependant, pour certaines l'idée de signer un formulaire était moins toléré. Après cela, nous entamons alors les passations en expliquant la consigne et les questions du traumaq qui sont rédigé en langue française (Annexe 2), il a fallu donc traduire le questionnaire en une seule version amazigh (Annexe 3). Ce qui nous a permis de poser les mêmes questions à tous nos sujets.

La deuxième séance, quant à elle, est consacrée à la passation de l'entretien de recherche, auprès de nos quinze sujets vers qui nous nous dirigeons seul cette fois-ci. Les sujets étant prévenus lors de la première séance de la passation du test de traumas, nous n'avons rencontré eu aucune résistance, ni réticence. Après explication de la procédure, nous entamons notre entretien en suivant les questions de notre guide, dans sa version traduite en langue amazigh où celle en français (Annexe 4).

**Conclusion**

La demande de recherche émanant du chercheur clinicien lui-même et non pas du sujet, doit garder une attitude adéquate lors de son travail et de son utilisation. En même temps, il doit faire face à certaines difficultés qu'il peut rencontrer durant sa recherche comme par exemple les effets du traitement de chimiothérapie (fatigues, nausées, vomissements...etc), les effets de concentration des sujets dans les chambres collectives (présence parfois gênante d'autrui ainsi que la difficulté de garder une population à cause de l'orientation vers d'autres centres par manque de moyens...). Le clinicien chercheur doit être absolument méthodique, doit prendre note de tous détails susceptibles de l'aider dans sa recherche et doit rapporter au mieux les réponses et le discours des sujets pour essayer de réaliser une analyse et discussion la plus réaliste.

**Chapitre II**  
**Présentation, analyse**  
**et discussion des**  
**résultats**

## La Présentation et analyse des cas

### 1. Cas de madame A

#### 1.1. Présentation du cas A

Madame A est une femme au foyer âgée de 39 ans et mère de deux filles âgées de 18, 9 ans. Son niveau d'instruction est de 6 année primaire, elle n'a donc pas de diplôme ni de qualification. Mariée à un homme dont la situation financière est modeste, elle n'a pas d'antécédents médicaux.

Suite à l'annonce de son cancer en septembre 2011, madame A subit une mastectomie de son sein gauche avec curage ganglionnaire au service de sénologie de Mustapha Bacha en bénéficiant de soutien psychologique sur les lieux. Actuellement, elle poursuit son traitement chimiothérapique adjuvant destiné à augmenter les chances de sa guérison, éloignant ainsi le risque de rechute.

#### 1.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq

Lors de la passation du questionnaire, madame A souriante et communicative, accepte de participer à notre recherche et répond à nos interrogations clairement faisant ainsi l'effort de se redresser afin d'être au même niveau .Son discours était logique et cohérent.

- **Première partie : les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques :**

| Echelles         | A  | B | C | D | E  | F | G | H | I | J | Total |
|------------------|----|---|---|---|----|---|---|---|---|---|-------|
| Notes brutes     | 16 | 4 | 5 | 5 | 10 | 5 | 0 | 5 | 6 | 3 | 59    |
| Notes étalonnées | 3  | 2 | 3 | 3 | 4  | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3     |

Tableau 4 : Récapitulatif des résultats du traumaq du Cas A

Elle obtient un score d'une note étalonnée de 3 à la première échelle A « pendant l'événement », exprimant par là sa rencontre avec la mort vécue avec frayeur et angoisse où elle avoue s'être sentie dans un état second, dépourvu de langage, ayant

l'ultime conviction d'assister à un spectacle insupportable. Depuis l'événement, madame A laisse figurer dans ses réponses à l'échelle B, étalonnée de 2 des symptômes pathognomoniques procréent par une forte angoisse au moment des flashbacks, faisant aussi des rêves terrifiants en rapport avec l'événement.

On note à l'échelle C, D et F font une même note étalonnée de 3. En effet, madame A présente non seulement d'importants troubles de sommeil, d'état d'insécurité accompagnée d'une crainte quant à la visite des lieux lui rappelant l'événement (évitement), mais aussi des réactions psychosomatiques remarquant ainsi la dégradation de son corps et de son état physique suite à la mastectomie et ses effets à longue durée. Toutefois, aucun trouble addictif, ni cognitif ne s'est manifesté (G=1).

On note à l'échelle E, une note étalonnée de 4 qui vient mettre l'accent sur le degré élevé de l'irritabilité, méfiance et hypersensibilité de madame A, ainsi qu'une agressivité apparue après l'intervention qui est venue la bouleverser, changeant ainsi le cours de sa vie. En effet, depuis cet événement, madame A est souvent d'humeur triste, l'intérêt aux choses qui lui étaient importantes a diminué. Elle pense alors que cet événement a ruiné sa vie, que cette nouvelle vie ne vaut plus la peine d'être vécue (échelle H= 3).

Arrivé à l'échelle I où on enregistre une note étalonnée de 3, elle nous rapporte que madame A ressent une violente colère et haine depuis la mastectomie, qui l'a incité à changer la façon de voir la vie, notamment elle et autrui, elle pense alors qu'elle n'est plus du tout la même.

Correspondant à la qualité de vie, l'échelle J enregistre une note étalonnée de 3. Ceci-dit, depuis l'événement, madame A, en raison de son opération ne poursuit plus ses activités comme avant, mais prend tout de même du plaisir qu'auparavant à pratiquer certains loisirs. Ayant toujours le souci des événements qui pourraient toucher son entourage, elle est toujours en contact avec ces derniers et recherche davantage de la compagnie.

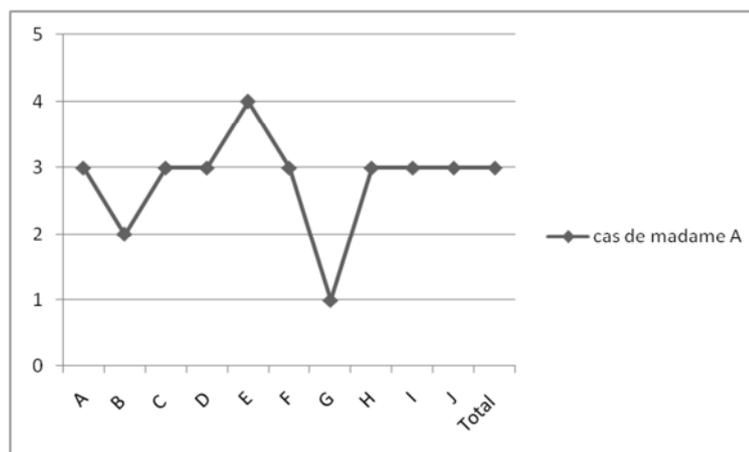


Figure 8. Représentation graphique du profil du cas A: Syndrome psychotraumatique moyen

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles**

Nous constatons d'après les résultats obtenues par le questionnaire traumaq que l'événement qu'est l'annonce de la mastectomie a entraîné chez madame A des réactions immédiates qui s'intensifient à des périodes changeantes selon l'état psychique et physique de celle-ci. Quant à leur apparition, elle se fait au moment de l'annonce et après l'intervention, sans remarquer de troubles cognitifs et addictifs.

### 1.3. Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Nous revoyons madame A pour un deuxième entretien dans lequel elle répond avec spontanéité et aisance à nos questionnements.

Rappelons que l'événement traumatique auquel elle a été confrontée est l'annonce de la soustraction de son sein gauche. En effet, Elle nous relate l'horreur à laquelle elle n'a pas été préparée, à savoir l'annonce de sa mastectomie qui engendre en elle un sentiment d'impuissance, vécu dans l'effroi, et l'angoisse « *khel3er, chokir* ». Elle réagit en pleurant « *khra lemridha,ahlil trour* » ne croyant pas ce qu'il lui venait d'arriver, qu'elle imagine alors l'approche de sa mort « *maginighd lmoth khlas* ».

N'ayant aucune information sur la mastectomie « *ousiner walou* », madame A nous raconte le jour de son opération, où elle se réveille pour faire sa prière, puis y est dirigée au bloc opératoire. Une fois sur la table d'opération, elle se confie à dieu et se

livre à l'opération qui durera une heure environ « *kreghd, zolegh, avant aysegnen steghfrer* ». Une fois réveillée, elle se dit « *hamdoullah, je suis en vie* » ; soulagée, sa première pensée s'est dirigée vers ses filles.

Après la mastectomie, sa vie quotidienne a dû changer. En effet, depuis sa chirurgie, madame A ne peut plus réaliser ses tâches quotidiennes, comme faire le ménage, cuisiner, et préparer de la galette, en riant, elle nous dit alors « *hhh, j'ai pris ma retraite, lemzya, qler oukhedmegh ara aghrum, toura tafiniyent* ». Elle rajoute à cela que la chose la plus importante qui a changé en elle, c'est la dégradation de sa santé, de sa vigueur « *neqsegh, tenqes tezmerth iw* ». En ce qui concerne son retour à l'hôpital, elle nous informe que celui-ci est primordial pour le suivi de son traitement, même si elle avoue que c'est un environnement stressant surtout quand elle voit les personnes plus malades qu'elle « *obligatoire adhoroher adhtritir imaniw* ».

Avec un discours simple, elle nous précise qu'il lui faudra un mois pour voir sa cicatrice « *mi llen tbeddilnyid lpansement, ozergh ara, un mois bech zrigh la cicatrice* », ayant la certitude de ressembler au tout début à un monstre, à une personne handicapée « *en dirai delwehch, handicapée* », elle nous avoue qu'elle s'est habituée à son nouveau corps avec un seul sein « *toura woulfegh, les premiers temps kene ouwalegh ara* ». Cependant, la chirurgie reconstructrice ne l'intéresse pas « *ahein, khati, jamais la prothèse* », mais met des boules de coton pour dissimuler l'organe symbolique manquant.

Elle trouve le regard des gens dérangeant et frustrant, car ces derniers ne la regardent pas elle, mais visent du regard le sein envolé « *oukmedettalayn ar wallen, talayend ar teboucht* ». Soutenue par son conjoint, elle nous certifie que celui-ci n'a changé guère de comportement envers elle et la regarde toujours du même œil « *khati ouyichangi wayra gaghanegh* ».

Mettant au courant tout son entourage de sa mastectomie, elle nous livre les réactions de ces derniers qui étaient choqués par ce qui lui venait d'arriver « *chokin, khelBen ak* » ; contente du soutien apporté par ces derniers, elle les remercie d'être présents dans ses moments difficiles. Ayant été la première de la famille à être atteinte du cancer et à subir la mastectomie, celle-ci prie dieu pour que cela n'arrive guère à

ses proches, surtout pour ses deux filles « *j'espère que ouhelkhen ara, tagadher pour mes filles, j'espère que non* ».

#### **1.4. Synthèse et discussion du cas**

Les résultats de madame A au questionnaire traumaq font une note brute de 59 qui est étalonnée de 3, correspondant à un traumatisme moyen, caractérisé par de multiples réactions, allant d'une note élevée, étalonnée de 4 qui met ainsi l'accent sur l'irritabilité, l'hypersensibilité, l'état d'insécurité, l'agressivité et la méfiance ; suivi d'une note étalonnée de 3 aux échelles A, C, D, F, H, I et J relevant d'une forte intensité des manifestations d'angoisse, et d'évitement, de trouble de sommeil, ainsi que la crainte de mourir. Le délai et la durée des troubles différent et varient en fonction de l'avancé de son état.

Nous constatons lors de l'analyse du guide d'entretien que madame A, depuis sa mastectomie, frustrée par le regard des gens, cherche à fuir les commentaires de ces derniers en dissimulant l'organe symbolique manquant par une prothèse, on voit par là, le mécanisme d'évitement et de refoulement. Ce dernier est perçu dans les rêves et reviviscences qui viennent témoigné la perception de la mort par madame A. Quant à l'isolement, il n'est pas d'actualité.

Ayant la conviction que sa vie a changé complètement suite à la mastectomie, madame A, de part sa foi en dieu, et soutenue par son entourage, notamment on conjoint, arrive à en tirer un point positif, celui d'avoir pris congé des tâches quotidiennes, utilisant par là, un moyen de défense, celui de l'humour.

## 2. Cas de madame B

### 2.1. Présentation du cas de madame B

Femme au foyer de 55 ans, elle est mère d'une fille de 25 ans issue de son premier mariage qu'elle ne voit que rarement depuis son divorce. Madame B de remarie une seconde fois, sans avoir eu d'enfant lors de ce dernier, elle vie donc avec son second époux et ses enfants dans de modeste conditions qui n'empêche pas son bon état de santé général, jusqu'en novembre 2011 où elle subit une mastectomie du sein droit due à un cancer au niveau de l'hôpital de Mustapha Bacha, où elle bénéficie d'une intervention psychologique avant son intervention.

### 2.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq

Lors de la passation du test, madame B insiste sur l'anonymat ; le secret de son identité et de ses réponses aux questions du test tout en exprimant son désir de participé et de nous parler d'elle.

- **Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques**

| Echelles         | A  | B | C | D  | E  | F  | G | H  | I | J | Total |
|------------------|----|---|---|----|----|----|---|----|---|---|-------|
| Notes brutes     | 12 | 4 | 2 | 10 | 10 | 11 | 7 | 10 | 9 | 3 | 78    |
| Notes étalonnées | 2  | 2 | 2 | 4  | 4  | 5  | 4 | 3  | 3 | 3 | 3     |

Tableau 5 : Récapitulatif des résultats du traumaq du Cas B

Elle entame le questionnaire, en rependant aux questions de l'échelle A à la qu'elle, elle obtient une note brute de 12 étalonnée de 2. Un résultat moyen malgré la très forte intensité de frayeur, d'angoisse et d'état second ressenti au moment de l'annonce ainsi que celle d'avoir rencontrer la mort (A3) .

En ce qui concerne la période qui suit l'évènement madame B obtient une note élevée étalonnée de 5 à l'échelle F avec une note brute de 11, qui rapporte une très forte intensité de réactions psychosomatique remarqué à travers la détérioration de son

état physique général sans causes identifié, accompagner par la présence de réaction physiques tel que ; les maux de tête, nausées...etc. ainsi qu'une forte prise de poids.

Une note étalonnée de 4 est enregistré pour les échelles D et E noté à elles deux d'une note brute 10, ainsi que l'échelle G noté de 7 qui rapporte une très forte anxiété, insécurité et évitements phobique de l'hôpital. Ceci est accompagné par une forte vigilance, irritabilité et difficulté de maîtrise de soi face aux situations insupportable, ainsi que des troubles cognitifs avec une très forte difficulté de concentration et trous de mémoire, avec une difficulté de se rappeler de certains éléments de sa mastectomie tout en évitant les situations qui l'évoque. Sans se plaindre néanmoins d'être devenue plus méfiante ou d'avoir des crises d'angoisse malgré cette faible agressivité qui est apparu en elle.

Les résultats de madame B sont étalonnés d'une note de 3 aux échelles H avec la note brute de 10, l'échelle I avec une note de 9 et l'échelle J avec une note de 3, signalant une moyenne intensité de troubles dépressifs remarquer par son très fort désintérêt, manque d'énergie et impression de lassitude depuis l'évènement, accompagner de crises de larmes au moment où l'impression que son avenir est ruiné lui revient réveiller par les souvenirs de sa mastectomie. Elle ne refuse cependant pas les contacts, n'éprouve pas de difficultés dans ses relations affectives et n'a pas cette impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

Madame B pense toutefois que la vie n'est plus comme avant ; en effet depuis son intervention elle se sent fortement dévalorisé et prise de forte colère. Autres changements, la façon dont elle se voit et dont les autres la voient sans pour autant se sentir humilié, coupable ou responsable de ce qu'il lui ait arrivé. Elle poursuit malgré cela ses activités quotidiennes avec la certitude que sa capacité, sa force et son énergie ont diminuée et elle cherche d'avantage la compagnie des autres sans se sentir abandonnée ou rompre des relations malgré son sentiment d'être incomprise.

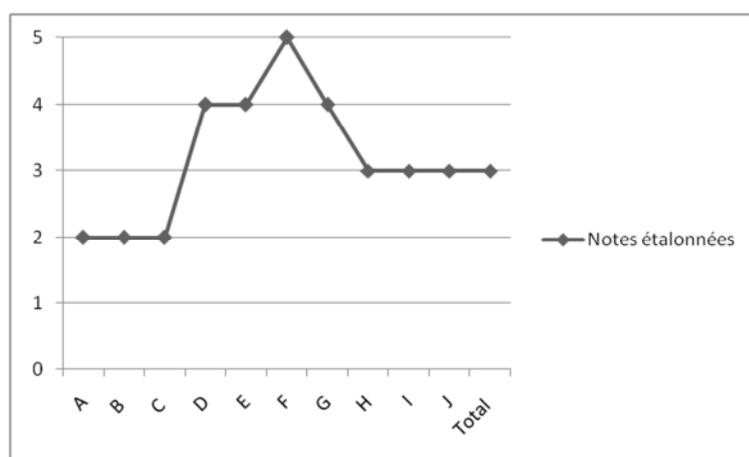


Figure 9. Représentation graphique du profil Cas B : Syndrome psycho traumatique moyen

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles décrits**

Depuis l'intervention madame B présente des troubles du sommeil, une perte de contrôle, des évitements phobique, une méfiance et une impression de revivre tout les évènements depuis sa mastectomie malgré la difficulté de mémorisation, la perte d'énergie et d'enthousiasme qui se manifestent jusqu'à aujourd'hui. Sans présence de troubles d'addiction, isolement et sentiment de honte ou de culpabilité.

### 2.3. Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Le jour de la passation madame B, attendait la visite des médecins et exprime sa volonté de passer l'entretien assise au bout de son lit elle répond à nos question dans un meilleur état que le jour de la passation du test.

Le jour de l'annonce de son diagnostic elle est accompagnée par son mari, elle réagit brusquement « *Waqfa Taht* » en entendant le médecin dire à son mari « *lazem tedjri ala roheha* », c'est à ce moment là qu'elle se décide « *mastaada, tqabelt* ». Sans imaginer de suite au diagnostic, elle puise sa force dans la religion « *mrehba bli atah rabi* », cette insouciance est probablement due à son ignorance de ce qu'est cette maladie « *mannaref walou, nesmaa alih berk* » ; en effet elle ne connaît que ce qu'elle entend durant la discussion entre le médecin et son mari.

Et cela jusqu'au jour de son intervention, au moment de la visite du psychologue aux six femmes qui était dans la même qu'elle, qui était la dernière à se faire opérée elle

assiste donc au retour de ces dernières de leurs interventions sans se réveiller, madame B voyait donc devant elle les médecins qui les réveillent en les giflant, « *khoft* ». Une fois son intervention effectuée, elle se décrit à son réveil comme « *hiya, meyta* » il était difficile pour elle de retrouver son état d'éveil « *lguit el bard* » et se souvenait avoir dit à l'infirmier « *chadouni, el metrah rah ijri bia* » ; elle revient donc à la vie en plein hallucination

Madame B, décrit sa vie d'avant avec des mots du genre « *bsahti, labsa, khedma taa edar* », elle ne dénonce que le manque financier de son mari ainsi que l'absence de « *hanan, hob, ihtimam* », en effet ce dernier ne pouvait même pas lui payer les radios et analyses nécessaire pour son intervention, c'est grâce à sa famille qu'elle a pu se soigner. Pour elle sa vie « *tbadelt* » depuis l'annonce de son cancer et de sa mastectomie.

Des changements qui font installer un sentiment de dégoût dans sa vie « *maandich el ihtimam digoutit mel hiyat* », sentiment qui s'amplifie lors de chaque retour à l'hôpital pour son traitement « *netqelaq, manerqadch* », elle ne supporte pas en effet les moments où sa parole est trop de médicaments, soins et de la maladie qu'elle appelle « *el khabith* ». Il est difficile pour madame B de ne pas faire attention aux changements qu'a subit son corps à chaque fois qu'elle aperçoit sa cicatrice, seul à l'avoir vue elle est pour elle « *qther men laamalia* ». Elle raconte les détails « *qedam lemraya, ghir cheftha bkit* ».

Habituer à son nouveau corps, elle ne supporte pas que quelqu'un d'autre la voit « *taawedt manhebch ichoufouni* », à part son mari qui d'après elle n'exprime pas trop ses émotions même si il s'est inquiété pour elle au moment de l'annonce, il de manderait même après elle mais elle le repousse en utilisant la prière comme excuse.

A cause de leur manque financier, madame B ne peut pas se procurer une prothèse, elle avoue que là n'est pas son unique problème « *bghit enaqess, qbar* » ; en effet son sein gauche, est trop gros et lui cause une douleur à l'épaule. C'est pour elle un déséquilibre depuis la disparition du sein droit, il est donc facile pour les gens de remarquer facilement cette différence frappante « *machi aadi thassi rohek hadja naqsa* », elle avoue par la même occasion répondre aux gens qui demandent après la

raison = \$de cette différence de volume de ses seins. Cependant elle ne peut rien dire à ceux qui ne font que regarder « *maneqadrouch nforciw enass bach maychoufouch* ».

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, elle ne voulait rien dire « *ana habit enkhaba bach maygoulouch naqsa* » mais son mari prévient toute la famille, étant la première à être atteinte de cette maladie, sa famille s'inquiète pour elle « *yema wella andeha la tension, khiati tqelqo bezaf* » ; c'est d'ailleurs ces dernières qui s'occupe des frais médicaux de madame B, contrairement à la famille de son mari « *mawzqfouch* ». A son tour, elle s'inquiète pour leurs santé après que le médecin l'ai prévenu de la nécessité du dépistage pour les femmes de sa famille « *rani wesithoum* ».

#### 2.4. Synthèse et discussion du cas

Madame B obtient un score brute de 78 au questionnaire Traumaq, qui étalonnée d'un 3, l'évaluant cliniquement de traumatisme moyen, caractérisé par le faible étalonnage aux échelles D, E, G par un 4 et échelle F par un 5, ce qui nous révèle la manifestation de réactions psychosomatiques, comportement d'évitement, des troubles de mémoire et de difficultés de concentration qui apparaissent après sa mastectomie et durent jusqu'à aujourd'hui depuis déjà 3ans.

A travers l'analyse de son discours, madame B parait affecté par l'état financier très faible de son conjoint, qui ne lui a même pas permit de lui offrir les soins nécessaires, augmentant par là son sentiment d'insécurité. Celle-ci, ne connaissant rien au cancer ou à la mastectomie au moment de l'annonce de son diagnostic, ce n'est qu'une fois opérée qu'elle constate l'ampleur de sa maladie qu'elle décrit comme un état de mort vivant, ce qui pourrait expliquer l'apparition de tout ces troubles à partir du jour de sa mastectomie, expliquant son irritabilité, lors des souvenirs répétitifs envahissant et de leurs réactions physiques, on remarque une activation neurovégétative qui dure dans le temps.

Elle utilise la religion comme moyen de défense contre son mari, dans les moments d'intimité, moyen d'éviter la réaction des autres face à son corps devenu différent, elle affirme ne plus être comme avant.

### 3. Cas de madame C

#### 3.1. Présentation du cas

Agée de 45 ans, madame C est une mère au foyer de 3 enfants âgés de 11 à 20 ans, elle à elle même choisi ce statut malgré sa réussite au bac et son diplôme de styliste modéliste dont elle est passionner

En bonne santé et sans traitement médical particulier, jusqu'au jour où elle consulte un psychiatre pour une prescription de calmement après sa mastectomie du sein gauche en novembre 2013, annoncer dix jours avants suite à son diagnostic du cancer du sein. Un nouvel événement vient donc la marquer après celui de la perte de plusieurs de ses proches par une mort subite en même pas une année.

#### 3.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq

Lors de la passation du questionnaire madame C, parait inquiète mais répond tout de même facilement aux questions qui le compose ; elle est accompagner pas sa belle sœur (femme à son beau frère) qui 4 ans au paravent avait subit à son tours une mastectomie.

- **Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques**

| Echelles         | A  | B | C | D  | E  | F | G | H  | I | J | Total |
|------------------|----|---|---|----|----|---|---|----|---|---|-------|
| Notes brutes     | 21 | 6 | 2 | 10 | 11 | 3 | 1 | 15 | 3 | 2 | 76    |
| Notes étalonnées | 4  | 3 | 2 | 4  | 4  | 2 | 2 | 4  | 2 | 3 | 3     |

Tableau 6 : Tableau récapitulatif des résultats du traumaq du Cas C

Elle se rappel l'annonce de sa mastectomie quand elle répond aux questions de l'échelle A à la quelle elle obtient une note brute de 21 qui est étalonnée de 4. Celle-ci est élevée et rapporte par ces réponses une forte intensité l'angoisse, de frayeur et d'impuissance, au moment de l'évènement. Elle affirme avoir eu la conviction d'avoir rencontré la mort, de s'être senti dans un état second en décrivant la forte intensité de

manifestations physique (tremblements, suées et accélération des battements du cœur...etc.)

Depuis l'évènement, madame C laisse paraître dans ses réponses l'intensité de quelques troubles caractérisé par des notes étalonnée de 4 à l'échelle D noté d'un score brute de 10 laissant apparaître une forte intensité de l'évitement phobique du lieux ,situations et spectacle qui évoquent sa mastectomie

Quant à l'échelle E avec une note brute de 11, elle rapporte son incapacité à maîtriser ses crises de nerfs accompagner d'une forte irritabilité, agressivité et méfiance qu'elle remarque en elle depuis la mastectomie, sans pour autant devenir plus vigilante qu'avant. La note brute de l'échelle H toujours étalonnée par une note de 4, rapporte à son tour une forte intensité des troubles dépressifs chez madame C. Celle-ci avoue avoir perdue tout intérêt, énergie et enthousiasme à faire les choses qui était important pour elle poussée par une très forte impression de lassitude, fatigue et d'épuisement qu'elle ressent plus souvent depuis l'ablation de son sein, elle se sent donc triste souvent accompagner de crise de larmes en repensant à son avenir qui lui Parait désormais ruiné. Sans que cela n'affecte ses relations ou son envie de continuer à vivre comme avant.

Les résultats de madame C aux échelles B et I sont étalonnée par une note de 3 où la première décrit avec une note brute de 6 une très forte difficulté à parler de l'évènement accompagner d'une très forte angoisse au moment où elle repense à son intervention et sans pour autant se souvenir ou rêver de cette dernière. A seconde échelle à l note brute de 2 nous permet de connaître sa qualité de vie où elle affirme ne pas pouvoir poursuivre ses activités et chercher davantage la présence d'autrui sans se sentir abandonnée ou changer ses habitudes d'avant.

Les trois échelles restantes qui sont étalonnée d'une note de 2 expriment à travers l'échelle C à la note brute de 2, une faible difficulté à s'endormir et à être fatigué au réveil grâce au somnifère prescrit par le psychiatre à la demande de madame C après l'annonce de sa mastectomie, où elle cherche à dormir plus facilement. A travers l'échelle G à la note brute de 1, où de faibles troubles cognitifs sont rapportés par une faible difficulté de concentration et de mémorisation qui ne l'empêche pas de garder

d'intact souvenir de sa mastectomie. L'échelle I à la note brute de 5 qui signale qu'elle ne se voit pas et ne se sent pas comme avant sans se sentir humilié ou dévaloriser.

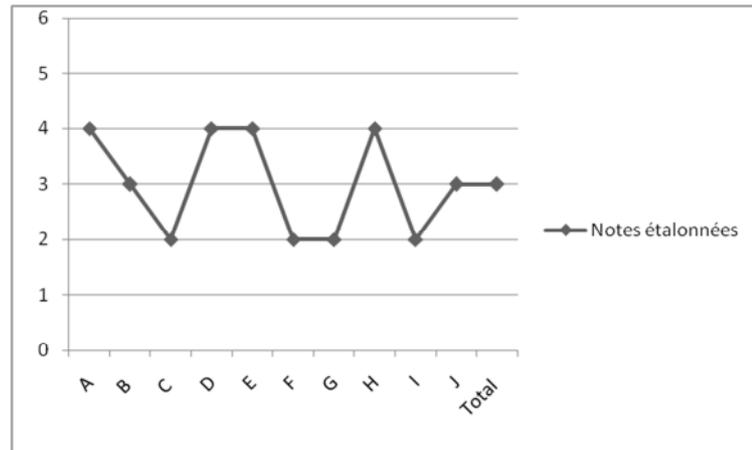


Figure10 : Représentation graphique du profil cas C : syndrome psycho traumatique moyen

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles décrits**

Nous remarquons que madame C ne présente pas de réviviscences, de troubles de sommeil et de troubles addictifs. Elle ne souffre non plus pas de problèmes de vigilance et de méfiance ou de honte et culpabilité. Par contre les résultats du questionnaire nous signale un évitement phobique de l'hôpital qui est apparu chez elle au début du traitement de chimiothérapie jusqu'à ce jours ainsi que le sentiment d'être devenu plus agressive et plus irritable apparu le mois qui suivie l'annonce, quant à l'anxiété apparu à ce moment là elle ne dure qu'une semaine et disparaît juste après l'intervention.

### 3.3. Présentation des résultats de l'entretien

Le jour de la passation madame C est cette fois seul et paraît en meilleur forme que lors de notre première rencontre toujours à lire du coran durant sa cure de chimio, cette fois elle est mieux ; en effet elle a prit soin d'elle de ses habits et a même mis une perruque pour caché sa chute de cheveux due à la chimiothérapie.

Elle nous raconte donc le jour où le médecin lui annonce le diagnostic de son cancer du sein ; accompagner par sa copine elle dit que « *tout c'est arrêter, c'est le stop dans ma tête* », sa réaction est des plus attendu « *un choc pour moi, le vide puis à la fin le sens de tumeurs me revient à l'esprit* » c'est à ce moment là qu'elle

s'imagine la fin « *quand on dit tumeurs, on parle de mort ...tu meurs* », surtout qu'elle est bien informé sur l'ablation et le traitement .

Le jour de l'intervention, elle est accompagnée uniquement par son mari à qui elle annonce l'intervention pour 14h alors que celle-ci était prévue pour 11h, pour elle tout était « *tellement vite* » que son réveil était un soulagement « *je pleuré, je suis encore vivante pour mes enfants* »

Madame C nous a décrit sa vie en un seul mot « *épanouie* », et ne pense maintenant qu'à la guérison, « *je fais des efforts pour mes enfants* » les deux derniers ne savent pas ce qui lui arrive et depuis qu'elle ne peut plus faire les mêmes activités quotidiennes qu'avant, ils se posent des questions elle répond simplement par « *je suis fatiguer* » et ne replonge dans la maladie que deux jours avant le contrôle à l'hôpital.

La perception de soi est importante pour madame C, portant une prothèse pour améliorer son image qui depuis l'intervention voit en elle « *un manque de femme* », elle pense même à la chirurgie reconstructrice « *je me suis renseigné pour après* » depuis le jour où elle a vu pour la première fois sa cicatrice, quelques jours après sa mastectomie « *le chirurgien m'a forcé à la voir ...j'ai pleuré* ». Elle ne se soucie pas du regard des gens, elle se protège par la perruque et la prothèse « *je suis comme avant* », chose attendue dans un entourage où personne ne sait pour sa maladie mis à part son mari, son amie, sa belle sœur (étant la seule dans la famille à avoir subi la mastectomie) et son fils aîné qui avait seul compris que sa mère était malade. Elle a donc été obligée de tout lui expliquer, Cela ne dérange pas madame C du moment qu'aucun étranger ne l'apprenne « *pourquoi le dire, j'ai le moral soutenu ...si c'est pour entendre le mot meskina j'en ai pas besoin* ».

En effet elle est satisfaite du soutien que lui apportent ces quatre personnes, par leurs réactions notamment celle de son mari qui malgré sa Paine au moment de l'annonce ne pense qu'au traitement et aux moyens de la sauver, et plus encore celui-ci ne change pas après l'opération, « *comme toujours* », elle ne se plaint donc pas et ne cherche rien d'autres que continuer sa vie à condition « *pas besoin que d'autres le sachent* »

### 3.4. Synthèse et discussion du cas

Avec un score brute de 76 au questionnaire Traumaq, les résultats de madame C sont étalonnés par une note de 3 qualifié donc son évaluation clinique de traumatisme moyen. Celui-ci est caractérisé par un ensemble de réactions qui sont étalonnées d'une note élevée de 4 aux échelles A, D, E et H, révélant la forte intensité des manifestations d'anxiété, de comportements d'évitement, perte de contrôle de soi, irritabilité, mais surtout peur de mourir. Cependant, le délai et la durée de leur apparition diffère. Rappelons qu'un mois seulement s'est écoulé depuis son opération du jour de la passation du Taumaq.

En analysant les réponses de madame C au guide d'entretien, nous constatons tous les efforts fournis par cette dernière pour éviter le regard des autres ; elle utilise une perruque et une prothèse qu'elle ne retire qu'au moment de dormir et pour être sûre de ne pas entendre les commentaires de la part des gens. Elle décide de garder le secret sur sa mastectomie, elle manifeste par là clairement, son mécanisme d'évitement et s'empêcherait même d'y repenser, ce qui expliquerait ainsi l'absence de reviviscences chez cette dernière, malgré sa parfaite connaissance du cancer et du risque de mort auquel elle se voit confronté, accompagné uniquement par quatre personnes de son entourage, elle croit donc contrôler la situation, en refusant les contacts et préférant s'isoler.

## 4. Cas de madame D

### 4.1. Présentation du cas

Madame D est une femme âgée de 40ans, et mère de cinq enfants : Trois filles (âgées de 20, 18,12ans) et deux garçons (8,5 ; 3ans).Son niveau d’instruction est de 6ème année primaire, femme au foyer qui s’est mariée à l’âge de 18 ans.

N’ayant pas d’antécédents médicaux jusqu’à l’annonce de son cancer, madame D subit une mastectomie de sein gauche avec curage ganglionnaire à l’hôpital de Khelil Amrane où elle bénéficie de soutien médico-psychologique. La durée de son séjour est de 15 jours. Actuellement, elle suit sa cure de chimiothérapie qui se tient chaque 21 jour.

### 4.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq

N’ayant jamais vécue d’autres événements profondément touchants, nous avons effectué avec madame D deux entretiens dans lesquels elle s’est montrée collaboratrice malgré sa tristesse, et sa non acceptation de sa maladie. Ces deux entretiens où elle nous relate son vécu sont accompagnés de larmes.

#### Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques

| Echelle        | A  | B | C | D  | E  | F | G | H  | I  | J | TOTAL |
|----------------|----|---|---|----|----|---|---|----|----|---|-------|
| Note brute     | 15 | 5 | 5 | 10 | 14 | 6 | 2 | 23 | 18 | 7 | 105   |
| note étalonnée | 3  | 3 | 3 | 4  | 4  | 3 | 2 | 5  | 5  | 4 | 4     |

Tableau 7 : récapitulatif des résultats du traumaq du cas D

Madame D obtient une note à l’échelle A qui est élevée et étalonnée de 3.Elle nous raconte qu’on prenant son bain, elle découvre une masse sur son sein gauche et consulte un gynécologue qui lui fait des analyses. Son mari sera le premier à être au courant de sa maladie ; ne savant pas comment lui annoncer à sa femme, il laisse cette lourde tâche au médecin qui lui annoncera 15 jours après. Une fois rendu chez le médecin en compagnie de son mari, ce dernier lui annonce la mastectomie qu’elle subira quelques jours après.

Les répétitions, symptômes pathognomoniques du traumatisme psychique sont persévérants (Echelle : note étalonnée de 3). Il ne se passe pas un jour sans qu'elle revoie ses flashes et souvenirs qui s'imposent à elle plusieurs fois dans la journée de l'événement qui est l'annonce de la mastectomie, l'annonce de la soustraction du symbole de féminité qu'est son sein.

A la réponse B3, elle nous signale qu'elle déteste parler de l'événement aux personnes qui ne l'ont pas subi, et qui n'ont pas ressenti ce qu'elle a enduré « *l3ibed outhihlikhnara, oufehmenagha dacho t3icher* », aussi quand elle en parle aux malades qui lui disent qu'elles vont bien, elle leur répond « *non, 3elmer outelimtara bkhir, outelagha g'mkanis* ».

Depuis, madame D éprouve des difficultés d'endormissement, notamment les réveils nocturnes qui la fatiguent (troubles du sommeil, échelle C, note étalonnée de 3) ; En plus des difficultés de concentration « *trohegh zeysent, amaken aqlin ailleurs* ». Nous constatons le degré élevé de l'échelle D, qui est étalonnée de 10, où madame D, craint sa venue à l'hôpital, que ce soit pour sa consultation ou pour une visite d'un membre de sa famille, lieu qui lui rappelle l'événement traumatisant auquel elle a été confrontée et qui lui crée de l'anxiété ; l'évitement est donc présent chez elle « *oughorhaghara adhzogher taloustiw gsbitar, tella g etage, ounekki llir g 4eme, admekhthir koulech* », ou encore « *ouganghara laacha nni* » (D3, D4, D5).

Elle présente des signes dépressifs importants (note très élevée à l'échelle H qui est étalonnée de 5) qui génère un isolement social, un sentiment que sa vie est ruinée « *kerhegh lhayatiw* », notamment un refus total de son mari. Elle ressent une humiliation et honte en ce qui concerne le regard des autres et pense qu'elle n'est plus du tout comme avant, et qu'elle ne sera plus jamais la même « *ouqvilghara lehlakhiw* ».

L'échelle j à la note est étalonnée de 4 vient nous rendre compte de la qualité de vie de madame D ; en effet, une fois l'événement passé, madame D ne poursuit plus ses activités quotidiennes et n'éprouve plus le même plaisir qu'avant à faire des loisirs, et tout autres tâches simples de la vie quotidienne ; Trouvant du soutien auprès de son entourage, malgré qu'elle se sent moins concerner par les événements qui

touchent ses derniers, elle ne continue plus à rencontrer ses amis avec la même fréquence et s'isole de plus en plus, cela est dû au refus de son nouveau statut de femme mastectomisée .

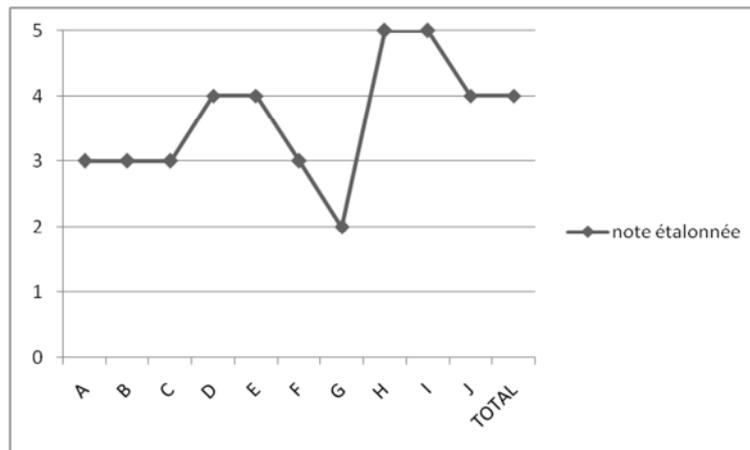


Figure11 : Présentation graphique du profil cas D: Syndrome psycho traumatique intense

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles décrits**

Les signes traumatiques sont apparus immédiatement après l'événement et dure jusqu'à ce jour : les souvenirs, les images reproduisant l'événement, les troubles du sommeil et l'isolement social sont toujours d'actualité. Seules les réactions physiques et troubles addictifs n'ont pas surgi.

### 4.3. Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Nous allons maintenant voir les données qualitatives de l'entretien de recherche de madame D. En effet, madame D, nous raconte qu'elle a très mal vécu l'annonce de sa maladie, plus important encore l'annonce de sa mastectomie, la décrivant ainsi comme un moment effroyable dans lequel elle a fondu en larmes suppliant le médecin de ne lui enlever que la tumeur et non pas tout le sein : « *trogh, qagheras kene ouythtekasagha, ala ksyi la tumeur* », ou encore « *outmajinighara imaniw bla le sein, impossible aytexsen* ».

Quant à sa perception de la mort, elle la décrit comme proche et se soucie quant à l'avenir de ses enfants sans elle. Le décès de sa mère suite à une tumeur au cerveau

sept ans auparavant, a intensifié son angoisse de mort « *dayen lmouth tqerbyi, arrawiw amekh arad3ichen bla imathnsen* ». Elle fait une réflexion à ce moment là, concernant ces deux derniers enfants dont les grossesses n'étaient pas voulue, elle essaye d'avorter en soulevant du poids, en sautant, chose qu'elle ne réussit pas. Elle avoue qu'elle retient son dernier enfant comme cause de sa maladie « coupable », car peut être s'il n'était pas venu au monde, elle l'aurait pas allaiter et donc la cancer ne viendrait pas de l'allaitement « *des fois qagheras, louken outhdernighara, loukene ouhlikghara, thibirth, mais qareghes 3ladjalis iydiwsa lcancer* ».

N'ayant aucune information sur la mastectomie, madame D déclare que son intervention a été reportée de deux jours suite à une hyper tension. Une fois faite, la première pensée qu'il lui vint à l'esprit en se réveillant, est de n'être plus comme avant. Elle met sa main sur son sein et nous dit « *qler dazguen l3ebd* », et se considère comme handicapée « *zagher imaniw handicapée, dachoydiqimen, khra* »

Elle décrit sa vie d'avant et son état comme une femme active « *noumer tboujir guechrel, teffarer* ». Depuis, son tempérament a beaucoup changé et est devenue plus sensible et irritable, agressive et dure « *tekhser tbi3aw, trozer lqech meme widhekh iguerlayen. Qler outefagherara, outrohorara rtemeghriwine, ahenzrer tbedilent ou nekki doulech zeth nsent* ».

A la première vue de sa cicatrice, elle remarque la détérioration de son corps et fond en larmes « *ksenyith, ouzmighrara adhezrer imaniw, ouhvisara guitawen* ». Jusqu'à présent, madame D n'arrive pas à accepter son statut de femme mastectomisée, et ne l'acceptera pas « *ouqbilghara, ouqebleghara, oui3djivara l3amriw akayi, feq3er mlih koul asma adewcher terror* » réplique-t-elle. Néanmoins, la chirurgie reconstructrice ne l'intéresse pas pour cause des effets nocifs qu'elle pourrait engendrer « *Tagadher atkhedmer, taloust noultma t3elit, toura tdhorit* ». Toutefois, en vue de cacher l'absence de son sein, elle utilise des boules de coton pour ne pas se faire remarquer par les autres.

La relation qu'elle entretenait avec son mari n'existe plus maintenant et n'existera plus dorénavant dit-elle « *Mara dhilir qimer, adiqereb ar ghorl asbe3dher .diryi sezdashel, argaziw toq3ith lme3na mais nekki ouzmighrara azrer* ».

*imaniw jamais athedjer ayditghareb* ». En effet, madame D ne partage plus le lit conjugal, et n'a eu aucun rapport sexuel depuis l'annonce de sa maladie. L'absence de son sein la plonge dans un refus total de tout rapport avec son mari, l'incitant ainsi à aller voir ailleurs « *qagheres roh atrohet rlkhalath natane, a vie jamais adhi3awedh ayimes, nar ayizer* ».

Les personnes qui étaient informées de sa maladie au début étaient son mari, sa belle sœur, et sa fille aînée. C'est après l'intervention que le reste de la famille était au courant de celle-ci. Soutenue par ces derniers, madame D, nous signale qu'un conflit entre son mari et son père se répercute sur sa relation à elle avec son père, qui n'a même pas cherché après elle à ce jour « *Tama 3er adyas ayizer mi helkher,oudiseqsa felli, ouyi3awen, is3a idhrimen,waken ouyikhdim khra* ». Étant mère de cinq enfants, dont trois filles, elle espère que ce qu'elle a enduré ne se reproduira pas avec ses filles « *nchalah ous3edayentara dacho s3edder neki ,dyessi, tagadher felassent* ».

#### 4.4. Synthèse et discussion du cas

Les résultats obtenus du test de traumaq réalisé avec madame D, présentent une note brute de 105, à la note étalonnée de 4 qui correspond à un syndrome post-traumatique intense qualifié de traumatisme fort. En effet, cette dame n'a pas accepté ni sa maladie ni l'ablation de son sein, où l'on remarque le déni de sa maladie et mastectomie. Nous avons remarqué une répétition des symptômes pathognomoniques du traumatisme psychique (reviviscences), un détournement des discussions sur le sujet ou revoir tout ce qui a trait à la médecine, ainsi que son utilisation de boule de coton pour éviter les regards d'autrui (évitement), une détérioration du sommeil et des difficultés de concentration, témoignant par là, le mécanisme de refoulement, où elle est traduite par des tensions, troubles de sommeil et angoisse, sans faire le lien avec la situation. L'isolement social et le refus total de son conjoint, faisant ainsi une projection par rapport à ce qui finalement vient à témoigner la non-acceptation de madame D de son corps à un seul sein qui interdit la relation conjugale, qui de ce fait ne vient pas de son conjoint, car celui-ci la veut toujours et l'accepte telle qu'elle est.

Tout ça vient témoigner l'intensité de l'acte chirurgical sur la vie psychique et sociale de madame D.

L'analyse de l'entretien clinique nous fait part du changement total et complet de sa vie de couple, de son quotidien, et de sa perception de soi qui affectent la relation avec son entourage, ainsi par la perte de jouissance de la vie, notamment de sa vie conjugale, avec lassitudes accentuées.

## 5. Le cas de madame F

### 5.1. Présentation du cas

Madame F est une mère au foyer de 5 enfants âgés tous entre 31 et 11 ans qui mènent une vie simple et modeste, à l'âge de 49 ans elle suit un traitement médical pour son diabète et ses problèmes de tension jusqu'au jour de sa mastectomie du sein gauche en juin 2013, qui lui est annoncé deux mois avant. Celle-ci est effectuée à el Kseur où elle ne bénéficie pas de l'intervention de psychologue au moment de son intervention.

### 5.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq

Au moment de la passation madame F hésitante finit par vouloir participer, parler de son état. La passation du test se fait avec des larmes qui coulent de ses yeux.

- **Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques**

| Echelles         | A  | B | C | D | E | F | G | H  | I | J | Total |
|------------------|----|---|---|---|---|---|---|----|---|---|-------|
| Notes brutes     | 13 | 1 | 7 | 5 | 8 | 1 | 0 | 10 | 1 | 1 | 47    |
| Notes étalonnées | 3  | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3  | 1 | 2 | 2     |

Tableau 8 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas F

Madame F répond aux questions de l'échelle A, autour de l'annonce du diagnostic, elle obtient une note brute de 13 qui est étalonnée par une note de 3 exprimant une très forte intensité de son sentiment de frayeur, d'angoisse et d'état second ainsi que du sentiment de rencontre avec la mort qui sont accompagnés de faible manifestation physique tel que l'augmentation des battements de son cœur, sans pour autant se sentir dans un état second abandonnée ou impuissante.

Depuis sa mastectomie, les résultats du traumaq révèlent avec une note étalonnée de 3 (la plus élevée). Que madame F présente suite à son intervention, une moyenne d'intensité de troubles du sommeil ; qui sont représentés par une note brute de 7 à l'échelle C. Signalant la très forte manifestation de difficulté d'endormissement, d'une

forte impression de ne pas dormir et d'une faible impression de ne pas dormir accompagner de rêves rarement en relation avec sa mastectomie, sans toutefois se plaindre de réveil nocturne.

Avec une note de 5 à l'échelle D toujours étalonnée de 3, madame F présente une très forte intensité d'évitement de l'hôpital, elle devient fortement anxieuse sans manifesté toutefois de crises d'angoisse, d'insécurité ou d'évitement de situation et spectacles qui évoque sa mastectomie. Toujours étalonnée de 3 l'échelle E, révèle cette fois-ci avec une note brute de 8, sa très forte irritabilité et fuite des situations insupportable en voyant qu'elle ne pourra pas se contrôler, accompagner d'une faible méfiance elle reste nullement agressive, vigilante et ne présente aucun comportement agressive depuis la mastectomie.

L'échelle H à son tour avec une note brute de 10, laisse paraître sa très forte perte d'intérêt et d'enthousiasme aux choses importante, depuis sa mastectomie qui est accompagner par une faible lassitude, épuisement et humeur triste qui sont accompagner par de faible crise de larmes dans les rares fois où son avenir lui paraît ruiné et que la vie ne vaut pas la peine d'être vécu, sans qu'elle refuse le contact ou qu'elle éprouve des difficulté dans ses relations .

Les résultats des échelles B, F et J sont étalonnée d'une note de 2 pour la même note brute de 1 représentant la faible manifestation des troubles pathognomonique chez madame F où seul une faible angoisse se manifeste lors des rares réviviscences qui se produisent chez elle. Aucun trouble addictif ou problème de santé non identifier ne sont signaler, seul une faible détérioration de son état de santé général est remarquer suit à son intervention sans subir de variation dans son poids.

Le résultat le plus bas de madame F au questionnaire, est celui de l'échelle I avec une note brute de 1 qui est étalonnée par une note de 1 exprimant uniquement la faible humiliation qu'elle ressent depuis sa chirurgie ; en effet elle ne ressent aucun sentiment de responsabilité ou de culpabilité, ni celui d'être dévaloriser ou celui d'une violente haine et colère, sa façon de se voir, de voir la vie et les autres ne change pas, elle ne sent pas qu'elle n'est plus comme avant . Pareil pour l'échelle G avec une note

brute de 0 signalant l'absence de trouble cognitif chez elle, où aucun problème de concentration et de trous de mémoire ne sont signalés.

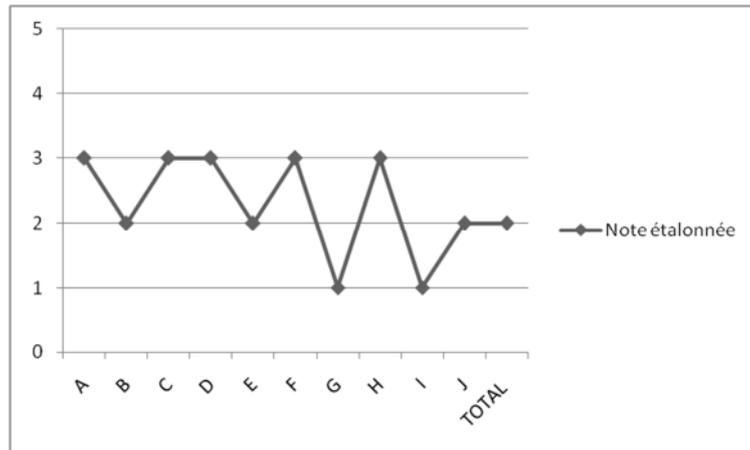


Figure.12. Représentation graphique du profil cas F : Syndrome psycho traumatique léger

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles décrits**

Madame F, ne signale aucune réviviscences, hypersensibilité, problèmes de santé, troubles addictifs, troubles cognitifs ou tendance à s'isoler et les sentiments de honte ou de culpabilité, elle manifeste une insécurité depuis le jour de l'annonce de sa mastectomie où, des troubles du sommeil et des évitements phobiques viennent s'ajouter au tableau clinique de madame F, qui sont présents jusqu'à ce jour. Ils sont accompagnés de sentiment d'irritabilité et de réactions physiques apparues aussi après l'intervention où seuls les troubles dépressifs disparaissent le jour où elle voit sa cicatrice.

### 5.3. Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Madame F le jour de l'entretien exprime qu'elle attendait notre retour, et se trouve être de meilleure humeur que le jour du trauma. La passation qui s'est faite dans une chambre à huit lits, elle se sent tout de même à l'aise au moment de donner ses réponses.

Elle raconte l'annonce de son diagnostic, où elle pense directement à sa mort «*inayid ouliw atemthat*», sa réaction est immédiate tombe en sanglot «*atrough*

*kan* ». À ce moment là elle ne pense qu'à une seule chose, sa famille plus précisément ses enfants « *deryaw, ayitro khra ademthegh andejegh* ». Sans avoir d'informations précise autour de cette maladie, sa chirurgie et son traitement « *oumadekhra, ousineghara, ouslighara* ». Le jour de son intervention elle est accompagnée par son mari mais trouve sa force dans sa religion « *i3eliyi rebi el courage, oufigh el khalath* », en voyant le grand nombre de femmes présentes pour la même intervention qu'elle ; elle sent qu'elle n'est pas seul. Malgré cela son réveil de l'intervention reste difficile « *oufigh akham itchour, ziniyid, oualimegh targuith, oualimegh dessah* » il est pour elle comme un rêve ou elle ne se souvient que d'un détail « *tricot bleu* ».

Madame F, ne signale rien de particulier en parlant de sa vie. Elle est simple et sans trop de problèmes « *Normal, ouliw inechrah* », chose qui change après sa mastectomie « *nouva aqa, nouva aqa* », surtout quant elle veut travailler mais n'y arrive pas « *cheghal, oufighara* » en voyant ces changements qui sont survenu elle n'arrête pas de pleuré sans raison « *koulech, ouythrou* », surtout à deux jours du retour à l'hôpital, elle tremble inquieté par les résultats de ses analyses « *youmayen aqbel iteqaled ourguigui* ».

Elle ne décrit toutefois pas sa réaction face à sa cicatrice car elle n'a jamais pu la voir, et fait très attention lors de sa douche en la nettoyant « *awid ajigh kan, arthoura jamais khezregh, ami yegi* » mais remarque tout de même les changements qu'à subit par son corps « *koulech, inkess* ». Elle ne sait tout de même pas que la chirurgie reconstructrice existe « *oalimeghara* », ni les prothèses d'ailleurs « *ataalegh, ilekhzour el ibad* » elle décide de demandé pour voir, si elle peut se permettre par rapport à son prix ; même si cette dernière ne fait pas attention aux regards des gens, « *ouyethouqiara* » elle les supporte et ne ressent aucune gêne. Surtout que son mari la soutien particulièrement « *ouyenbedalara, iqim dwin, toura akhir* » en faisant plus attention à elle qu'avant .

Madame F ne se plain pas de problème relationnel ; en effet tout le monde sait pour son intervention et son cancer, elle ne le cache pas « *aok medan, ifegh lekhber am ouberah* ». La réaction sage de ses enfants « *meqrith, tfen gue rebi* » sans trop de dramatisation vient la soutenir « *bedand aokith, asma sawalegh ara qarend iwach* »,

tout le monde pense donc à elle et cherche après elle. Même si personne de sa famille n'est atteint « *oulach* », c'est donc au moment que madame F entend parler du facteur héréditaire qu'elle a peur « *oulach* ».

#### **5.4. Synthèse et discussion du cas**

Avec un score brute de 47 qui est étalonné par une note de 2, l'évaluation clinique de madame F est décrite de traumatisme léger, avec un étalonnage de 3 aux échelles A, C, D, E, et H, révélant l'existence de réactions modérées, tels que la peur de mourir, troubles du sommeil, anxiété et comportement d'évitement, ainsi que l'irritabilité, perte de contrôle, apparition depuis l'opération et dure jusqu'à aujourd'hui, pareil pour la majorité des troubles sauf pour la tristesse qui disparaît le jour où elle se rend compte de la disparition de son sein, remplacée par une cicatrice qu'elle ne peut pas voir ne fait que touché.

On constate donc à partir de ses réponses aux questions de l'entretien de recherche qu'elle a conscience des changements que provoque sa mastectomie ceux subit par son corps, notamment corps, lorsqu'elle se trouve face aux regards des autres, mais aussi celles de son attitude lorsqu'elle est chez elle, tout en continuant à vivre sa vie, avec ses hauts et ses bas, elle ne cherche que la guérison, à part son sein et ses capacités de femme au foyer, rien n'est perdu au gaucher dans sa vie.

## 6. Cas de madame G

### 6.1. Présentation du cas

Madame G est une femme active âgée de 32ans, et est mère d'une petite fille âgée 2 ans et demi. Issue d'une famille au revenu moyen, elle a trois sœurs et deux frères. Universitaire, informaticienne de formation, elle travail dans une entreprise étatique comme secrétaire, dans laquelle elle a connu son conjoint avec qui elle s'est mariée depuis 3ans, mais depuis sa mastectomie subit en 2013, elle est en arrêt de travail.

Elle subit son opération qui durera approximativement trois heures à l'hôpital militaire d'Ain Nadja où elle bénéficie de soutien psychologique. Elle est sous chimiothérapie à ce moment là.

### 6.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq

Souriante au moment de l'entrevue, madame G accepte de participer à notre recherche gardant une énergie positive tout au long de la passation, où elle exprime un très fort enthousiasme quant à raconter son histoire, on pourrait même dire qu'elle déborde dans son discours.

- **Première partie : les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatiques**

| Echelle               | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | TOTAL |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| <b>Note brute</b>     | 6 | 3 | 3 | 0 | 3 | 4 | 1 | 0 | 1 | 2 | 23    |
| <b>note étalonnée</b> | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1     |

Tableau 09 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas G

Madame G obtient une note minimum à l'échelle A « pendant l'événement » qui est étalonnée de 1, elle vit le moment de l'annonce de sa mastectomie avec une forte angoisse, où elle perçoit la mort en face d'elle, cependant elle se sentait pas impuissante face à ça. L'événement passé, elle revit ce dernier pendant son sommeil sous forme de cauchemars ; elle nous raconte alors l'uns de ses cauchemars « j'étais

allongée sur le sol vêtue d'un tissu mortuaire, ma mère était à mon chevet, elle me parlait », mais qui revient à elle rarement dans la journée ; n'éprouvant aucune difficulté à parler de ce qui lui est arrivé (échelle B= 2).

La note qu'elle obtient à l'échelle C correspondant aux troubles de sommeil, est étalonnée de 3, de sorte que madame G éprouve depuis l'événement, des difficultés d'endormissement suivi de réveils nocturnes qui la fatiguent. Cependant, elle présente de faibles troubles cognitifs (échelle G=2), et aucun évitement phobique (échelle D= 1).

Quant aux deux échelles E et F, elles enregistrent deux notes étalonnées de 2 pour la première, et de 3 pour la seconde. En effet, madame G devient plus attentive et vigilante au bruit, et plus agressive et directe dans ses dires qu'avant ; et constate la décadence dans son état physique général, l'amenant ainsi à remarquer les variations de son poids, mais n'a pas augmenté la consommation de la nourriture et autres substances.

L'échelle G enregistre une note étalonnée de 2 en l'occurrence à la difficulté retrouvée par madame G à se rappeler des détails de l'événement. L'échelle qui suit permet de constater qu'elle est toujours d'aussi bonne humeur qu'avant, et s'en donne à cœur joie à réaliser les choses auxquelles elles se prêtaient avant. Sa vision de la vie n'a pas changé ; au contraire elle ambitionne de faire une carrière, voyager, et profiter de son mari, ainsi que sa fille qu'elle a allaité 7 mois ; l'isolement est à épargné dans son cas (échelle H= 1).

Arrivée à l'échelle I=1, nous remarquons que madame G n'éprouve aucun sentiment de culpabilité ni de honte face à l'événement auquel elle a été mesuré, ni même d'être dévalorisée. En revanche, elle pense que depuis sa mastectomie qu'elle n'est plus comme avant. Quant à la qualité de vie qui enregistre une note étalonnée de 3 à l'échelle J, elle nous fait part de la continuité de madame G à rencontrer ses amis et à en demander davantage leur présence. Soutenue par son entourage, elle dit prendre autant de plaisir qu'auparavant à faire les choses qui l'intéressent.

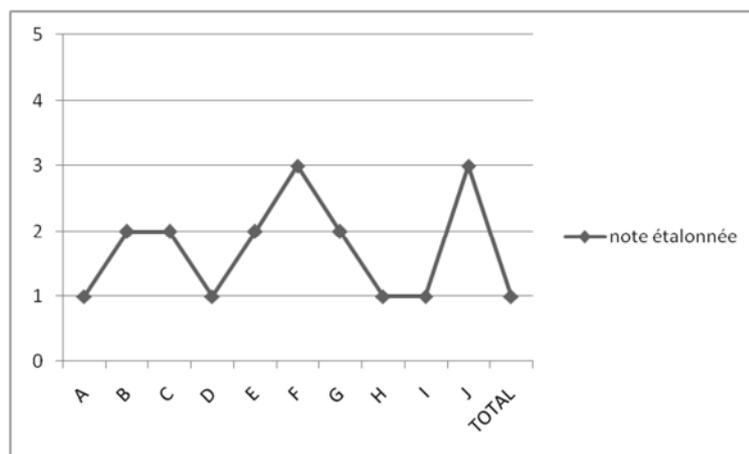


Figure 13 : Représentation graphique du profil G : absence de syndrome psycho traumatique

- **Deuxième partie : délai d'apparition et durée des troubles**

Les signes traumatiques tels que l'angoisse, les réviviscences, et insomnies se sont manifestés directement après l'annonce de la mastectomie et durent jusqu'à ce jour. Une fois l'événement passé, les troubles tels que l'agressivité, l'anxiété, l'hypersensibilité ainsi que la constatations du changement apparaissent entre 3 mois et 6 mois.

### 6.3. Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Nous revoyons madame G pour un second entretien qui se passera cette fois si à la polyclinique d'Amizour, car celle-ci a été mise en contrôle. Comme au premier entretien, le discours de madame G est riche et cohérent.

L'événement dont il est question est rappelons-nous l'annonce de la mastectomie qu'elle subit en octobre 2013 suite à sa découverte d'une petite boule en dessous de son mamelon droit lorsqu'elle prend son bain ; à cet instant, elle pleure et fait part de ce qu'il en est à son mari qui la rassure. Elle ne tardera pas à aller consulter un médecin qui lui fait des analyses et à demander à sa belle sœur de le lui lire au téléphone impatiente et inquiète de savoir si elle était atteinte du cancer. Se trouvant dans son lieu de travail, elle reçoit alors le diagnostic « elle a un cancer du sein » ; elle pleure à cet instant mais est réconfortée de suite par tout le personnel qui vient à

témoigner de leur empathie envers elle « *ouzlend ghorl, ils m'ont réconforté, en dirai dakhem andi khedmer* ».

Mais se qui nous intéresse est bel et bien l'annonce de la mastectomie. En effet, elle reçoit cette nouvelle comme un couteau dans la gorge dit-elle ; elle ressent alors une peur intense lorsque le médecin lui explique qu'il faudrait de préférence enlever tout le sein ; Après lui avoir éclairci longuement les risques qu'elle pourrait engendrer si elle venait à enlever que la tumeur, elle déclare de suite « *enlevez le, enlevez si vous voulez les deux* ». A ce moment, elle s'imagine handicapée, elle, une femme qui prend très soin de son apparence « *azrer imaniw handicapée* ».

Bien renseignée sur la mastectomie, ses risques et autres traitements, elle nous relate le jour de sa chirurgie où elle se dirige au bloc opératoire, confiante, et bien pris en charge par le personnel médical, elle se livre alors à l'opération. Une fois réveillée, elle a très mal « *iqerhyi mlih ,soufghir, amaken sekchamnyi lmous* », sa pensée ne s'est dirigée qu'à la sensation d'un couteau qui lui faisait très mal.

Après huit ans de travail, elle nous raconte les changements que la mastectomie a créés ; ne pouvant plus prendre bien soin de sa fille et de sa maison, elle a dû rentrer vivre chez ses parents, et laisse alors seul son mari qui lui vient à elle chaque week-end et à chaque fois qu'elle a besoin de quelque chose, sa vie de couple se trouve alors désorientée. Quant à son retour à l'hôpital, il ne lui inflige aucune peine ni désespoir, au contraire, elle y vient pour se soigner, afin de se rétablir.

Elle découvre son nouveau corps à un seul sein lors du changement de son pansement par un infirmier qui l'incite à regarder, voyant celle-ci tourner du regard deux fois de suite lorsqu'on lui change le pansement. Plutôt contente et surprise à la vue de sa cicatrice « *ah je m'attendais pas à ça, j'étais contente* », elle nous raconte qu'en fait, elle avait déjà fait des recherches sur internet et vue des cicatrices effrayantes de femmes mastectomisées.

Depuis la chirurgie, elle dissimule le manque de son sein, en mettant en valeur tout son corps par une prothèse, des vêtements, maquillages, et perruques « *je m'occupe de moi, tcamoufflir da3wa, j'ai 4 perruques, elles sont magnifiques,*

*surtout la dernière* » ; elle nous rajoute après ça ,que la chirurgie reconstructrice et prothèses l'intéressent beaucoup, elle envisage d'ailleurs de se refaire un sein quand l'occasion se présentera à elle après bien sûr qu'elle est complètement guérie « *izmer mlhlhel atkhedmer, ça m'intéresse* », enfin nous dit-elle « *si je ne change pas d'avis un jour* ».

Quant aux regards des autres, elle le prend plutôt bien, dans le sens où ces derniers la trouvent toujours coquette, bien vêtue et toujours souriante, elle nous dit à ce moment, que « *Bien sûr qu'ils penseront que je suis bien, puisque je camouffle tout* », or, on remarque que derrière tout ça, elle en souffre. Son conjoint, compréhensif et soucieux de la santé de sa femme n'a changé guère de comportement, de regard envers elle, même si, elle, à l'annonce de sa mastectomie lui avait recommandé d'aller se remarier puisqu'il est jeune et il a droit au bonheur, chose qu'il refusa catégoriquement « *nighes at3awdhet jwej, chetti damezian, brir at3ichet ; isewdhyi se3dhiw mi sennir aka* ». Elle nous rajoute à cela, qu'avec son conjoint compréhensif, elle n'eue aucun rapport sexuel pendant 5 mois, jusqu'au jour où elle se senti prête, qu'elle a fait le pas vers son mari « *ithiby, isber ami ljour iroher nekki ghores, avant on se faisait juste des bisous* ».

Nous arrivons aux relations interpersonnelles où madame G nous affirme qu'elle met au courant tout son entourage familial, professionnel, et amical de sa maladie et de sa mastectomie. Inquiets, ils essayent de l'aider par tout les moyens, moralement, et financièrement « *même glkhedma une quête, même si hamdoullah argaziw ikheddem bien, am la famille, am les collègues 3awnennyié ikel* ».

Etant la première dans sa famille à être atteinte de cette maladie et à subir une mastectomie, madame G espère que cela n'arrive à sa fille et à sœurs ni même à son ennemi « *istmenneghara iwe3dhaw iw, koulch d'sseha* », exprimant par là, que cette maladie est peut-être héréditaire, mais est donnée par dieu, on ne peut qu'accepter se qui nous est infligé.

#### **6.4. Synthèse et discussion du cas**

Les résultats du questionnaire traumaq nous livre que l'annonce de la mastectomie n'a engendrer de traumatisme chez madame G, obtenant ainsi une note brute de 23, étalonnée de 1 ; même si des manifestations de certains signes comme la perception de la mort, les troubles du sommeil engendrés par les cauchemars répétitifs, et la difficulté à se rappeler de l'événement et donc les reviviscences sont remarqués par le mécanisme de défense de l'évitement et celui du refoulement; ainsi que l'anxiété, l'agressivité, et l'hypersensibilité qui sont apparues dans la durée de 3 à 6 mois.

En analysant les réponses de madame G aux questions qui composent le guide d'entretien, nous constatons que cette dernière est bien renseignée par la maladie, la mastectomie et ses effets. Pour éviter le regard des autres et être elle-même en bonne assurance, madame G utilise des perruques et différents habillages et cosmétiques pour camoufler l'absence de son sein.

Consciente du changement provoqué par cette maladie et ces traitements, madame G reste confiante et motivée quant à sa guérison, et envisage même de profiter de la vie tant qu'elle est en vie, en profitant de son entourage familial et amical qui l'ont soutenu tout au long de son parcours.

## 7. Le cas de madame H

### 7.1. Présentation du cas

Agée de 31 ans, madame H est une femme mariée et mère d'une petite fille de 4 ans ; n'ayant pas été à l'école elle est une simple femme au foyer qui ne présente aucun problème de santé physique ou psychologique. Jusqu'au mois de juillet 2013 où elle subit une mastectomie du sein gauche à l'hôpital Mustapha Bacha d'Alger avec un curage ganglionnaire, elle bénéficie par la même occasion d'une intervention psychologique sur place.

### 7.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq :

Souriante durant la passation, elle ne trouve pas de problème à parler de sa vie, de son cancer et ne cesse de se référer à la volonté de dieu pour justifier ce qui lui arrive.

- **Première partie : les réactions immédiates et les troubles psycho-traumatiques**

| Echelles        | A  | B | C  | D | E  | F | G | H  | I  | J | Total |
|-----------------|----|---|----|---|----|---|---|----|----|---|-------|
| Notes brute     | 15 | 6 | 10 | 9 | 12 | 3 | 0 | 15 | 11 | 1 | 82    |
| Notes étalonnée | 3  | 3 | 4  | 3 | 4  | 2 | 1 | 4  | 4  | 2 | 3     |

**Tableau 10 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas H**

Ses réponses à l'échelle A du traumaq révèlent ses réactions au moment de l'annonce de son cancer du sein et de sa mastectomie ; où elle ressent une forte angoisse et frayeur qui la projette dans un état second où seul la conviction de mourir lui traverse l'esprit, toutefois accompagner d'intense manifestation physique (tremblements, sueur, nausées...) madame H ne se sent ni impuissante, ni abandonnée à cet instant. Ses résultats sont donc évalués d'une note brute de 15, étalonnée de 3.

Les réponses de madame H aux différentes échelles du questionnaire décrivent son état depuis l'évènement. Celle-ci se caractérise par des résultats étalonnés allant d'une note de 3 à 4 pour les notes brutes suivantes qui sont ; de 6 à l'échelle B démontrant une forte intensité des réviviscences, et répétitions de l'évènement durant

la journée, accompagner d'une intense angoisse (items B1 et B4). De 10 à l'échelle C, qui rapporte une forte intensité des troubles du sommeil avec une grande difficulté d'endormissement, de réveils nocturne et de fatigue au réveil (items C1, C3, C5), sans la manifestation de rêves où cauchemars terrifiant ayant un rapport avec sa mastectomie.

Avec une note brute de 9, l'échelle D nous dévoile les changements que connaît madame H, en effet son quotidien est souvent mouvementé par une forte anxiété, tension et crises d'angoisse, ainsi qu'un fort évitement phobique des hôpitaux qui constituent le lieu de l'évènement (items D1, D2 et D3). Elle se sent malgré ça en sécurité et ne trouve pas le besoin d'éviter les situations spéciales évoquant l'évènement (télévision ou discussion).

Elle devient alors plus méfiante, irritable et ne maîtrise plus ses nerfs comme avant. Préférant fuir les situations insupportables, elle ne craint tout de même pas de perdre le contrôle car celle-ci déclare ne pas avoir de comportements agressifs quand elle répond aux items de l'échelle E qui est évaluée d'une note brute de 12.

Les deux dernières échelles étalonnées de 4 sont ; l'échelle H à la note brute de 15, qui met en évidence la perte d'intérêt de madame H envers des choses importantes, ainsi que son manque d'énergie et d'enthousiasme qu'elle justifie par la faiblesse de son corps depuis la chirurgie. Cet état la met dans une profonde tristesse accompagné souvent par des crises de larmes. Malgré Son avenir qui lui paraît ruiné, sa faible tendance à s'isolé et son refus des contacts cela n'empêche pas le bon déroulement de ses relations affectives et conjugale où elle n'hésite Pas à dire que sa vie de couple est resté la même.

L'échelle I quant à elle avec une note brute de 11, permet à madame H d'avouer à partir de ses réponses, qu'elle se sent responsable de son cancer et même coupable d'avoir perdue son sein lors de la mastectomie. En effet, envahit par le sentiment de ne plus être comme avant, sa vision de la vie ne change tout de même pas. Malgré qu'elle déclare se sentir dévaloriser, elle ne se sent pas pour autant humilié et ne ressent aucune haine où colère violente.

Cependant, madame H obtient des notes étalonnées entre 1 et 2 aux échelles G avec une note brute de 0 ne signalant alors aucun trouble cognitif, F à la note de 3 affirmant l'absence d'addiction et de détérioration de l'état de sa santé, sauf une faible variation de son poids et J avec une note brute de 1, révélant son sentiment d'erte incomprise par son entourage.

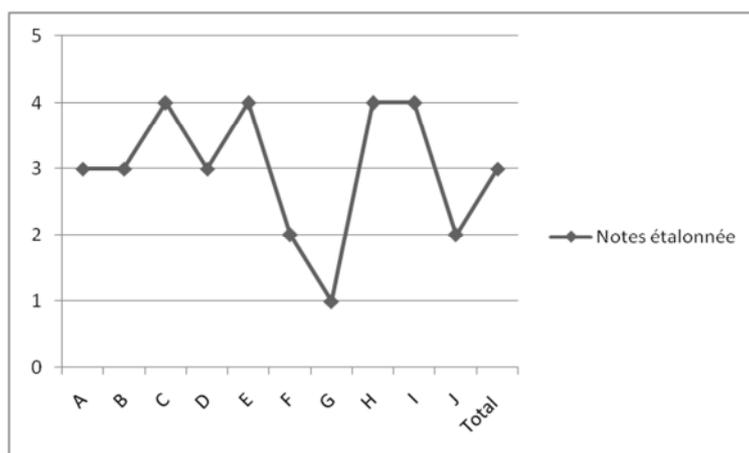


Figure 14. Représentation graphique du profil cas H ; Syndrome psycho traumatique moyen

- **Deuxième partie : délai d'apparition et durée des troubles.**

Les différents troubles dont souffre madame H tel que les réviviscences, les insomnies, l'anxiété et l'angoisse ainsi que la culpabilité, se manifestent tout de suite après l'annonce de sa mastectomie et dure jusqu'à ce jour. Quant aux changements d'humeur et de comportement (tristesse, hypersensibilité, irritabilité et évitement phobique) leurs apparition ne se fait qu'après l'intervention (1mois après l'annonce).

### 7.3. Présentation et analyse de l'entretien de recherche :

Durant l'entretien, madame H toujours très collaboratrice parle de l'annonce de son ablation, racontant qu'elle ne croyait pas en sa maladie par absence de douleur. Elle décrit ce moment avec un seul mot « *sadma* », elle voit en ce moment toutes les femmes dans la salle d'attente qui pleuré leurs souffrance, « *baathouli rebi imtihan bah ichouf ida nesbar, ida machi kafra* ». N'ayant aucune information concernant la mastectomie, elle ne croyait pas que le cancer est une maladie meurtrière. En effet à ce moment elle ne pense qu'à retirer son sein atteint, encourager par son mari qui lui dit

clairement « *et ombaad yek sein berk kheli inehih* » en avouant que si il ne l'avait pas dit ainsi, elle n'aurait pas subi cette ablation.

Elle puise son courage dans la religion, ce qu'elle exprime clairement dans ses phrases en parlant du jour de la chirurgie « *dewacht, selit, kount sayma, d3it* » et au moment de son réveil, où elle affirme n'avoir pensée à rien « *walou, cheda fi rebi, li kan lazem issir sra* ». En revanche le gonflement de son sein créé par le pansement, lui fait croire à son réveil que son sein était toujours là, un infirmier lui confirme rapidement le contraire.

A partir de ce jour, tout ce qu'elle entreprend lui fait rappeler cet organe manquant, rien ne la gêne à part « *beli naqsa* », réplique t'elle. Quand elle parle de son nouveau quotidien elle souligne le fait qu'elle ne peut plus faire ce qu'elle aime et qu'elle n'est plus elle-même, « *tbadlet akliti, nechti cheghol o maneqderch ndir...dima naqsa !* ». Qui est le contraire de ce qu'elle décrit de sa vie d'avant « *nchouf edenia chaba, li jayni khhir meli aandi, kan 3andi hamass* ». Elle garde cependant un esprit courageux, même au moment de son retour à l'hôpital le même réplique reviens, « *hada wach qetabli rebi* » ; il faut savoir qu'elle vient seul par bus de la wilaya de Sétif pour sa cure de chimiothérapie.

« *Naqsa dima naqsa mahma kan* », une phrase que madame H répète encore notamment en parlant d'elle et de sa perception de son corps, n'ayant pas eu de réaction particulière à la première vue de sa cicatrice où elle déclare « *welit enchouf berk, nemseha, ndirelha zit* » elle envisage tout de même d'utiliser une prothèse mammaire à la fin de son traitement chimio-thérapeutique. Même si pour elle ça ne remplacera pas la vrai, « *machi kifkif* ». Malgré ça, elle n'ait pas déranger par le regard des autres en répliquant par un « *normal ghelabt rohi bel iman, ghir ana li sghira* ».

Les réponses de madame H, révèlent ainsi à quel point l'atteinte de cette maladie à son jeune âge est pénible pour elle, et pour ses proches, qui réagissent par stupeur à la connaissance de sa maladie « *kheleo ma amnouche* ». Elle préfère donc ne prévenir que les plus proches (son mari et beau père) avant la mastectomie, et le reste de sa famille à son réveil de cette dernière ce justifiant par cette phrase « *iweliw idekhlouli* ».

*echak, merd aadi, ibanelhom meita khelass* », et réplique avec fierté « *harro fia mnin jak el courage* ». Elle affirme par ailleurs l'importance de la présence et du soutien que ses proches lui offrent, « *taa esah ana weqafthom, ki chafouni waqfa weqfo maaya* ».

Madame H ne cache surtout pas le soutien que lui offre son conjoint « *wqef maaya* », elle le décrit de « *hayel* ». Celui-ci est devenu plus aimant et plus attentionné depuis sa mastectomie, et n'a aucun problème à la vue de la cicatrice de sa femme. Elle avoue par la même occasion avoir peur qu'une autre de sa famille en soit atteinte, « *jerabto, walefto, mi manehmalch ki naaref wahda rahi bih* ». Elle cherche donc à s'adapté a sa maladie sans pour autant accepté qu'elle touche une jeune femme de son âge, « *ghadni el hal min jat aalya, ana sghira gaa li mrad qbar fi laamer* ».

#### 7.4. Synthèse et discussion du cas

Avec un score brut de 82 au questionnaire Traumaq, qui est étalonnée d'une note moyenne de 3, les résultats de madame H sont évalués cliniquement de traumatisme moyen, caractérisé par un très fort étalonnage de 5 à l'échelle J, celui de 4 aux échelles C, E, H et la manifestation de troubles du sommeil et dépressif, ainsi que différentes réactions tels que la peur demourir, perte du contrôle de soin, irritabilité, et comportement, sans oublier les reviviscences qui font parties de sonquotidien depuis sa mastectomie. Pareil pour le reste des troubles que madame H présente.

A partir de son discours, nous remarquons qu'elle considère sa vie comme ruinée depuis sa mastectomie. Utilisant la religion comme moyen de défense, en effet ; elle se rattache à dieu pour trouver son courage et utilise a foie pour trouver réponse à la question « pourquoi moi ? », elle affronte donc cette nouvelle situation seule, malgré le soutien que lui offre son entourage.

Tout porte à croire par là qu'elle ne se rend pas compte de la gravité d'un cancer vu son ignorance de ce qui touche à cette maladie et ses traitements, en plus de l'absence de douleur avant son diagnostic, il est donc difficile pour elle de croire à ce cancer, soutenue par son mari, elle cherche par tous les moyens à rester forte et fait face aux difficultés afin de satisfaire son entourage.

## 8. Cas de madame I

### 8.1. Présentation du cas

Madame I est une femme au foyer âgée de 44ans, mère de trois enfants, deux filles âgées de 22, 25ans et d'un garçon âgé de 11ans. De parents divorcés, et vécue une enfance très dure, madame I n'a jamais été à l'école, et donc ne possède aucun diplôme ni qualification.

En 2013, madame I subit une intervention chirurgicale de son sein gauche avec curage ganglionnaire suite à l'annonce de son cancer qui fut diagnostiqué huit mois avant. En effet, ayant une phobie des blouses blanches, elle refusait de faire des examens pour confirmer sa maladie. Soutenue par sa famille, elle décide enfin de faire des analyses, et subit donc sa mastectomie, qui lui laissa une cicatrice à la place de son sein. Ayant bénéficié de soutien psychologique lors de son séjour à l'hôpital, madame I est actuellement en chimiothérapie.

### 8.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq :

Lors de la passation du questionnaire à madame S, madame I a demandé elle-même à participer à la recherche, son besoin de parler et d'être écoutée s'est senti tout au long de la passation.

A fleur de peau, et très sensible, madame I nous fait part d'un événement qu'il l'a profondément marqué depuis son enfance, celui du conflit avec son père, qui s'est remariée et a eu d'autres enfants. Nous reviendrons sur son point quand nous aborderons le sujet des relations interpersonnelles.

- **Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques**

| Echelles         | A  | B | C | D | E | F | G | H | I | J | Total |
|------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Notes brutes     | 20 | 4 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 7 | 0 | 4 | 43    |
| Notes étalonnées | 4  | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2     |

Tableau 11 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas I

Elle obtient une note étalonnée de 4 à la première échelle, qui englobe les réactions physiques et psychiques pendant l'événement, manifestant par là, la frayeur et l'angoisse produite par cette annonce qui la met face à la mort (item A1, A2, A6). Événement passé, madame I revit constamment durant la journée, l'annonce de son cancer, notamment de sa mastectomie qui lui procure de l'angoisse, qui diminue au fur et à mesure du temps, notant une note étalonnée de 2 (réponses B1, B4).

Ses réponses aux trois échelles C, D, et G font la même note étalonnée de 1. En effet, madame I présente de faibles troubles de sommeil, de mémoire, notamment d'état d'insécurité et des évitements phobiques. Depuis l'événement, elle rencontre de légères difficultés d'endormissement, de concentration, ainsi qu'une crainte de se rendre dans des lieux lui rappelant l'événement.

Quant aux échelles E, et F dont la note est étalonnée de 2, pour les notes brutes suivantes : E= 3, F=2, elles expriment l'augmentation de l'irritabilité, entre autre, les réactions physiques comme les tremblements, et palpitations que subit madame I suite à l'événement de l'annonce de la mastectomie, et tout ce qui a rapport avec sa maladie.

L'échelle H dont la note brute est de 7, étalonnée de 3 nous restitue que madame I, sensible qu'elle est, est souvent d'humeur triste, et perd son enthousiasme suite à ce qui s'est produit. Des crises de larmes concernant son état actuel viennent s'ajouter à son quotidien qui bien avant, lui était affligeant. Néanmoins le sentiment de culpabilité et de honte n'est pas ressentie par cette dernière (échelle I, note brute 0).

L'échelle J à la note brute de 4 qui est étalonnée de 3, vient nous rendre compte de la qualité de vie de madame I où celle-ci est soutenue par son entourage, hormis son père qui refuse toute relation avec elle, la rendant malheureuse ; Elle recherche davantage la présence d'autrui. Suite à son ablation, son quotidien se trouve chamboulé, car elle n'effectue plus les tâches habituelles, et donc se sent impuissante.

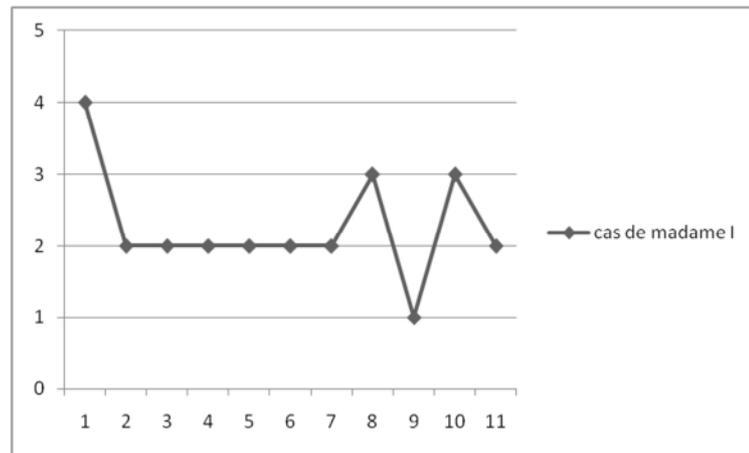


Figure 15. Représentation graphique du profil cas I : Syndrome psycho traumatique léger

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles décrits**

D'après les résultats obtenus par le questionnaire traumaq, les signes traumatiques se sont manifestés immédiatement après les faits et leur déclenchement se fait au moment de l'annonce et après l'intervention. Toutefois, ils diminuent au fur et à mesure que le temps passe en fonction de l'état physique, et surtout moral de madame I.

### 8.3. Présentation et analyse de l'entretien de recherche :

Toujours coopérative et très à l'aise, nous revoyons madame I une deuxième fois, où nous remarquons une amélioration quant à son état physique. Elle nous communique qu'elle a éprouvé lors de la première passation, un bien être de parler avec nous de ses souffrances.

Nous commençons à aborder les questions du premier axe. Rappelons que madame I, avait refusé de faire des analyses pour confirmer sa maladie, car elle avait une peur bleue des blouses blanches. En effet, ce n'est qu'après l'intervention d'un psychologue, notamment des encouragements de sa famille que cette peur diminua. Elle nous raconte que lors de l'annonce du diagnostic, elle se retrouve dans un état second, voyant en face d'elle que la mort « *o3limghar-ak andi llir, ma tchir nar swir* », ne croyant pas ce qu'il lui venait d'arriver, elle s'évanouit et pleure, imaginant ainsi la mort, la fin de sa vie « *goumer ak adhqeber anechthen, ghlir dokher,*

*ohbisghara s imtawen,niras lehlakh ayi ara yinghen* »,ou encore « *nwir delmouth,tekfa dounith iw* ».

Ayant comme information que la maladie causait la mort, elle ne connaît pas au juste se qu'est la mastectomie, jusqu'à ce qu'elle soit malade « *tmekhthayerd kene f widhekh kene igmouthen, tadjart-ner temouth 3ladjalis, ougadher aytedhro am netath* ».

Une fois rendue à l'hôpital, madame I est angoissée, mais après avoir vu qu'elle n'était pas la seule à être amputé d'un sein, elle reprit un peu courage « *mi zrir machi siwa neki iksen taboucht iw, ikysi chitouh lkhouf, ouma doqbel, mara kechmer r sbitar itetafyi lweswes* », néanmoins elle appréhendait le moment où elle verra son corps changé « *mi teddor rlbloc, qagheras kene amekh ara tiller imaniw* ». Une fois réveillée, elle est soulagée de faire toujours partie de ce monde, et l'essentiel était pour elle sa guérison « *chrel targuith, ferher mi doukhir, de3or qageras kene hamdoullah mi deldir alniw, adhehlor, daya kene* ».

Sa vie avant la mastectomie, elle la décrivait ainsi : je m'occupais, je faisais le ménage, je partais à la collecte des olives, et cela me permettait de ne pas penser à mes soucis, et problèmes, notamment à mon père « *llir cherghler, berzagh, leqter azemour, asmi khedmer, oulech akhemmem r les problèmes , f baba*», or depuis sa mastectomie, elle ne peut plus effectuer ses tâches ménagères qui rappellent nous lui faisaient oublier ses problèmes. Néanmoins, elle dit avoir plus de temps pour sortir, et voir les gens. Peur de se soigner pour n'importe quelle maladie, madame I, angoisse à chaque fois qu'elle se rend à l'hôpital ; c'est après l'intervention d'un psychologue au niveau du service d'oncologie, qu'elle reprit courage « *mi qler r sbitar, ifryié le3qel,hamdoullah tehdher didhi la psychologue,ikechmyi imiren le3qel* », disant qu'après consultation, elle sortait toute contente de l'hôpital « *qarreghes dacho ara ydini tbib,wasma defgher sina, ferhegh* » .

Redoutant tout ce qui lui vient à elle, madame I avait peur de voir la cicatrice à la place de son sein, mais cela, n'était que son appréhension, car finalement, à sa vue, il n'en ressort que satisfaction, celle d'avoir jeté un organe infecté « *gghired lkhel3a,mais ami tezghir,ouyitqeleqara, kser lhem* » ; elle percevait son corps

ordinairement « *am zikh am toura* », remerciant dieu que ce ne soit pas un organe vital « *hemdher rabbi chekreth machi tassa, nar ayne natane,ouma taboucht oyitoqi3ara lme3na mi thelara* ». En ce qui concerne le regard des autres, dans les trois premiers mois qui suivirent l'ablation, elle craignait de les entendre parler, mais avec le temps passé, elle devint indifférente à cela « *llir tagadher asler i lehdhour nsen, toura toq3ayi lme3na, anechtha rabbi thdifken* ».

Soutenue par son conjoint, elle affirme que celui-ci n'a changé guère à son égard, et que le changement dont elle a été victime, ne lui pose aucunement problème « *ouyenedal arek, normal* ».

Nous enchainons avec le dernier axe « relations interpersonnelles » où madame I nous assure que toute sa famille était au courant de sa maladie et de sa mastectomie, qui l'ont épaulé tout au long de son parcours rempli d'obstacle « *arrawiw dorgaziw llen didhi, ouyidjinara* » ; en pleurant ,elle nous parle à ce moment là de son père, qui n'a même pas chercher après elle, il y a de cela six ans, pour cause, que celui-ci, remarié, n'admettait pas qu'elle reprenne contact avec sa mère « *ouyhoufa ara même pas felli, i3awed jwej, iwfed sebba syemma mi qler hedrer didhes* ».Résidant dans le même quartier, son père est au courant de la maladie de sa fille ainée, il n'a jamais osé faire le pas pour reprendre contact ni même pour prendre de ses nouvelles « *oye3lim ara zy, oqidseqsa même pas felli mi helkher, 3elmen ak, nezder g yweth ntaddart* ».

Lorsqu'on lui pose la question : Avez-vous une proche atteinte de cette maladie et qui comme vous a subi cette chirurgie, elle nous répond par « *non* », priant dieu que ce ne soit pas héréditaire « *tagadher farrawiw, dnohenni idelfamilew, de3or irabbi ouhelkhe ara yer lehlakh* ».

#### 8.4. Synthèse et discussion du cas :

Après avoir obtenue une note brute de 43, étalonnée de 2 suite à la passation du questionnaire Traumaq, madame I présenterait un traumatisme léger suite à l'annonce de la mastectomie qui a engendré en elle, comme nous l'avons vu lors de la passation du questionnaire ainsi que du guide d'entretien, une frayeur et une angoisse intense à chaque fois que les souvenirs de l'événement se présentent à elle, ainsi qu'une plus

forte irritabilité par rapport à sa maladie. Madame I n'a pas connu l'éducation scolaire et son père s'est remarié d'où une détérioration des relations avec le paternel. Appréhendant négativement la vue de son corps avec un seul sein, madame I craint le regard des autres et le évitent au maximum. Néanmoins après avoir subi la mastectomie et avec l'aide et soutien de ses proches, elle arrive a accepté son corps à un seul sein, malgré qu'elle a vu la mort en face d'elle le jour même de l'annonce.

## 9. Cas de madame J

### 9.1. Présentation du cas

Enseignante de français à la retraite, madame J âgée de 63 ans. Mariée mère de quatre enfants, et actuellement grand-mère vivant une vie simple et paisible avec pour seul problème son traitement d'insuline qu'elle prend contre son diabète, jusqu'en 2010 où elle subit une mastectomie du sein gauche à l'hôpital Mustapha avec une intervention du psychologue hospitalier.

### 9.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq

Au moment de la passation du traumaq, madame J se trouve allongée sur le lit d'hôpital en pleine cure de chimio, elle se redresse alors pour mieux répondre au questionnaire.

- **Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychosomatiques**

| Echelles         | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | Total |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Notes brutes     | 8 | 1 | 1 | 2 | 2 | 5 | 0 | 5 | 4 | 1 | 29    |
| Notes étalonnées | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2     |

**Tableau 12 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas J**

Madame J, obtient une note brute de 8, qui est étalonnée d'une note de 2 qui exprime une très forte intensité de frayeur et de conviction de mourir qu'elle ressent au moment de l'annonce, qui sont accompagnées d'une faible angoisse et sentiment d'impuissance, sans manifestation physique telle que (tremblement et nausées) ou le sentiment d'être seul.

Depuis l'évènement, les résultats du traumaq sont marqués par une note étalonnée de 3, la plus élevée aux échelles F et H aux quels madame J obtient une note brute de 5, qui dévoile des réactions psychosomatiques remarquées par, une très forte variation de poids et une forte détérioration de son état physique général, sans manifestation physique au moment des reviviscences ou l'augmentation d'une consommation de

substance. Ces résultats expriment aussi un fort manque d'angoisse et d'enthousiasme depuis sa mastectomie, ainsi qu'une faible lassitude, fatigue et crise de larme qui la pousse à avoir l'impression que sa vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Néanmoins, elle ne trouve pas de difficultés dans ses relations affectifs où a s'isoler et refuser le contact, l'avenir pour elle ne parait donc pas ruiné.

Avec une note étalonnée de 2 les échelles B,C et J avec une note brute de 1, D et E avec une note brute de 2 ainsi que l'échelle I avec une note brute de 4, révèlent ; de faible réviviscences de sa mastectomie sans la manifestation d'angoisse, ou de difficulté à parler de son intervention ainsi qu'une absence des troubles du sommeil où seul une faible fatigue au réveil est signaler. Ces résultats de madame J ne signale aucun changement ; en effet ils ne révèlent aucun sentiment d'incompréhension ou d'abandon, celle-ci se trouve bien soutenu par ses proches seul l'impression que ses performance ne sont plus les même qu'avant la perturbe.

Madame J manifeste, une forte intensité d'évitement phobique des situations ou spectacle qui évoque sa mastectomie sans pour autant craindre de sen rendre à l'hôpital. Ne signalant pas la présence de sentiment d'anxiété ou de crises d'angoisse, elle signale une faible méfiance et difficultés de maitrise des crises de nerfs, sans être non plus vigilante, irritable ou agressif. Elle présente un faible sentiment de responsabilité, culpabilité de sa mastectomie, sa façon de se voir, de voir les choses et dont les autres la voit change, elle pense faiblement qu'elle n'est plus comme avant sans se sentir humilié ou dévalorisé. Elle ne manifeste cependant pas de troubles cognitifs tels que le manque de concentration ou les trous de mémoire.

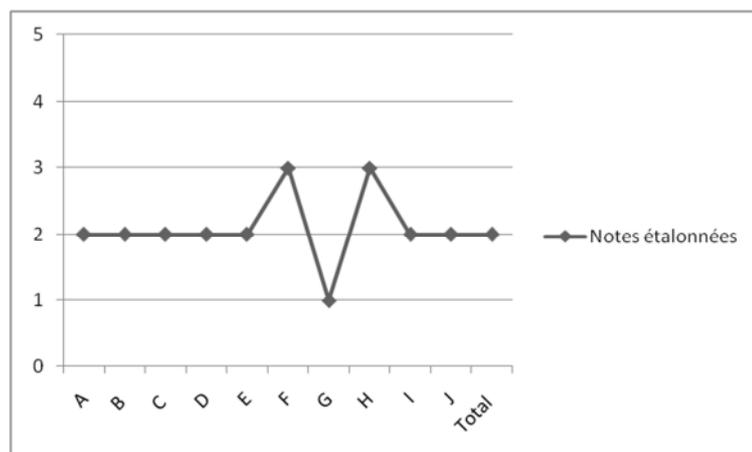


Figure 12 .Représentation graphique du profil cas J : Syndrome psycho traumatique léger

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles décrits**

Madame J ne manifeste pas de troubles de sommeil, crises d'angoisse et évitement phobique, non plus pas d'agressivité, réaction physique, troubles addictifs, troubles cognitif, isolement ou de honte. Seul un sentiment de culpabilité, hypersensibilité ainsi qu'une perte d'énergie et un problème de santé depuis le jour de l'opération jusqu'à nos jours. Un autre trouble celui des réviviscences du jour de l'annonce de la mastectomie qui se manifeste un mois après l'évènement.

### 9.3. Présentation et analyse de l'entretien clinique

Comme à son habitude madame J, ne présente pas de difficulté à s'exprimer et commence par nous raconté sa première consultation pour un kyste dans son sein gauche, ce jour là le médecin éloigne l'hypothèse du cancer et lui assure de n'avoir rien, elle se sent alors soulagé mais reste toujours intrigué quant à sont sein qu'elle voit rétrécir jour après jour sans qu'elle aille consulter de peur d'entendre un autre diagnostic. Ce n'est que quatre ans plus tard que le médecin diagnostic un cancer du sein chez madame J et lui annonce sa mastectomie.

A ce moment là, elle dit avoir ressenti de la frayeur « *khouf, ro3b* » et avoir pensé à la perte de son sein, « *rah yenqos* ». Etant seul au moment de l'annonce elle ne manifeste aucune réaction et se trouve dans l'incapacité de dire un mot, elle s'imaginer comme condamné « *mayerhamch* ». Pour elle, c'est la mort qui l'attend d'après ce

qu'elle connaît de cette maladie « *nesameo biha, matto des femmes après quelques mois de leurs opération* », elle ajoute « *alabali beli, elle ne pardonne pas* ».

Le jour de la mastectomie, son intervention se trouve reporté par crainte d'hémorragie car celle-ci avait pris de l'Aspégic (antalgique), « *fraht* », à son réveil ses premiers mots sont « *hamdoulah* », où elle compare son réveil à un retour de la mort « *meytok o hyawek* ».

Lorsqu'elle nous décrit sa vie avant la mastectomie, qui était « *normal, hamdoulah* » sa vie est donc paisible apriori, pareil pour son quotidien depuis la mastectomie le mot « *normal* » revient dans son discours, de même pour ses retours à l'hôpital où sa seule plainte reste celle des coupures d'appétit durant les quatre premiers jours qui suivent sa séance de chimiothérapie. Un seul changement lui pose problème, celui d'être incapable d'accomplir les tâches simples d'avant ; en effet elle se trouve très vite épuisée en faisant de simples tâches ménagères.

En ce qui est de sa perception de soi, celle-ci ne change pas, même à la première vue de sa cicatrice « *thenit* » ; en effet elle se voit débarrassée d'un probable risque de mort, et refuse toute chirurgie de reconstruction même le port d'une prothèse, expliquant qu'elle était âgée et avait vécu sa vie.

Pareil pour son conjoint qui continue à la voir comme avant « normal », sans avoir eu une réaction particulière, même chose à dire pour ses proches, contrairement au moment de l'annonce à ces derniers « *khafo, kheleo* », c'est pour cette raison qu'elle ne voulait prévenir personne « *au début mabghitch, nqol* », surtout qu'elle est la seule à en être atteinte de la famille « *nchallah je serrait la dernière* », ne souhaitant à aucune femme de sa famille cette souffrance.

Ce qui explique sa crainte du facteur héréditaire « *nwesihom, attention !* », malgré qu'elle ne croit pas que ça pourrait être due à l'hérédité, elle se rappelle du sevrage brutal de sa fille à quatre mois, ceci remonte à des années et elle pense que ça doit être la raison de sa maladie. Elle n'oublie pas d'exprimer sa joie du soutien que lui propose sa famille surtout ses enfants « *okol maaya, hayrin makhelawnich* ».

#### 9.4. Synthèse et discussion du cas

Avec un score brut de 29 qui est étalonnée de 2, évaluant cliniquement les résultats du traumaq de madame J, d'un traumatisme léger, caractériser par une note étalonnée de 3 aux échelles F et H de 1 à l'échelle G, signalant par là des réactions dépressif moyenne, tel que le manque d'énergie et épuisement qui pourrait s'expliquer par le faible état de santé provoquer par les traitements néo-adjuvant d'une mastectomie.

Elle ne présente toute fois aucun trouble cognitif, celle-ci se trouve parfaitement consciente de sa mastectomie et de ces conséquences ce qui explique sa très forte peur de mourir, mais aussi son sentiment de culpabilité considérant qu'elle pouvait éviter cela. Ses troubles apparaissent depuis l'intervention et dure toujours, ce qui nous a permis d'analyser à travers son discours, qu'elle ne trouve et ne vie aucun changement et qu'elle ne prête aucune attention aux regards des autres. Même si elle avoue, avoir préférer ne prévenir personne pour ne pas les inquiété mais ne le regrette pas, car elle y trouve un grand soutien de la part de sa famille.

## 10. Cas de madame K

### 10.1. Présentation du cas

Il s'agit de madame K, femme au foyer âgée de 43 ans, mère de quatre enfants, dont trois garçons et une fille âgées de 15, 10, 7, 6 ans. Mariée depuis vingt ans, elle n'a allaité que son premier enfant pendant 17 mois. Ne disposant d'aucun certificat d'étude ni qualification, madame K n'a jamais été à l'école.

Sans traitement médical particulier jusqu'au mois de juillet 2012 où elle présente un cancer du sein, elle subit la mastectomie de son sein droit avec curage ganglionnaire dans une clinique privée à Alger sans bénéficier de soutien psychologique sur les lieux. A présent, elle est sous chimiothérapie. Notons qu'aucun autre problème de santé n'a été diagnostiqué.

### 10.2. Présentation et analyse des résultats traumaq :

Au cours du premier entretien, madame K accepte de participer et de répondre au questionnaire, seulement, nous avons remarqué que ses réponses restaient évasives et incohérentes.

#### Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques

| Echelles        | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | Total |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Notes brute     | 5 | 0 | 0 | 2 | 3 | 4 | 0 | 2 | 2 | 5 | 23    |
| Notes étalonnée | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1     |

Tableau 13 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas K

Madame K obtient une note étalonnée de 1 à l'échelle A indiquant une très forte intensité de frayeur à l'égard du spectacle horrifiant auquel elle est mesurée, sans pour autant avoir eue le sentiment d'impuissance à cet égard, ou encore eue des manifestations physiques suite à l'annonce de la mastectomie. La période suivant l'événement, madame K obtient une note étalonnée de 1 à l'échelle B et C qui n'implique aucune réviviscence, aucun trouble de sommeil, ni angoisse lorsque celle-ci parle de l'événement.

Une note étalonnée de 2 est enregistrée pour les échelles D et E qui regroupent un fort évitement phobique des lieux lui rappelant l'événement, sans pour autant engendrer des crises d'angoisse et changer son comportement en comportements plus agressifs ; En revanche, elle est devenue depuis plus vigilante et attentive aux bruits, et plus au moins irritable lors des regards et chuchotements des femmes de son entourage.

A l'échelle F qui regroupe les réactions psychosomatiques et troubles addictifs, elle enregistre la note étalonnée de 3 suite à la constatation de madame K de la détérioration de sa santé générale suite au traitement chimiothérapique qu'elle poursuit, entraînant ainsi une variation remarquable de son poids ; notons qu'aucun autre problème de santé n'a été identifié. Les troubles addictifs et cognitifs sont inexistant.

L'échelle qui s'en suit représentant les troubles dépressifs révèlent que madame K n'en présente aucun mise à part l'isolement qui est fortement manifesté. En effet, elle évite depuis sa mastectomie toute activité extérieure où elle risque de rencontrer ses voisines, proches, ses connaissances, tels que dans les réceptions, les visites de courtoisie...Etc. (note étalonnée de 2).

L'échelle I enregistre aussi une note étalonnée de 2 ; de sorte que madame K pense que depuis son intervention, elle n'est plus la même, sans pour autant ressentir de l'humiliation et dévalorisation, de la colère ou de la haine suite à l'événement inattendu. L'échelle qui suit et la dernière représente les changements de vie de madame K suite à l'ablation de son sein. Enregistrant une note étalonnée de 3, elle nous avoue qu'après l'intervention, elle ne continue plus à rencontrer ses amis de la même fréquence et rompt des relations avec quelques proches, sans pour autant se sentir incomprise par ces derniers, elle se sent malgré leur soutien, abandonnée. Evitant d'être en contact avec les autres, et donc s'isole, madame K ne peut poursuivre ses activités quotidiennes, même si nous dit-elle qu'elle éprouve autant de plaisir qu'avant à pratiquer des loisirs.

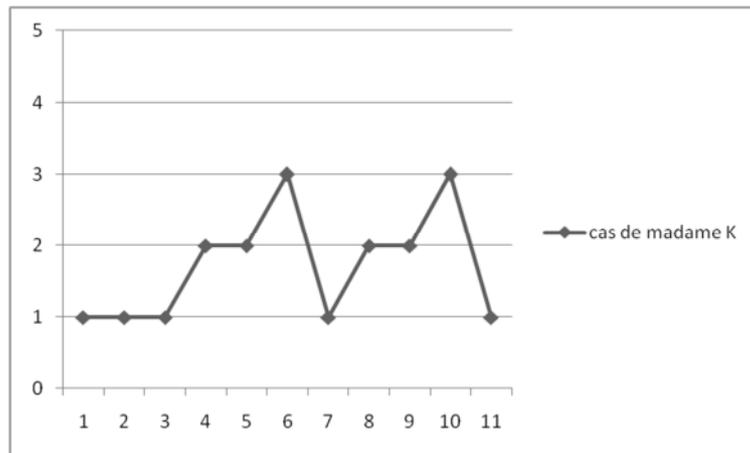


Figure 17. : Représentation graphique du profil cas K : Absence de syndrome psycho traumatique

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles**

Madame K ne manifeste aucun trouble de sommeil, cognitif, et addictif, non plus d'agressivité, de honte et de culpabilité, d'humiliation, de lassitude et d'épuisement, ni de réaction physique, ni de reviviscences. Cependant, les signes traumatiques apparents sont l'isolement en premier, la crainte de rendre dans des lieux lui rappelant l'événement et cela dans la période même qui suit l'événement entre 1 et 3 mois, dont la durée du trouble s'enregistre jusqu'à ce jour.

### 10.3. Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Nous passons un deuxième entretien avec madame K dans une atmosphère un peu plus détendue où elle répond à nos questionnements brièvement avec un discours plus cohérent contrairement au traumaq.

Elle nous raconte qu'elle fait sa découverte d'une boule sur son sein droit lors de son bain dans un hammam ; une fois rendu chez un médecin qui lui fait des analyses, on lui apprend qu'elle subira une intervention pour enlever que la tumeur ; elle nous avoue qu'elle n'a été au courant de sa maladie jusqu'au jour de sa mastectomie. N'ayant donc pas été au courant qu'elle allait subir une mastectomie totale, elle sera opérée avec l'accord son conjoint qui s'évanouit dans la salle d'attente qu'on on lui annonce la nouvelle « *mmi yeldine iwfen terka lhala, rohen nannes iwergaz iw bech akene ksenyit ikel, ikhla3 idokh* ». N'ayant donc pas vécue cette annonce, elle nous

livre ses craintes lors de l'annonce de sa maladie « *akka wella kter* », auquel elle réagit en pleurant, imaginant laisser ses enfants « *trough, adhedjer terwew* ». Elle nous avoue à ce moment là, qu'elle a été plus choquée par l'annonce de la chimiothérapie, d'ailleurs nous dit-elle que durant cette dernière, son comportement a changé, est devenue plus agressive « *tbi3a inou tchangé mmi khedmer la chimio* ».

Elle nous retrace alors le jour de son intervention qui a été programmée pour 11h, où elle se prête à l'opération après avoir prié dieu de la rendre saine et sauve de l'opération pour ses enfants « *normal, f 11H, d3ir adekrer bkhir adeqler r warraw iw* ». N'ayant aucune information sur la mastectomie et autres traitements « *oulech* », en se réveillant, madame K se sent mal par rapport aux vomissements, effet de l'anesthésie qui part.

Quant on aborde l'axe de l'avant et l'après opération, madame K nous fait part des changements créés par la mastectomie ; en effet, depuis son ablation, elle ne peut plus faire les tâches quotidiennes qu'elle avait l'habitude de faire « *lkhedma noumer khedmer, toura ouzmirgh ara, tbib iydinnene senqes* », en plus du changement de son comportement « *tbi3a inou tchangé* ». Elle ressent une certaine lassitude quand elle retourne à l'hôpital, dit-elle qui aimerait les blouses blanches ?, personne « *menho iytdigoutin ara gles blouses blanches, hed* ».

Quant à sa réaction lors de la première vue de sa cicatrice, elle nous dit qu'elle la verra lors des changements de pansements le plus normalement du monde « *zright normal gsbitar* », même si elle était habituée à voir un sein et non une cicatrice, sans pour autant avoir de réactions physiques comme pleurs, tremblements...etc. Elle se voit depuis comme quelqu'un qui a extrait en lui un poison « *kser them* ». Avec la tête, elle nous répond à son désintéressement quant à se refaire un sein et nous explique que quand elle sort de la maison, elle met des boules de coton pour camoufler le sein manquant et cela lui permettait d'avoir de l'assurance et d'éviter le regard des autres. En effet, depuis qu'elle n'a qu'un seul sein, madame K préfère s'isoler et éviter tout contact avec les autres. Elle nous parle du soutien de son conjoint avec qui la relation n'a pas changé « *normal, la3begh didhes am zikh, ous3ighara l problème didhes* ».

L'entourage qui sera au courant en premier lieu par son cancer et sa mastectomie sera son oncle et sa femme ainsi que son mari, qui la soutiendront tout au long de son parcours « *khali tmetoth is, wahi dorgaz iw , c'était pas prévu ayteksen ikkel* ». Depuis son intervention, la nouvelle se répand, et donc l'entourage fini par être au courant de sa maladie et de sa mastectomie, hormis son voisinage qu'elle évite au maximum et à qui elle cache cette nouvelle « *qler outkhalatgh ara, tivitighthent, ma zrghithend khedmer toujours leqten* ». Elle affirme être soutenue par ses siens, même si elle les évite au maximum, car tout simplement nous le remarquons, que madame K, en fait, n'accepte pas finalement son statut de femme mastectomisée.

Elle sera la deuxième dans la famille après sa tante paternelle à être atteinte du cancer et à subir la mastectomie, la réflexion qu'elle nous fait, c'est que sa tante a vécu longtemps malgré sa maladie « *3amti,mais t3ech* ». Elle craint notamment que cela reproduise à un jour à sa fille qui a 10ans ; et prie que cela n'arrive à cette dernière.

#### **10.4. Synthèse et discussion du cas**

D'après la cotation des items du traumaq, madame K obtient une note brute de 23, étalonnée de 1 qui s'accorde à pas de traumatisme. En effet, n'ayant pas été au courant de la mastectomie totale, madame K prend plus mal l'annonce de sa chimiothérapie que de sa mastectomie ; quelques réactions sont apparues, comme l'évitement phobique quant aux lieux lui rappelant l'événement, et un fort degré d'isolement.

En effet, c'est ce que nous avons constaté lors de l'analyse de l'entretien, que madame K fait de son possible pour fuir les gens en s'isolant, ainsi qu'en camouflant par des boules de coton le sein qu'on lui a retiré sans avoir été préparée à l'ablation totale.

## 11. Cas de madame L

### 11.1. Présentation du cas

Madame L est une femme au foyer âgée de 52 ans mariée depuis plus de 30 ans elle est mère de six enfants tous âgés entre 11 et 31 ans .n'ayant pas été à l'école de sa vie madame L ne possède aucun diplôme ni qualification ; issue d'une famille d'accueil riche elle se retrouve mariée à un homme ayant une situation financière modeste.

En 2000 elle subit deux mois après l'annonce de son cancer du sein, une mastectomie du sein gauche accompagnée d'un curage ganglionnaire au service sénologie du CHU Mustapha Bacha d'Alger. Sans bénéficier de soutien psychologique sur les lieux elle poursuit le traitement chimiothérapique nécessaire, elle se présente quatre ans plus tard à l'hôpital pour une récurrence de son cancer ou son état est décrit comme non satisfaisant (moyen), suite à une métastase osseuse en 2011 elle débute un traitement hormonal et reprend les contrôles et chimiothérapie en comprimés début 2013.

Actuellement son état ne connaît pas d'amélioration, elle ne peut plus bouger et se retrouve alitée et transportée dans une chaise roulante, avec pour souvenir de sa mastectomie une cicatrice à la place de son sein gauche.

### 11.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq

Lors de la passation du questionnaire madame L allongée, fait l'effort de se redresser pour mieux répondre et parler de son état tout en retenant ses larmes on a pu observer chez elle un besoin de s'exprimer de raconter sa maladie.

- **Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychosomatiques**

| Echelles         | A  | B  | C | D | E | F  | G | H  | I  | J | Total |
|------------------|----|----|---|---|---|----|---|----|----|---|-------|
| Notes brutes     | 24 | 10 | 5 | 6 | 9 | 11 | 1 | 12 | 13 | 3 | 94    |
| Notes étalonnées | 5  | 5  | 3 | 3 | 3 | 5  | 2 | 4  | 4  | 3 | 4     |

Tableau 14 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas L

A la première échelle A « pendant l'événement », elle obtient une note brute de 24, la plus élevée qui est étalonné de 5 exprimant par là son angoisse élever ainsi que sa rencontre avec la mort (items A2, A6) ou elle avoue n'avoir pensée qu'à sa mort. Depuis l'événement Madame L laisse paraître dans ses réponses noté de 10 à l'échelle B celle-ci est élever et est étalonné d'une note de 5 signalant la présence de symptômes pathognomonique intense, une difficulté accompagner d'un fort angoisse au moment des flashbacks (réponses B1, B3, B4).

Ses réponses aux trois échelles qui suivent sont étalonnées d'une note de 3 pour les notes brutes suivantes, (C=5, D=6 et E=9). En effet madame L présente de faible troubles de sommeil, d'état d'insécurité et d'hyper vigilance contrairement aux évitements phobiques (item D3), à l'hypersensibilité et l'irritabilité (item E3) qui sont d'une très forte intensité. il est vrai que depuis l'événement elle trouve que ses réactions ont changé et qu'elle n'est plus la même, chose qu'elle remarque surtout dans son comportement tendu avec son mari.

Quant aux réactions psychosomatiques et physiques leurs note brute est élevé à 11 étalonné de 5 reflétant son état de santé, qui est de plus en plus affaiblie, remarqué par sa perte de poids qui diminue à vue d'œil. Cependant aucun trouble addictifs n'est a signaler. de même pour les troubles cognitifs où la note brute de l'échelle G est de 1, étalonnée de 2 ne fait remarquer qu'une faible difficulté a se concentré (item G1) sans perte de mémoire ou difficulté d'attention.

L'échelle H à la note brute de 12 et J à celle de 13, sont toutes deux étalonnée d'une note de 4 ; rapportant une forte intensité des troubles dépressifs chez madame L qui est souvent d'humeur triste. Des crises de larmes viennent accompagner son quotidien depuis la chirurgie, elle pense alors que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, l'avenir est pour elle ruiné. Elle pense même a se suicidé pour en finir avec se changement qu'elle qualifie de souffrance ; en effet l'idée du passage à l'acte n'est pas nouvelle chez madame L, vue qu'elle ait déjà pensée à l'avortement de sa dernière grossesse ( quatre ans après sa mastectomie), justifiée par sa peur d'avoir un enfant atteint d'une mal formation car celle-ci était en plein chimiothérapie après sa récidive.

Il est clair que madame L ne supporte plus les changements de sa vie, ce qui peut être constaté à travers les réponses de l'échelle I (items i6, I7), ainsi qu'un fort sentiment de culpabilité et d'humiliation sans ressentir pour autant le sentiment d'être dévalorisée. L'échelle J à la note brute de 2 qui est étalonnée de 3 quant à elle, vient mettre l'accent sur sa qualité de vie, n'est plus la même depuis qu'elle n'effectue plus ses activités quotidiennes, elle se sent donc impuissante et incomprise depuis l'événement trouvant tout de même un bon soutien de ses proches et ne se sent guère abandonnée, essentiel pour une femme qui cherche davantage la compagnie des autres.

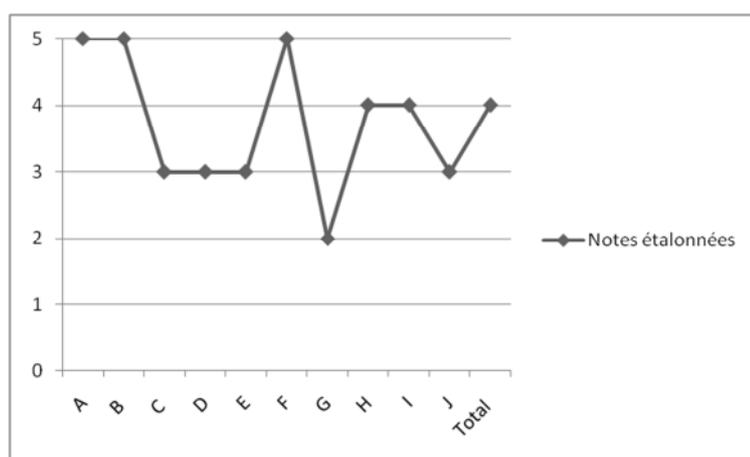


Figure 18. Représentation graphique du profil cas L : Syndrome psycho traumatique intense

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles décrits**

La manifestation des troubles dure jusqu'à présent et s'intensifie à des périodes variables selon l'avancé de son état. Quant à leur apparition, elle se fait au moment de l'annonce et après l'opération, mais aussi au fur et à mesure de la récurrence sans observer de troubles addictifs.

### 11.3. Présentation et analyse de l'entretien de recherche :

Lors de l'entretien madame L plus crispée qu'à la passation du traumaq, reprend tout de même clairement aux questions et fini par se mettre très à l'aise.

Rappelons que l'évènement traumatique est l'annonce de la mastectomie, qu'elle vit à l'âge de 35 ans lorsqu'elle trouve une boule en haut de son sein gauche. Lors de

l'annonce du diagnostic par le médecin, elle pense immédiatement à la mort « *el cancer ougt3eyichara el aabd , outedreghara....tameziant* » il est clair qu'elle voit la fin de ses jours arrivée , à ce moment là elle assure avoir s'être retrouvé dans un état second « *oulighara guer el ibad* » en n'imaginant rien de bon, que sa mort « *el mouth inou kene, arrawiw amekh asentetro ...jamais maginired el hadja el alli* » . Une crainte sans doute accentué par le manque d'informations sur cette maladie et ces soins ou encore, par le fait de n'avoir jamais rencontré de cas similaire avant ca.

Le jour de son intervention, madame L fait une hypertension, ce qui conduit le corps médical à lui faire croire à l'annulation de cette dernière qu'elle apprend avec joie ; avant de la préparer pour une radio, alors qu'elle se dirigeait en vérité au bloc opératoire. A son réveil, sa première pensée ne s'est dirigé vers rien « *oumadakhra, oulach akther wanechthen* ».

Depuis cette évènement, elle confirme avoir tout perdue tout de suite après l'intervention « *koulech irohyi, levsa tayreght* », elle parle là de son corps, sa beauté et sa taille « *zaregh imaniw chebhegh* », affecter par cette perte elle donne ou jette tout ses vêtements. En effet sa beauté et celle de ses enfants l'aide a positiver, a voir le bon coté des choses pour oublier ses multiples problèmes rencontrer au quotidien « *el hadja el aali akther ntin ndiri* », réplique t-elle .

Lors de son discours il est simple pour madame L d'évoquer ses changements de vie les plus marquants « *ikel...seha ynou* », malgré le temps écoulé depuis sa chirurgie (13 ans), ses réviviscences sont toujours aussi intense surtout au moment des contrôles où elle angoisse de son retour à l'hôpital (caractérisant le lieu de l'évènement), elle ne dort pas, devient agressive et se dispute avec son mari qui pour elle, pourrait profiter de cette situation pour refaire sa vie. En effet, à l'annonce de son cancer elle pense clairement, « *argaziw ijves el hal* ».

Autres que les changements de vie, sa façon de voir les autres diffère, elle ne supporte pas leurs regards et leurs chuchotements, « *zaregh neks ...asma adhedren garassen* ». Mais aussi sa propre image remarqué lors de sa réaction, à la première vue de sa cicatrice ; un an après sa mastectomie, « *aytegh ...machi del abd izrigh gulumri delwahch nla télé* », Refusant jusqu'à présent de voir l'absence de son sein, sans pour

autant accepté de porté une prothèse ou d'avoir recours à une chirurgie reconstructrice. Son conjoint lui confirme garder le même regard qu'il a d'elle, sans pour autant la convaincre, « *izaryid normal, lamaana neki qareghas ouyibghara* ».

Ce qui n'empêche pas néanmoins madame L de garder un bon contact avec son entourage .Orpheline, les réactions de ses proches la touche « *ghaterassen ikkel* ».Elle ne cache pas sa maladie et met au courant son voisinage dès les premier instant « *oufireghara fel jiraniw ...akhamenagh baaden* », et cela dans une recherche de cas similaire au tiens, étant la première a affronté un cancer dans sa famille.

Lié par un mariage consanguin madame L se trouve soutenue pas sa famille, « *lehlakhiw machi nekki kan ouyjanara wahdi* », ce qui lui donne alors le courage de poursuivre sa vie pour le bien de ses enfants, notamment ses filles pour qui elle prit que son histoire avec le cancer ne se répète pas.

#### 11.4. Synthèse et discussion du cas :

Madame L obtient un score de 94 au résultat du traumaq, qui est étalonnée par une note de 4 et qui permet une évaluation clinique, celle d'un traumatisme fort, caractérisé par la note étalonnée de 5 au échelles A, B et F, qui révèle de très fortes réactions tels que la peur de mourir, troubles de sommeil, comportement d'évitement, cauchemars, troubles dépressifs, anxiété, irritabilité, perte de contrôle de soi , réviviscences ;elle sent qu'elle n'est plus la même, que son avenir est ruiné, ans pour autant chercher à s'isoler. Ces troubles font leurs apparition après l'opération car celle-ci, n'avait aucune information sur qui l'attendait, et donc depuis plus de 13 ans.

Tout cela serait accompagné à partir de l'analyse de son entretien, d'une difficulté d'acceptation de son nouveau corps, celui d'une femme à un seul sein, expliquant par là, a relation tenue presque inexistante avec son conjoint, lui reprochant notamment de ne plus lui porter d'intérêt, surtout depuis son handicap moteur (grabataire), des changements qui sont pour elle insupportable tous en relation avec a mastectomie ; En effet, sa beauté, seule chose qu'elle possédait en elle, et en ses enfants lui était pris par la maladie, elle refuse de se voir ainsi, d'où ses pensées de suicide, tentative de

passage à l'acte, elle ne s'arrête pas là, refusant de voir un de ses enfants naître au monde avec le risque d'être handicapé, elle préfère avorter, y pense mais ne le fait pas ; son fils naît en bonne santé après 11 ans madame L ne regrette pas son accouchement et garde l'espoir malgré son stade métastatique.

## 12. Le cas de madame M

### 12.1. Présentation du cas de madame M

Agée de 62 ans madame M est une femme au foyer, marié et mère de trois garçons et deux filles, elle est une grand-mère comblé et fière de sa descendance tous instruit il réalise par là ce qu'elle n'a pas pu faire. Elle subit en novembre 2013, une mastectomie du sein gauche après 15 jours de l'annonce de son cancer à Akbou où elle bénéficie d'une intervention de psychologue sur les lieux. Cette intervention vient tout de suite après celle de son foie et son utérus ; elle prend donc habitude aux hôpitaux et traitements médical, cela ne la marque pas profondément tel que la mort de son fils.

### 12.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq

Au moment de la passation, madame M en plein cure de chimio s'arrange et s'assoit afin de mieux répondre aux questions du traumaq, qu'elle fit d'une façon très spontanée

- **Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques**

| Echelles         | A  | B | C | D | E | F | G | H | I | J | Total |
|------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Notes brutes     | 12 | 3 | 7 | 9 | 5 | 4 | 3 | 5 | 0 | 2 | 50    |
| Notes étalonnées | 2  | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2     |

Tableau 15 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas M

Les résultats de l'échelle A, à la note brute de 12 est étalonnée d'une note de 2 et révèle une très forte angoisse et sentiment d'état second, chez madame M au moment de l'annonce de son diagnostic, Qui sont accompagner de faible manifestation physique (suée et accélérations des battements du cœur), d'impression de paralysie et d'impression de mourir. Sans oublier le faible sentiment d'impuissance qu'elle ressent sans avoir un sentiment de frayeur ou d'abondant.

Depuis l'évènement, les réponses de madame M sont majoritairement étalonnée par une note de 3 à échelle D avec une note brute de 9, qui révèle une très forte anxiété

et évitements de situations qui évoquent sa mastectomie, ainsi qu'une faible crise d'angoisse, crainte de l'hôpital et état d'insécurité. A l'échelle C avec une note brute de 7 qui signale de très forts réveils nocturnes, de forte impression de ne pas dormir, expliqué par la faible difficulté d'endormissement qu'avant en plus des cauchemars sans qu'elle se sente fatigué au réveil.

A l'échelle E et H avec une note brute de 5 chacune, ces dernières révèlent chez madame M la très forte manifestation de crise de nerfs qu'elle ne peut maîtriser ainsi que l'impression de lassitude et fatigue qu'elle ressent depuis sa mastectomie, elle devient aussi faiblement irritable craignant par la de ne plus contrôler ses nerfs. Elle pense alors que son avenir est ruiné la rendant d'humeur triste accompagné par des crises de larmes. Malgré cela elle garde l'intérêt, l'énergie et les mêmes relations affectives qu'avant son intervention, elle ne s'isole donc pas et ne refuse pas les contacts ; en effet elle ne manifeste ni vigilance, ni méfiance, ni comportement agressifs.

Toujours avec une note étalonnée de 2, l'échelle F à la note brute de 4, révèle une forte détérioration de son état physique général une faible prise de poids et augmentation de consommation de la nourriture. Sans la manifestation de réaction physique au moment des réviviscences, ou de problèmes de santé à la cause non identifié. Pareil pour l'échelle G à la note brute de 3 signalant une faible difficulté de concentration, trous de mémoire et difficulté a se rappelé de la mastectomie.

Madame M, n'éprouve aucune difficulté à parler de son cancer et de sa mastectomie révéler par la note brute de 3 à l'échelle B qui est étalonnée de 2, ainsi que de faibles souvenirs et rêves en rapport à sa mastectomie qui sont accompagné d'une faible intensité d'angoisse. Ses résultats du traumaq font remarqué avec une note étalonnée de 1 à l'échelle J avec une brute de 2, son sentiment de capacité diminué qu'elle ressent au moment d'effectué ses taches quotidienne de femme au foyer, seul chose qu'elle voit changer en elle, soutenu par ses proches elle, elle cherche la compagnie des autres et s'intéresse toujours autant à son entourage et à ses relations affective. La note nulle de l'échelle I, nous révèle quant à elle l'absence de sentiment de responsabilité, de culpabilité, d'humiliation et de sentiment de dévalorisation. Pour

elle, les gens la vie sont toujours pareil, rien n'a changé et surtout pas elle, et ne ressent ni violence ni colère.

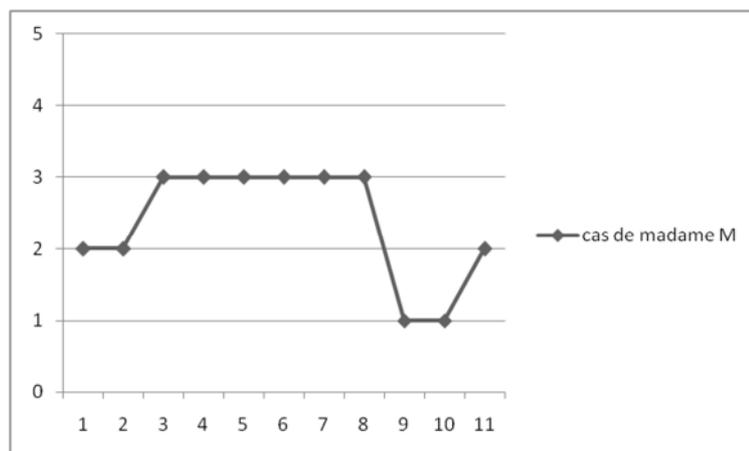


Figure 19. Représentation graphique du profil cas M : Syndrome psycho traumatique léger

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles décrits**

Les résultats du traumaq ne signal pas la manifestation de troubles du sommeil, de vigilance, de réaction physique, de troubles addictifs, de tendance à s'isoler et de sentiment de honte ou de culpabilité chez madame M , par contre depuis le jour de l'annonce de sa mastectomie, l'anxiété, les comportements d'évitements, les problèmes de santé, trouble cognitif et dépressif ont fait leurs apparition chez madame M et durent toujours jusqu'à aujourd'hui. Pareil pour les réviviscences et à la perte de contrôle qui se manifeste depuis le jour de la mastectomie.

### 12.3. Présentation et analyse des résultats de l'entretien de recherche

Le jour de l'entretien madame M, se trouve inquiète pour sa chimiothérapie elle reprend tout de même aux questions et exprime son envie de parler et de continuer à travailler avec nous

En parlant du jour de l'annonce de sa mastectomie, elle avoue « *feqaagh, lehlakh iwaar itawi al mouth* », elle garde tout de même son calme et réagit à première vue avec courage « *el courage* », en ne s'imaginant rien de précis juste que « *tfagh egfous rebi* ». Ce qu'elle connaît de sa maladie est restreint à ce qu'elle entend dire « *salegh imedan qaren inegh* », ce qui se révèle le jour de son intervention « *ifqayid rebi el curage ...ichoukouth wouliw* » ; en effet les enfants de madame M ,

ne la prévienne pas au sujet de sa mastectomie, elle ne sait donc rien pour le moment. Elle se dirige alors vers la salle d'opération sur ses propres jambes, c'est sa troisième intervention dans une même année elle dit qu'elle s'est habituée. son réveil est brusque elle ne réagit presque pas « *imetawen ozmiregh anetrough , qawegh* ».

En décrivant sa vie avant sa mastectomie, sa réponse est brèves et se résume en une phrase « *tichegh nek dwarawiw, daya* », en ce qui s'agit de son quotidien depuis son intervention elle avoue avoir subi des changements. « *Atas, cheghal oukhedmeghara* » est pour elle le plus important, ainsi que ses enfants « *sghouloufegh, el mouth nezrat, arawiw idessah* ». On remarque que madame M se trouve affecté pas ses cure de chimio c'est pour quoi elle cite les nausées dans son discours qui font maintenant partie de son quotidien, c'est pour cette raison aussi qu'elle n'aime pas se rendre à l'hôpital pour ses rendez-vous « *tagathegh, terrough* ».

Toutefois madame M, réagit très mal face à la vue de sa cicatrice après deux mois de son intervention « *orthtmoqolegh chehraye n* » et avoue qu'elle ne se voit plus comme avant « *ikseyi nesf* ». Malgré cela elle refuse la chirurgie reconstructrice, par contre pour ce qui est de la prothèse « *ataalegh fel aivad* », même si sa réaction face aux regards des autres reste courageuse « *am neki am liibad* », sans doute encourager pour son mari qui depuis la mastectomie reste toujours à ses côtés « *mazaliyi del qadriw* ».

Son mari n'est pas le seul à la soutenir, ses enfants eux aussi réagissent avec peur « *sghoulfen, ademthegh dil bloq* », surtout qu'elle n'est pas la première à en être atteinte sa belle sœur l'était aussi « *tanotiw 4 snin aya* ». Ce qui la rend de plus en plus inquiète lorsqu'il s'agit du facteur héréditaire, « *tagathegh asma deqaren gue thamen, fysis dissis yessi* ». N'ayant prévenu que quelque voisine de son cancer celle-ci ne dit rien au sujet de sa mastectomie « *el jiran choukthent, ousentenigh ara khedmegh el parasyoun iyewan yewan alla* », ses enfants sont donc les seuls au courant, elle dit qu'elle ne veut la pitié de personnes et que le soutien de son entourage proche lui est suffisant « *ferhagh syesan* ».

#### **12.4. Synthèse et analyse du cas**

Madame M obtient un résultat de 50 au questionnaire traumaq étalonné de 2, il évalue cliniquement son traumatisme de léger, caractérisé par une note moyenne, étalonnée d 3 aux échelles C, D, E, F et G qui révèlent ses différentes réactions suite à sa mastectomie, tels que les troubles du sommeil, l'irritabilité, comportement d'évitement, fatigue ainsi qu'une anxiété apparue depuis l'opération, mais aussi des troubles de la mémoire et problème de concentration modérée qui pourrait être justifier par son âge (62 ans). N'ayant pas de crainte de mourir, elle se forge du courage en gardant foie en dieu, se voyant toujours être la même et ne refusant pas les contacts, son discours nous permet de constater qu'elle ne prévient pas ses enfants de sa mastectomie se protégeant par là du regard des autres, pour fuir une vérité, qu'elle fuit celle de la disparition de son sein, ainsi que son incapacité à s'occuper de sa maison.

### 13.Cas de madame S

#### 13.1. Présentation du cas

Madame S est une femme au foyer âgée de 41 ans. Mariée depuis quatorze ans avec un homme présent et attentionné, elle n'a pas d'enfants et n'a jamais été à l'école, et donc ne dispose d'aucun diplôme, mais fait de la couture chez elle.

Ayant déjà subi une intervention de la vésicule, madame S subit une nouvelle opération, celle de la mastectomie de son sein gauche avec curage ganglionnaire en 2011 à l'hôpital d'Alger, au service de sénologie de Mustapha Bacha. Bénéficiant de soutien psychologique sur les lieux, elle suit actuellement le traitement adjuvant destiné à diminuer le risque de rechute, augmentant ainsi les chances de sa guérison.

#### 13.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq :

Nous rencontrons madame S pour la première fois afin de lui faire passer le questionnaire traumaq, auquel elle répond avec toute coopération et spontanéité.

- **Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques**

| Echelle        | A  | B | C | D | E | F | G | H | I | J | TOTAL |
|----------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Note brute     | 10 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 0 | 1 | 0 | 3 | 21    |
| note étalonnée | 2  | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1     |

Tableau 16 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas S

A la première échelle A, elle obtient une note étalonnée de 2 correspondant à l'événement dans la période même de l'annonce, où elle l'aperçoit comme moment propulsif de sa mort, car le cancer nous dit-elle provoque la mort. Néanmoins, après l'explication du médecin, la mettant ainsi au courant des effets positifs de la mastectomie, elle s'impatientait de l'enlever, de retirer ce sein infecté « *tqelqer, prissir ithekser* ». Dotant de patience et de courage, elle ne se sentit devant ce fait accompli impuissante « *qaghera ilaq ithghelber, machi dnett ayighelben* » (A8).

Ses réponses aux quatre échelles B, C, D et G sont toutes étalonnées de 1. En effet, elle ne présente aucun symptôme pathognomonique, ni de troubles cognitifs

quant à cet événement, qui rappelant nous, est l'annonce la mastectomie .Notons que les lieux, et films, radios qui sont en rapport avec l'événement ne lui procurent aucune tension. Quant aux troubles de sommeil non présents aussi, elle nous répond à la question C4 en riant et souriant, que seulement l'orange et la mandarine l'empêchait de dormir « *hhh, asmi tcher chtina, delmandarine* ».

A l'échelle E, elle obtient une note étalonnée de 2 qui régis de l'hyper vigilance et l'hyper sensibilité au bruit. Une note plus forte en ce qui concerne l'échelle suivante (échelle F= 3), correspondant aux réactions psychosomatiques. En effet, madame S remarque la détérioration de son état physique général, ainsi qu'une perte de poids, qui varie en fonction du traitement qu'elle suit. Les troubles addictifs sont inexistants.

L'annonce de la mastectomie n'a engendrée chez elle aucun trouble dépressif, ne serait ce que la diminution de ses envies sexuelles envers son conjoint qui a peur pour elle et qui s'occupe d'elle. Rajoutant que son estime de soi n'est pas affecté par ce qui lui arrive.

L'échelle J à la note étalonnée de 3 concerne la qualité de vie de madame S, celle-ci étant soutenue par ses proches ainsi que son conjoint recherche davantage compagnie, pour cause qu'elle aime être en contact avec les gens. Se sentant comprise par ses siens, elle n'effectue plus ses activités quotidiennes, suivant dès lors les directives de son médecin, faisant alors attention à sa santé.

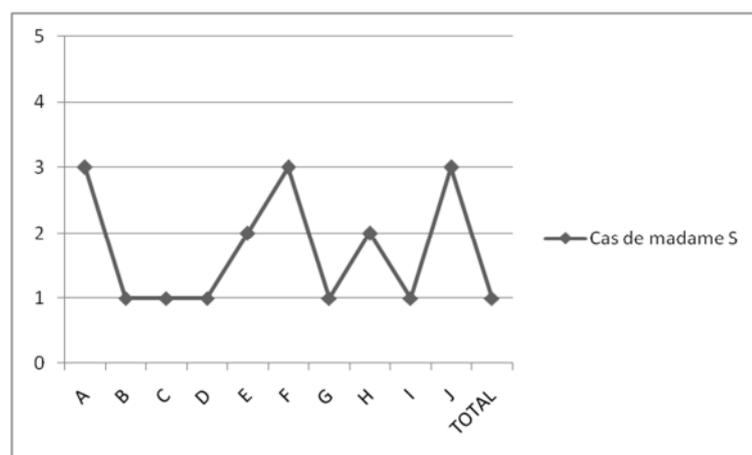


Figure 20. Représentation graphique du profil cas S : Absence de syndrome psycho traumatique

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles**

Les résultats du questionnaire traumaq nous révèlent que suite à l'annonce de la mastectomie, des plaintes somatiques, des troubles sexuels, ainsi que d'hyper vigilance se sont manifestés et apparaissent au dépend de la cure chimiothérapique et donc du traitement. En revanche, il ne révèle aucun trouble de sommeil, cognitif, et addictif, et aucune conduite d'isolement, d'évitement ; idem pour les reviviscences et la culpabilité et honte. Quant à leur apparition, elles sont apparues le jour même de l'événement et durent dans la période de trois à six mois.

### 13.3. Présentation et analyse de l'entretien de recherche :

Nous revoyons madame S pour un ultime entretien, où elle répond à nos questionnements comme à son humble habitude, avec simplicité, et aisance. Elle nous retrace son vécu lors de l'annonce de sa mastectomie, la décrivant comme un moment certes de peur « *khel3er, toussayid chuia lkhel3a* » par rapport à sa confrontation directe avec la mort, appréhendant celle-ci comme proche, traduit par des larmes qui n'ont pas tardé d'ailleurs à être séchés suite aux éclaircissements de son médecin ainsi qu'un membre de sa famille « *tror sa3ethen, loukhent dayene, lmoth yeweth, se bath chatent* ».

Le jour de son intervention, madame S est pressée d'enlever ce sein malade « *t3sir ltour iw, prissir lekhmedj* ». Une fois au bloc opératoire, elle se confie à dieu et se livre à l'opération « *chehdher, steghfrer ,khedmnyi lmask roher* », qui durera deux heure environ. A son réveil, elle trouve une infirmière près d'elle, qui la fait parler et rire, sa pensée ne s'était tournée vers le sein manquant à ce moment là.

Suite à sa mastectomie, différentes choses ont basculé dans sa vie quotidienne, à savoir qu'elle ne peut plus réaliser les tâches ménagères, et faire de la couture comme avant qui est sa passion ; d'ailleurs elle nous montre un bonnet qu'elle a confectionné pour elle-même et ses amies cancéreuses qui étaient en pleine chimiothérapie « *tor tkhater, khedmer chrel,toura sneqser, ikhedmer un jour wayet ireyher* », cependant elle cout de temps à autre. Autres changements qui l'ont marqué concerne sa relation sexuelle avec son conjoint, en effet, elle nous confie que depuis qu'elle prend du

zoladex nous dit-elle, Son envie de pratiquer l'acte sexuel a beaucoup diminué, même disparu à un certain temps « *gmi iy3ellen zoladex qler outhibir oula ikhedmer wahé wergaz iw , tha brir maté yewen lweqth* ». Son conjoint compréhensif et aimant, s'inquiète de la santé de sa femme, fait toujours attention à elle.

En ce qui concerne ses ressentis quant à son retour à l'hôpital, elle nous affirme que ceci ne la dérange nullement, qu'au contraire c'est l'occasion pour elle de voir l'évolution de son cas après consultation du médecin et de revoir ses amies cancéreuses « *obligi inazer dacho aydyini tbib, tha digoutir, ohon , idaser izrer thani timdoukal iw* ».

Toujours avec un discours simple, madame S nous signale qu'à sa première vue de la cicatrice, elle n'a pas été choquée ; pour elle, l'absence de son sein était une bonne nouvelle, car elle s'était débarrasser du mal qu'elle portait « *jpréfère ithekser,akkene adhikes lehlekh, toura thennar* », elle se voit alors « *normal* », mais met du coton quand elle sort de la maison. Néanmoins, la chirurgie reconstructrice et prothèse ne l'intéressent guère « *toq3ayi lma3na zyes, tha tmekhthayradith khlas* ».

Le regard des autres n'a pas changé dit-elle, ils se comportent comme avant, malade ou pas, avec deux seins ou un seul sein, ils me voient toujours de la même manière. De même avec son mari qui trouve toujours sa femme belle, même avec un seul sein « *tha i changé, normal, izaghiyi syewen, ithibiyi anken* ».

Le diagnostic du cancer établi, madame S met au courant tout son entourage, mais ne leur dit pas qu'elle allait subir l'ablation de tout le sein. Ne voulons pas effrayer ses derniers, elle subit sa mastectomie ne mettant au courant que son mari et sa belle mère ; une fois rétablie, elle va chez toutes ses sœurs, une par une pour leur annoncer cette nouvelle, qu'en fait, elle s'était amputé d'un sein. Soutenue par elles, notamment par son entourage, elle espère que ce qu'il lui est arrivé ne se répétera pas avec elles, donnant quand même conseil d'aller se soigner si cela venait un jour à arriver à l'une d'elles « *nirasent louken ihelkhem, rohemt iswanyimt* ».

En parlant du facteur héréditaire, elle nous certifie qu'elle est la première à subir la mastectomie, faisant alors une remarque que le cancer n'est pas nouveau dans

sa famille ; son oncle et sa cousine sont décédés suite à un cancer de sang. Nous terminons enfin notre entretien avec madame S qui nous remercie d'avoir été à son écoute.

#### **13.4. Synthèse et discussion du cas**

Obtenant un score brut de 21 au questionnaire traumaq, madame S enregistre une note étalonnée de 1 qui est qualifié de pas de traumatisme. En effet, nous constatons que la manifestation de certains signes est apparu à la période même de l'événement, caractérisé par la confrontation de madame S à la mort accompagné d'une frayeur et angoisse, qui après l'événement devient plus sensible et attentive aux bruit, ainsi que la diminution du désir sexuel vu son état de santé ;Notons que madame S utilise la sublimation en confectionnant de bonnets pour ses amies cancéreuses.

L'analyse du deuxième entretien vient nous faire part de l'acceptation de madame S de son statut de femme mastectomisée. En effet, ayant toujours été soutenue par son entourage, surtout par son conjoint, et n'ayant aucune information concernant la mastectomie, madame S prend le bon coté des choses et utilise pour ça le mécanisme d'humour.

## 14. Cas de madame T

### 14.1. Présentation du cas

Madame T est une femme âgée de 39ans, mère de quatre enfants dont l'ainé a 17ans et le dernier 4 ans. Elle enseigne l'arabe à l'école primaire, mais depuis sa mastectomie subie en 2012, elle est en arrêt de travail.

Lorsqu'on aborde l'événement douloureux auquel elle a dû faire face, elle nous apprend qu'un autre fait l'a profondément bouleversé, celui du décès de son père qui remonte à bien longtemps. L'annonce de sa maladie, la mastectomie et de la chimiothérapie vient la bouleverser encore plus.

Elle se fait opérer à la clinique d'El-kseur trois mois après l'annonce de sa mastectomie, et suit le traitement qu'il lui est administré. N'ayant pas bénéficié de soutien psychologique, madame T se retrouve avec une cicatrice, au lieu de son sein gauche. Actuellement elle suit un traitement qui aide au renforcement de ses os.

### 14.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq :

Lors de la passation du test traumaq, madame T paraissait pâle et épuisée, néanmoins, elle répondait aux questions avec collaboration. Allongée sur son lit, entrain de lire le coran, elle fait l'effort de se redresser, en prenant la position assise afin de mieux communiquer, et nous faire part de ses ressentis.

- **Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques**

| Echelle        | A  | B | C | D | E | F | G | H | I | J | TOTAL |
|----------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Note brute     | 15 | 0 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 7 | 6 | 4 | 54    |
| note étalonnée | 3  | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2     |

Tableau 17 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas T

On entame le questionnaire, par les interrogations qui sont en rapport avec le moment même du déroulement de l'événement (Echelle A : note étalonnée de 3), où madame T le décrit comme flippant et angoissant, elle voit alors sa rencontre avec la

mort (A2, A6). On remarque qu'après l'événement passé, elle rencontre des difficultés à se rappeler de l'événement qui rappelons-nous est l'annonce de la mastectomie, notamment d'endormissement, qui s'accroissent à cause de ces problèmes de santé (Echelle C étalonnée de 3, et G étalonnée de 2). Quant aux symptômes pathognomoniques, ils sont inexistantes (Echelle B).

La note brute des échelles D, E, et F est de 5, étalonnées de 3. En effet, madame T est devenue anxieuse et plus attentive aux bruits, irritable et sensible. En revanche, elle vit bien son retour à l'hôpital, de sorte que celui-ci lui redonne espoir, celui de pouvoir guérir, l'exprimant ainsi *« au contraire, je me dis que adhiler encore mieux »* (D3). Les plaintes somatiques sont à prendre en considération, perte d'appétit qui entraîne une perte de poids importante, engendrant une détérioration de son corps. (F2, F3)

Arrivé à l'échelle H qui représente les troubles dépressifs, madame D est d'humeur triste et n'arrive plus à contenir ses larmes, elle nous confie d'une voix basse et tremblante le changement auquel elle a été confrontée, sa vie lui paraît depuis ruinée, ses relations sexuelles diminuées. Elle obtient alors une note étalonnée 3. L'échelle qui suit nous permet de constater la culpabilité de madame T, à l'égard de son désintérêt qu'elle portait à sa personne *« je m'occupais que des autres, jamais de moi »*, aussi sa vision de la vie et de celles des autres a changé, notamment l'impression d'avoir totalement changé (items I1, I6, I7).

Représentant la qualité de vie, l'échelle J dont la note brute est de 4, étalonnée de 3 nous rapporte qu'après l'annonce de sa maladie et de sa mastectomie, madame T ne poursuit plus son activité professionnelle, en plus du facteur santé qui l'empêche de s'occuper de sa maison, n'éprouvant aucun plaisir à accomplir cette tâche. Bien soutenue par son entourage, elle recherche davantage de compagnie.

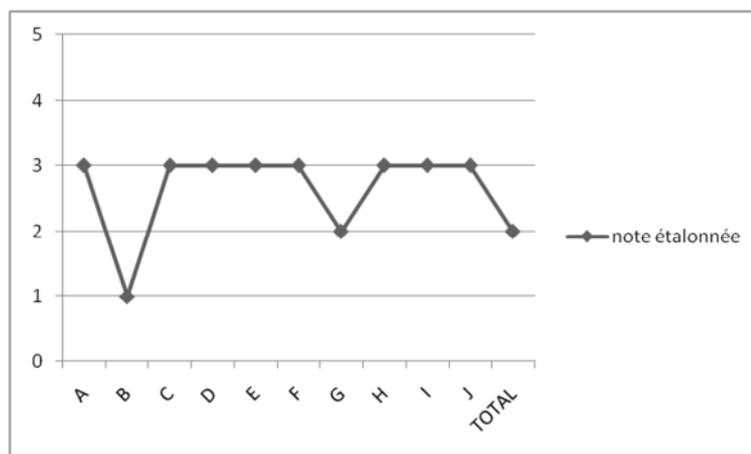


Figure 21. Représentation graphique du profil cas T : Syndrome psycho traumatique léger

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles décrits :**

Nous constatons d'après les résultats obtenus du questionnaire que l'événement qu'est l'annonce de la mastectomie a engendré chez madame T des réactions immédiates juste après avoir été informé de ce qui l'on est, et que l'ensemble des signes qui résultent une fois l'annonce faite varient en fonction de l'état de santé physique et psychique de madame T, où les troubles addictifs, pathognomoniques, les évitements des lieux lui rappelant l'événement n'ont pas surgi

### 14.3. Présentation et analyse de l'entretien de recherche :

Nous nous entretenons une deuxième fois avec madame T, où l'on observe une nette amélioration de son état de santé, une meilleure mine qu'avant, ainsi que sa bonne humeur qui nous accompagnera tout au long de l'entretien, chose qu'elle nous confirma « *je vais mieux qu'avant, l moral inou khir woussen i3edden* », et son discours est logique, riche, et cohérent .

Au cours de l'allaitement de son dernier enfant, madame T trouve une boule sur son sein gauche qui grossit de plus en plus. A l'annonce de sa maladie et de sa mastectomie, madame T tombe dénuée, croyant que ce que venait dire le médecin, n'était qu'un rêve, dont elle était l'actrice, « *amaken c'était un rêve, un cauchemar, mais c'était la réalité* », elle pense directement à la mort « *atmekhthit direct lmouth* ». Perçu comme la fin de sa vie, elle réagit en pleurant imaginant ainsi sa mort

proche, craignant de laisser ses enfants tous jeunes « *maginird adhemther, adjer aghawiw,oydiqimagha bzf adhemther* ».

N'ayant aucune information sur la mastectomie « *jamais slir ilterme ayi, gmi helkhegh bech 3elmer dachoth* », madame T nous raconte comment s'est passé le jour de sa chirurgie, elle était stressée, et préoccupée par ses enfants qu'elle a laissés. Son intervention durera environ trois heures. A son réveil, sa première pensée était qu'elle regrettait de n'avoir pas pris au sérieux sa maladie depuis le début « *os3ighara dacho ara khedmer, ndemmer outi3iln ara g sbitar, sthezegh* ».

Lorsqu'on l'interroge sur sa vie avant la mastectomie, elle nous informe qu'elle était constamment entrain de travailler dans des établissements lointains, sans repos, sans relâche ; d'un discours clair, elle nous dit « *j'étais obligée de travailler pour eux, akham, lkhedma, lménage, 3yir, lhayatiw ikkel wthight del khedma* ». Fatiguée de ce rythme, elle trouve congé dans la maladie, qui lui donna un moment de répit, de repos, malgré qu'elle est atteinte d'une maladie grave, qui à tout moment pourrait lui ôter la vie « *malgré lehakh ayi iw3er,mais gmi thhelkhegh ista3fer, akka khir* ».

Les changements qui ont surgi après son intervention, sont à deux niveaux : positifs, de sorte que sa vie d'avant était assez compliquée et stressante, et maintenant nous dit-elle « *arrawiw rwirthen, akka khir, stafer iwkkham iw* », négatifs dans le sens où son état de santé ne lui permet plus de faire les choses qu'elle aime, comme cuisiner, et coudre. Lorsqu'on l'interroge sur ses ressentiments à son retour à l'hôpital, elle nous communique que c'est un endroit sûr, dans lequel tout un corps médical est à son service, et les médicaments disponibles « *thibigh adaser rdayi, amaken asma adaser itejjir akther* ». Notons que le mécanisme de religion joue un rôle favorable dans la réaction de madame T face à cet événement.

Quand on lui pose la question : quelle était votre réaction à la première vue de votre cicatrice, elle nous répond qu'en fait, elle n'avait pas eu peur, et que le sein n'est pas un organe essentiel, et que l'essentiel c'est de se soigner, pour guérir « *normal, oukhli3ghara, l'essentiel adhjjir, ma chbaha fff ce n'est pas important* ». Elle perçoit son corps changé mais sans plus, « *normal, ouytoqi3ara lme3na, je n'ai pas de*

*complexe* », et ne trouve pas important de se refaire un sein, ou de porter des prothèses « *non, je ne suis pas intéressée, ifkayid rabbi akka* ».

Madame T nous parle aussi de son conjoint qui ne donne pas d'importance à la morphologie de sa femme et qui n'a changé guère de comportement envers elle « *oustoqi3aghalme3na, tekser lqechiw zathes* ». En effet, elle nous informe que leur relation n'a pas changé, et leur vie sexuelle a juste diminué à cause de son état de santé « *machi am zikh, nenqes* ». Présent, lors de l'annonce de sa mastectomie, il est triste et réagit en pleurant. Très compréhensif, et présent, il ne l'approche que si elle donne son consentement.

Quant aux regards des autres, irritable qu'elle est, elle nous fait part de son mécontentement à l'égard de certaines personnes proches qui l'ont condamné, ne lui montrant aucune empathie « *itghityi lhel, tamghartiw et taloustiw m'ont condamné, 3ellent zyi lmohel, akken helkhegh mazel kemlent iyi* ».

Nous allons aborder le dernier axe qui touche aux relations interpersonnelles. Elle nous avoue avoir caché sa maladie au début à sa famille ainsi qu'à ses enfants leurs disant qu'elle avait le fibrome, et ce, dont le but de ne pas leurs faire peur, seule sa belle famille était au courant, elle finit après de le faire savoir au reste de la famille. Un jour, en se penchant, l'un de ses enfants remarque qu'elle n'a plus de sein. Une fois mis au courant, très inquiets pour elle, ils lui reprochent de leur avoir caché un tel événement « *heznen mliiih, ougadhen felli* ».

Soutenue par son entourage, surtout par sa famille à elle, elle exprime sa reconnaissance envers ses derniers très présents, c'est sa mère qui s'occupe de ses enfants « *3awnenyi mlih, surout lkhaletth wayethma, jamais nwirhent akkene,, dimma iguesqamen felli* » ; Quant à sa belle famille, plus précisément sa belle sœur, qui l'a fait souffrir dès la naissance de son premier enfant, de sorte qu'elle ne lui laissait ni voir son bébé comme une mère devrait faire, ni le touché, encore moins le lui laisser une nuit avec elle « *t3el zyé afernes, tekthyi zikh, techtaqyi athezrer, athmasser mi yella bébé* ».

Etant la première à être atteinte de cette maladie, elle espère que celle-ci ne sera pas héréditaire *nchallah ya rabbi adhyilimachi héréditaire* ».

#### **14.4. Synthèse du cas :**

D'après la cotation des items du questionnaire traumaq, madame T obtient le score de 54, étalonné de 2 correspondant à un traumatisme léger. Caractérisé par un ensemble de réaction, allant d'une note élevée qui est étalonnée de 3 presque dans toutes les échelles, hormis l'échelle B et G, madame T manifeste une forte intensité de peur de mourir, d'anxiété, l'irritabilité, l'hypersensibilité, et la vigilance aux bruits; elle témoigne aussi une honte et culpabilité modérée.

L'analyse de l'entretien nous rapporte que madame T, soutenue par son conjoint et par sa famille, arrive à accepter l'absence de son sein gauche, malgré sa frustration et son angoisse quand elle a appris qu'elle était atteinte du cancer, et qu'elle allait subir une intervention chirurgicale délicate qui finalement l'allait sauver de la mort.

## 15. Cas de madame Y

### 15.1. Présentation du cas

Marier a un homme veuf, père de 4 enfants, elle est mère au foyer de jumeaux âgée de 13. Madame y est âgée de 48 ans et ne présente aucun problème dans sa vie qui est qualifiée de simple, paisible et en bonne santé, avant l'annonce en juin 2011 de sa mastectomie du sein droit suite a un cancer du sein. Elle subit sa chirurgien a l'hôpital de Mustapha bacha, sans avoir eu droit a une intervention d'un psychologue sur les lieux. Cependant ceci n'est pas le premier événement marquant dans la vie, madame y était témoin quelques années avant, d'un accident de la vois public où sur les deux fois un camion, puis une voiture traverse le mur extérieur de sa maison pour finir dans son jardin ; sans mort ou blaiser annoncer, ça reste tout de même une grande frayeur. Elle s'évanoui lors des deux incidents cité où elle est transporté a l'hôpital sans l'intervention d'un psychologue ; en effet celle-ci croyait assisté à la morte de son mari ou d'un de ses fils.

### 15.2. Présentation et analyse des résultats du traumaq

Madame Y ,accepte de participer à notre recherche sans se faire prier, en avouant de suite qu'elle n'ait pas aller à l'école et qu'il faudra tout lui expliquer dans sa langue maternelle ( le kabyle), une fois tout expliquer nous avons pus commencer la passation du traumaq.

- **Première partie : Les réactions immédiates et les troubles psychos traumatiques**

| Echelles         | A  | B | C  | D  | E  | F  | G | H | I  | J | Total |
|------------------|----|---|----|----|----|----|---|---|----|---|-------|
| Notes brutes     | 23 | 7 | 10 | 12 | 11 | 10 | 7 | 9 | 16 | 1 | 102   |
| Notes étalonnées | 4  | 3 | 4  | 4  | 4  | 5  | 4 | 3 | 4  | 2 | 4     |

Tableau 18 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq du cas Y

Madame Y obtient une note étalonnée de 4 à l'échelle A avec une note brute de 23 révélant une très forte intensité de frayeur d'angoisse, de rencontre de la mort de la mort au moment de l'annonce, accompagner d'un très fort sentiment d'être dans un état second, avec une très forte impression d'être paralysé et incapable de réagir a ce

moment là; ce qui produit en elle un très fort sentiment d'impuissance, et d'abondant. Sans oublier les manifestations physiques tel que l'accélération des battements de son cœur, que madame Y ressent fortement.

Les résultats du questionnaire dévoile a travers la note étalonnée de 4 a différent échelles que madame Y, présente depuis l'événement une très forte fatigue au réveil et difficulté d'endormissement a travers une note brute de 10 a l'échelle B, accompagner d'une forte intensité des réveils nocturne, et peut de cauchemars .un très fort évitement phobique de l'hôpital et de tout spectacle ou situation en rapport a la mastectomie est signaler a travers l'échelle D. Avec une note brute de 12, celle-ci dévoile ainsi une très forte insécurité, une forte anxiété et de faibles crises d'angoisse.

Avec une note étalonné de 5, l'échelle F qui est noté par un 10 nous dévoile que madame Y, manifeste de très forte réactions physique lors des reviviscences. Une détérioration physique générale ainsi qu'une très forte variation du poids accompagné d'une faible consommation de café sont aussi dévoilé, sans signaler de problème de santé sans cause identifié. Ce qui n'est pas le cas des troubles cognitifs chez madame Y, qui à travers l'échelle G à la note brute de 7, signale une très forte difficulté de concentration, plus de trous de mémoire depuis sa mastectomie, mais une faible difficulté à se rappeler de certain éléments de son intervention.

A travers la note brute de 15 à l'échelle I, le traumaq nous révèle un très fort sentiment d'humiliation, de dévalorisation et de ne plus être comme avant ressenti par madame Y, depuis le jour de son ablation du sein, sans pour autant se sentir responsable malgré le faible sentiment de culpabilité qui accompagne son quotidien ; en effet elle croit qu'elle aurait put éviter le résultat et son état d'aujourd'hui.

Quand aux échelles B et H, celle-ci sont étalonnées d'une note de 3, où la première avec une note brute de 7, représente la très forte intensité d'angoisse ressenti par madame Y aux moments des réviviscences, qui à leur tours son d'une très forte intensité malgré sa faible difficulté de parler de l'événement sans pour autant le revoir dans ses cauchemars. La seconde échelle a son tour avec une note brute de 9, met en évidence le très fort désintérêt qu'elle ressent depuis son intervention et la forte tristesse qui s'accompagner de crise de larme, au moment où son avenir lui parait

fortement ruiné, surtout lorsqu'elle éprouve ce faible manque d'énergie et l'impression de lassitude qui la prend, sans avoir de difficulté dans ses relation affective ou avoir cette impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécu.

L'échelle I à la note brute de 1, est elle étaloné de 2 où elle exprime l'impression de ne plus avoir les mêmes performances qu'avant, sans refuser la compagnie des autres et se sentir abandonné ou incomprise.

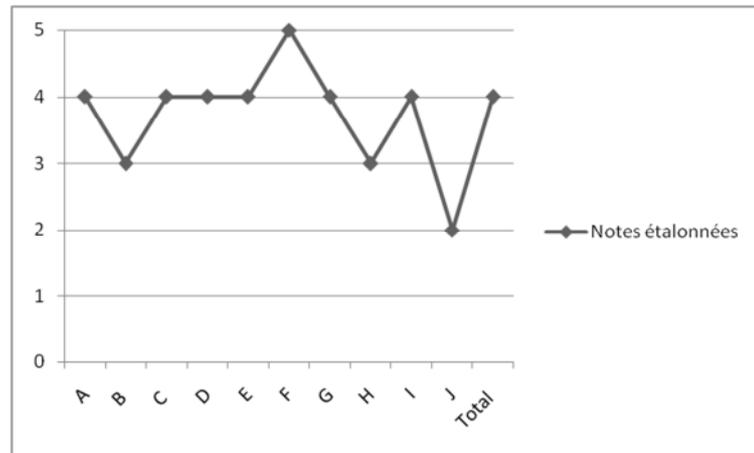


Figure 22. Représentation graphique du profil cas Y : Syndrome psycho traumatique intense

- **Deuxième partie : Délai d'apparition et durée des troubles décrits**

On remarque l'absence de honte, de culpabilité et de tendance à s'isoler chez madame Y, malgré la présence d'autres troubles jusqu'à aujourd'hui. Ces derniers ont fait leurs apparition, le jour de l'annonce de sa mastectomie comme ; les troubles du sommeil, les évitements phobique notamment de l'hôpital, quant aux réviviscences elles se manifestent depuis le jour de l'intervention.

Quelques mois plus tard, d'autres trouble font leurs apparition tel que ; l'anxiété, l'irritabilité et quelques problème de santé, puis après plus d'un an de sa mastectomie, c'est au tours des troubles addicifs, cognitifs et dépressifs de se manifesté chez madame Y. en ce qui concerne la vigilance, l'hypersensibilité et les réactions physique (tremblements, palpitation ...etc.) elle affirme les avoirs remarqué bien avant sa mastectomie avec une augmentation de leurs intensité depuis cette dernière.

### 15.3. Présentation et analyse de l'entretien

Lors de l'entretien madame y en plein séance d'hormonothérapie vient d'apprendre la probable récurrence de son cancer, elle accepte toutefois de poursuivre sa participation à notre recherche en avouant avoir oublié les questions du traumaq,

Elle raconte le jour où le médecin lui annonce son ablation, elle est accompagnée par son mari et décrit ce moment par les mots « *lahzen ameqran* » avec ses larmes pour unique réaction « *trough* », elle ne pense qu'à guérir après qu'elle s'est imaginé « *el mouth* ». Surtout qu'elle ne savait pas exactement ce qui l'attendait, car son mari et ses frères préfèrent lui cacher la vérité, elle sait juste que c'est une tumeur, « *jamaïs almegh lehlakhiw, lekhlakh ndiri* ».

Son opération était reportée durant trois jours pour absence de l'anesthésiste « *trough farawiw* », et a dû rester à Alger plus que prévu et ne pense alors qu'à ses enfants. Une fois l'opération terminée, elle se réveille touche son sein et se rendort « *outwalighara, oualimeghara, dvedvegh farhegh mi tekzen ...argaziw damghar* »

Madame Y, qualifie sa vie d'avant par un mot « *selferh* ». Même si elle s'est mariée à un veuf et se retrouve avec quatre demi fille, elle avoue avoir accepté cette situation et insiste, sur le fort caractère de son dernier qui reste bon et juste. Elle nous parle avec fierté de la qualité de son travail en bonne femme au foyer, ce qui a radicalement changé depuis sa mastectomie. En effet elle affirme que « *machi el hyath iqawmen* » ; elle raconte les premiers jours qui suivent son intervention, où elle pense « *farhegh mi jigh* ».

Mais rapidement en voyant qu'elle ne peut plus réaliser les mêmes tâches qu'avant elle avoue, « *heqregh imaniw amkh ligh, amkh iklegh* » elle répète ses mots en parlant de son statut de femme au foyer, « *chaghliw machi am zikh* » ce qu'elle se rappelle toujours lors de ses retours à l'hôpital ou l'inquiétude s'installe en elle « *quelquegh, ouganeghara, jaaregh... Taasagh amkh adinin* », contrairement à la vue de sa cicatrice ou elle reste sans réaction, demandant à une femme à côté d'elle de la lui décrire « *outouquiara, doubzagh ... adejigh kan* » elle ne se voit tout de même plus comme avant pensant carrément « *azguen delaabd, khoussegh machi tayi* »

*idessfaw* » surtout face aux regard des autres qui la touche « *adlegħ enif amken tghitegh* » elle prend un temps et réplique « *thoussough khoussegh* » .

Malgré cette mauvaise acceptation de son nouveau corps, elle refuse la chirurgie reconstructrice « *jamais ataalagh* » ajoute –elle. Son mari réagit normalement et devient plus compréhensif qu’avant, et comprend son état. La réaction des proches de madame Y est la même « *qaghenas meskint, amekhitella, amekh iteqqel* », les premiers à être au courant étant ses frères qu’elle appelle tout de suite après l’annonce. Tout le monde a su par la suite « *ifegħ lekhber, ouhoufghar ara adh3elmer amekh...lligh cherlegh* ». Même si elle n’est pas la première à être atteinte, sa cousine germaine l’a été en premier, elle n’a tout de même pas peur pour sa fille du moment qu’elle est encore jeune « *tameziant* », elle avoue que ses proches l’ont soutenue « *bedden mlīh didhi* » malgré les réflexions des femmes de a famille sur le moment de visite chez elle « *mayla bach adhhedhrent fel hala inou, outasemt ara* » pense-elle au fond d’elle-même.

#### 15.4. Synthèse et discussion du cas

Madame Y obtient une note brute de 102 qui est étalonné de 4 au résultats du traumaq, qualifiant cliniquement son traumatisme de fort, qui est caractérisé par une note très élevée de 5 à l’échelle F ainsi qu’au échelles A, C, D, E, G et I, relevant la forte manifestation depuis sa mastectomie de peur de mourir, troubles de sommeil, perte du contrôle de soi, irritabilité, comportement d’évitement, difficulté de concentration et trous de mémoire, même si cette dernière n’oublie aucun détail de l’annonce de sa mastectomie, qu’elle revoit fréquemment sous forme de reviviscences, malgré son avenir qui est pour elle ruiné, et qu’elle ne se trouve plus être la même. Cette dernière nous laisse comprendre à travers son entretien, à quel point ne plus être capable d’effectuer ses tâches ménagères et de voir sa maison qui n’est entretenu de la même manière est le changement le plus insupportable depuis sa chirurgie en plus de sa cicatrice qu’elle ne peut voir. Toutefois, elle reste satisfaite du soutien que lui porte son mari et de sa famille.

Elle avoue cependant avoir ressentie certains de ses troubles avant la mastectomie qui a pour elle augmenter leur intensité .En effet, depuis qu’elle ai

assistée à deux accidents de la voie public où les véhicules se sont retrouvés dans son jardin en traversant le mur de sa maison, elle annonce que sur les deux événements, elle croyait avoir perdu son conjoint qui y était au moment des accidents. C'est alors à partir de ces deux événements antérieurs qu'elle devient vigilante, hypersensible qui sont accompagnés de réaction physique tels que les sueurs et palpitations. Nous pouvons penser par là qu'elle est prédisposée au traumatisme.

### Discussion générale des résultats

Dans cette partie, nous allons exposer une synthèse des résultats de l'analyse du questionnaire « traumaq », ainsi que ceux de l'entretien clinique de recherche que nous avons pu dégager et présenter précédemment, dans le but d'établir une discussion des hypothèses qui viennent répondre aux questions de notre problématique. L'objectif de cette présente recherche est de tenter d'expliquer, la manifestation du traumatisme de la mastectomie et de justifier ses variations et répercussion sur la vie psychique de nos sujets de recherche.

Après avoir accompli une passation individuelle du questionnaire traumaq à notre groupe de recherche, nous avons obtenus après cotation, les résultats illustrés dans le tableau qui suit à travers lequel nous allons pouvoir confirmer notre première hypothèse : « **l'intensité du traumatisme psychique est différent chez chaque femme ayant subit une mastectomie** »

| Groupe de recherche | Note brute du traumaq | Note étalonnée du traumaq | Niveau d'intensité     |
|---------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| Cas de madame A     | 59                    | 3                         | Traumatisme moyen      |
| Cas de madame B     | 78                    | 3                         | Traumatisme moyen      |
| Cas de madame C     | 76                    | 3                         | Traumatisme moyen      |
| Cas de madame D     | 105                   | 4                         | Traumatisme fort       |
| Cas de madame F     | 47                    | 2                         | Traumatisme léger      |
| Cas de madame G     | 23                    | 1                         | Absence de traumatisme |
| Cas de madame H     | 82                    | 3                         | Traumatisme moyen      |
| Cas de madame I     | 43                    | 2                         | Traumatisme léger      |
| Cas de madame J     | 29                    | 2                         | Traumatisme léger      |
| Cas de madame K     | 23                    | 1                         | Absence de traumatisme |
| Cas de madame L     | 94                    | 4                         | Traumatisme fort       |
| Cas de madame M     | 50                    | 2                         | Traumatisme léger      |
| Cas de madame S     | 21                    | 1                         | Absence de traumatisme |
| Cas de madame T     | 54                    | 2                         | Traumatisme léger      |
| Cas de madame Y     | 104                   | 4                         | Traumatisme fort       |

Tableau 19 : tableau récapitulatif des résultats de la recherche

A partir de ces résultats, nous pouvons distinguer la répartition de ces quinze sujets de recherche sur quatre différents niveaux d'intensité du traumatisme illustré dans le tableau suivant :

| Nombre de sujets | Niveau d'intensité du traumatisme | Sujets concernés      |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| 3                | Traumatisme fort                  | Cas : D, L et Y       |
| 4                | Traumatisme moyen                 | Cas : A, B, C et H    |
| 5                | Traumatisme léger                 | Cas : F, I, J, M et T |
| 3                | Absence de traumatisme            | Cas : G, K et S       |

Tableau 20 : tableau explicatif des résultats de la recherche

Cette évaluation établie à partir de la conversion des notes brutes obtenues par ces dernières, elle nous permet aussi de noter les remarques suivantes :

- Pratiquement aucun score n'est répété quelque soit l'intensité du traumatisme ; sauf pour les deux cas G et K (qualifié par une absence de traumatisme), ont obtenu un même score brute de 23.
- le score le plus bas de 21 est obtenu par le cas S, par opposition au score le plus élevé de 105 obtenu par le cas D.

Ceci nous permet de diviser ce groupe de recherche en 4 sous groupes, en fonction de l'intensité du traumatisme, pour une meilleure lecture des résultats, et une meilleur explication des raisons de cette variation à partir des données que nous avons pu collecté à travers leurs réponses, et leurs réactions que nous avons pu noté à travers notre observation durant les deux passation.

- **1<sup>er</sup> sous groupe : le traumatisme fort**

Le tableau suivant va illustrer les réponses étalonnées de chaque femme, à chaque échelle du questionnaire qui représente les différents troubles et réactions qui peuvent être engendré par un événement traumatique, qui est ici « l'annonce de la mastectomie » :

| Echelle         | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | TOTAL |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| cas de madame D | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4     |
| cas de madame L | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4     |
| Cas de madame Y | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 2 | 4     |

Tableau 21 : Récapitulatif des notes étalonnées du premier sous-groupe

Nous remarquons au premier abord, l'absence d'une même note étalonnée entre les trois cas, même-si, ils manifestent parfois de mêmes troubles, dont l'intensité varie d'un cas à l'autre. Toutefois, nous remarquons qu'ils manifestent en communs certains troubles, dont l'intensité et la note étalonnée dans la même échelle sont similaires, mais n'obtiennent pas une note brute identique.

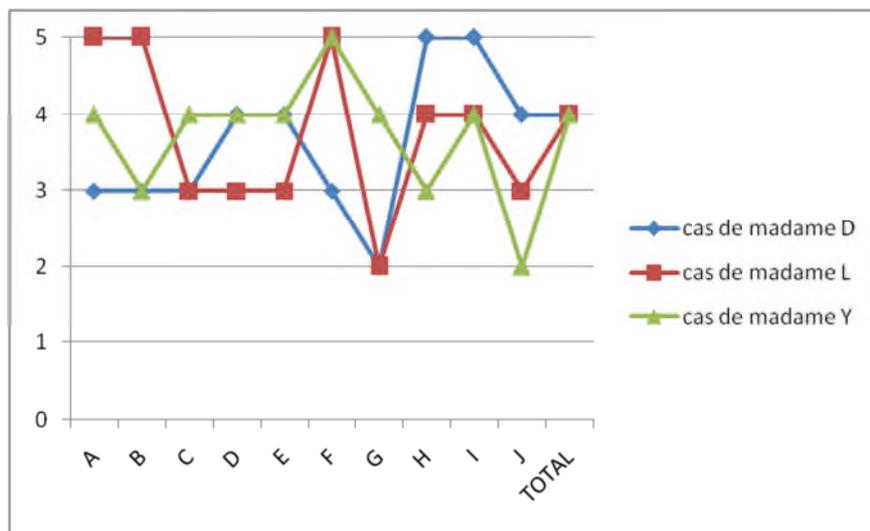


Figure 23. représentation graphique de l'analyse du premier sous-groupe

A partir de ce graphe qui représente les notes étalonnées de chaque femme de ce sous-groupe, nous pouvons remarquer certains croisements entre certaines lignes, qui peuvent être interprétées par la même intensité de manifestation des troubles :

- du sommeil et cognitifs entre les cas D et L.
- psychosomatiques et vécu psychique chez les cas L et Y.
- de reviviscences, d'évitements, et d'hyperactivité neurovégétative chez les cas D et Y.

Nous tentons d'expliquer ces quelques similitudes par les quelques points communs retrouvés dans la vie de ces trois femmes ; en effet nous remarquons que

madame L et D partagent une même situation économique dite modeste, le même conflit avec leur conjoint où la relation conjugale a changé depuis la maladie, et qu'elles ont toutes deux eues des pensées d'avortement pour se débarrasser de leur dernières grossesses. Par contre madame L et Y qui ont presque le même âge, vivent avec leur mastectomie depuis plus de trois ans. Tandis que madame D et Y ne partagent guère la même situation socio-économique ou les mêmes réactions depuis la mastectomie vis-à-vis de leur conjoint, de leur famille, de leur apparence.

Cependant, nous remarquons qu'à travers les entretiens de chacune de ces cas la même importance et valeur symbolique qu'elles donnent toute, à leur sein, et à leur statut de mère et d'épouse. Ces représentations aussi importantes quelles soient, une fois confrontées à une agression extérieure, déclenchent chez ces femmes une manifestation de leur mécanismes de défense dont le but est de faire face à ces perturbations soudaines, entraînant les réactions suivantes :

- Madame D rejette la faute sur les autres, refuse de s'avouer sa maladie et le changement de son corps, utilisant par là un déni total de sa mastectomie.
- Madame L, pour qui sa beauté est ce qu'elle possède de plus chère vit mal le changement que subit son corps, ce qui la met face à une blessure narcissique profonde.
- Madame Y qui ne supporte pas son invalidité à accomplir les mêmes tâches qu'avant, la pousse à se sentir inutile pour sa famille, intensifié par ces antécédents traumatiques.

Ces femmes réagissent donc en fonction de la valeur des affects et de leurs représentations où chacune se protège par des mécanismes différents à différents degrés selon leur personnalité et les facteurs environnants.

- **2<sup>ème</sup> sous groupe : traumatisme moyen**

Le tableau suivant va illustrer les réponses étalonnées de chaque trouble appartenant à chaque femme de ce sous-groupe qu'elles manifestent depuis l'annonce de la mastectomie :

| Echelles        | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | Total |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Cas de madame A | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3     |
| Cas de madame B | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3     |
| Cas de madame C | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3     |
| Cas de madame H | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 3     |

Tableau 22 : Récapitulatif des notes étalonnées du deuxième sous-groupe

Après l'observation du tableau, nous sommes attirées par la grande variation des notes à l'échelle F et G et une même note étalonnée à l'échelle E, ainsi qu'à l'échelle J où elles partagent la même note.

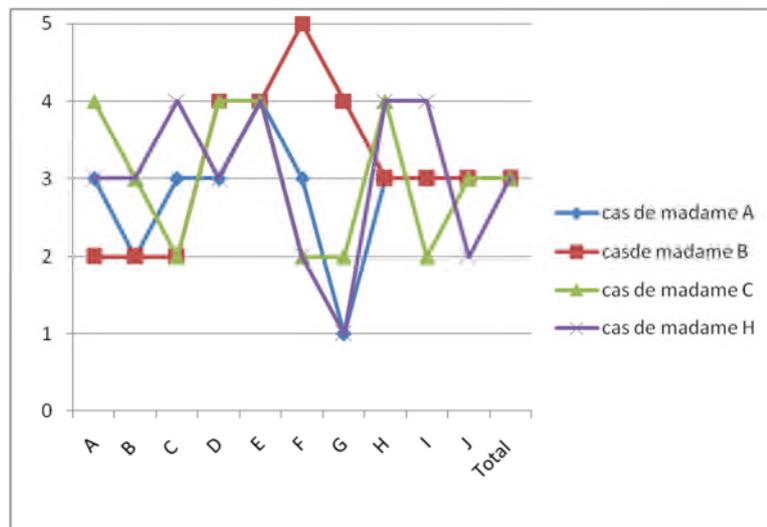


Figure 23. Représentation graphique de l'analyse du deuxième sous-groupe

A travers ce graphe qui représente les notes étalonnées en fonction des échelles du Traumaq, nous remarquons à première vue chez les quatre femmes, une même intensité de manifestations neurovégétatives, une très grande variation de troubles cognitifs et psychosomatiques et une intensité de la qualité de vie partagée chez les trois femmes sur quatre.

Nous tentons de donner des explications sur ces remarques par la comparaison de la qualité de vie de ses femmes, de leur âge, et de leur connaissance de la mastectomie. En effet, la grande variation de troubles cognitifs et psychosomatiques peut être expliquée par la variation de leur âge où la note étalonnée la plus élevée est obtenue par le cas B, qui est la plus âgée d'entre elles (55ans) et la plus faible à celles qui sont les moins âgées (cas A 39 ans, cas H 31 ans).

Concernant la qualité de vie, nous remarquons l'importance du soutien apporté par leur famille et de celles données à leur corps, aux regards des autres, ces mêmes représentations se manifestent toutes fois de différentes manières chez ces quatre femmes où on peut remarquer :

- le cas A et B qui ignoraient tout de la mastectomie jusqu'au jour où elles se trouvent amputées de leur sein, obligées de confronter cette situation sans pour autant l'accepter, elles refoulent par là leur sentiments de ne plus être la même femme qu'avant.
- Quant au cas C et H, elles manifestent différentes réactions face à leur nouvelle situation de femme mastectomisées, où la première se cache du regard des autres, en gardant sa mastectomie secrète en camouflant les différents changements survenus ; quant à la deuxième, elle fait tout pour continuer à vivre comme avant, en cherchant à se faire admirée par son courage.

Ces femmes se voient donc utiliser des mécanismes de défenses depuis le jour où leur mastectomie à été annoncée, il ya déjà plus de deux ans pour le cas A et B, et moins d'un an pour le cas H et C.

- **3<sup>ème</sup> sous groupe : traumatisme léger**

A partir du tableau suivant, nous allons pouvoir établir les remarques observées quant à la différence des notes étalonnées à chaque échelle pour les cinq femmes qui représentent ce sous-groupe :

| Echelles               | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | Total |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| <b>cas de madame F</b> | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2     |
| <b>cas de madame I</b> | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 0 | 3 | 2     |
| <b>cas de madame J</b> | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2     |
| <b>cas de madame M</b> | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2     |
| <b>cas de madame T</b> | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2     |

**Tableau 23 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq pour le troisième sous-groupe**

Nous pouvons apercevoir au premier coup d'œil une même note étalonnée à l'échelle H obtenues par les cinq cas, une variation des échelles G, I, et J.

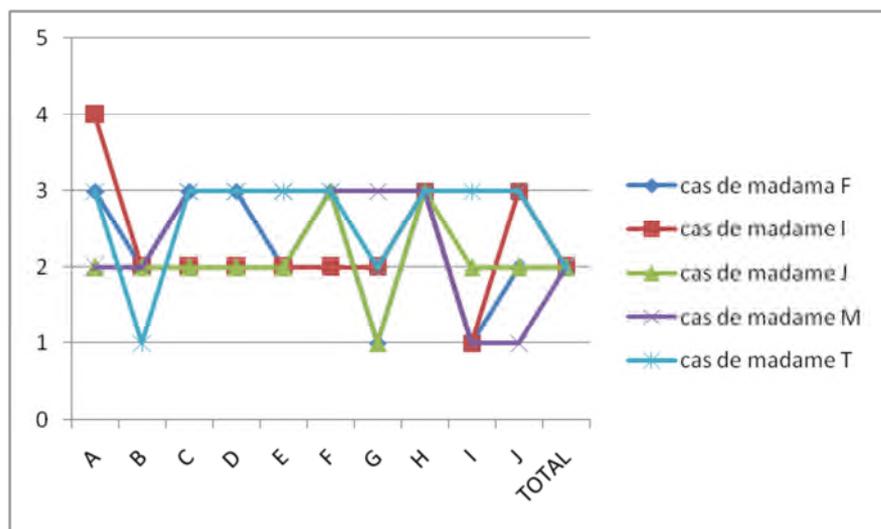


Figure 24. Représentation graphique de l'analyse du troisième sous-groupe

Nous observons à travers le graphe une illustration d'un même pic élevé à la note des échelles H qui représente la même intensité des troubles dépressifs malgré le bon soutien qu'ils lui sont apportés par leur famille et conjoint en particulier. Par contre les variations remarquées face à la manifestation du vécu traumatique et de la qualité de vie pourraient éventuellement s'expliquer par la différence des dates de la mastectomie, où l'intensité de la manifestation correspond à la durée de cette dernière. Les réactions de ces cinq femmes sont quasi normales, remarquées par leur comportement face au regard des autres où elles ne se sentent plus comme avant, mais seul le cas M qui cache sa mastectomie mais pas son cancer ne présente par ce problème et se trouve être comme avant.

On remarque aussi que les notes les plus faibles étalonnées restent celles de madame J qui est la seule à avoir toutes les informations nécessaires de l'événement, contrairement aux autres, qui ne pensent qu'au danger du cancer, expliquant leur réactions de peur de la mort. Leurs représentations demeurent ainsi rattachés aux regards des autres, à la perception de leur nouvelle image face à laquelle elles emploient des mécanismes de défense qu'elles cherchent à oublier, à dénier ; Ce qui pourrait expliquer au passage la variation des troubles cognitifs.

- 4<sup>ème</sup> sous groupe : absence de traumatisme

Ce tableau récapitulatif résume les notes du dernier sous groupe qui ne manifeste pas de traumatisme selon les notes obtenus du test Traumaq :

| Echelles        | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | TOTAL |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Cas de madame S | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1     |
| Cas de madame G | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1     |
| Cas de madame K | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1     |

Tableau 24 : tableau récapitulatif des résultats du traumaq pour le quatrième sous-groupe

Nous remarquons à partir du tableau la même note aux échelles E, F, et J chez les trois cas, ainsi qu'une grande différence des notes de l'échelle A

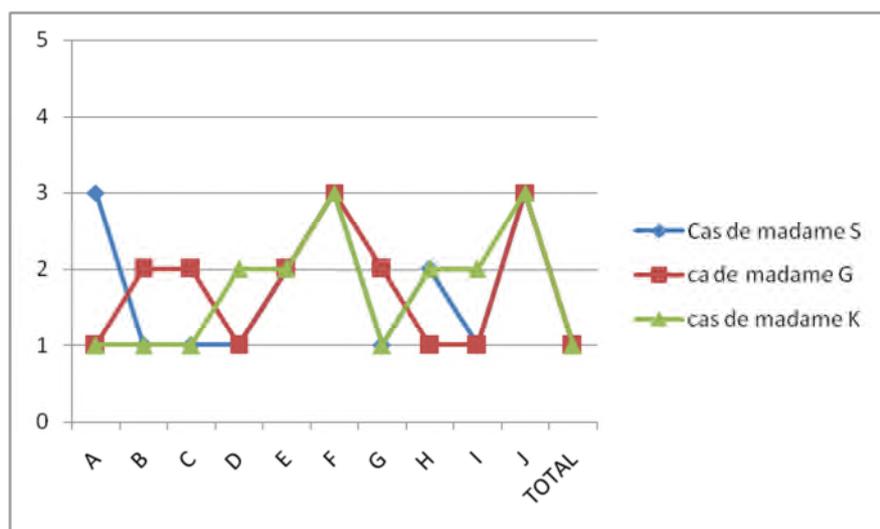


Figure 25. Représentation graphique de l'analyse du quatrième sous-groupe

Cette illustration graphique qui exprime les notes du tableau précédent nous laisse remarquer une même variation chez les trois cas ; des réactions psychosomatiques, de leur vécu traumatique et de l'hyperactivité neurovégétative. Nous tentons d'expliquer ces ressemblances par l'atteinte et fatigue physique due au cancer. Le soutien offert par leur famille respectives et leur conjoint qu'elles décrivent de présent, n'empêche pas l'altération de leur perception de soi, à laquelle elles réagissent toutefois différemment, pareil pour leur réaction face à la peur de mourir qui diffère selon les informations qu'elles ont de la mastectomie où il s'avère que celle qui détient plus d'information, détient la note la plus élevée à l'échelle A.

Malgré les résultats du Traumaq qui annonce une absence de traumatisme, les réactions de ces femmes utilisées dans la préservation de leur représentation, reste tout de même présente, c'est à ce demandé si le déni ne serait pas employé au plus haut de son degré.

En résumé, l'intensité du traumatisme et son évaluation clinique diffère d'un sujet à l'autre, confrontant alors notre hypothèse principale, malgré la subdivision des résultats en quatre syndromes psycho traumatiques différents ; Les sujets ne manifestent toutefois pas la même intensité pour chaque troubles, il est clair en effet, que les retombées émotionnelles de chaque sujet diffère donc, à la différence du vécu de chaque femme.

C'est à partir de la discussion des résultats et de l'analyse des quatre sous-groupes que nous arrivons à trouver réponses aux questions secondaires de notre problématique, en affirmant successivement nos hypothèses :

**« La variation de l'intensité du traumatisme psychique serait liée aux retombées émotionnelles de la mastectomie chez chaque femme ».**

**« La manifestation des répercussions post-traumatiques peut être influencée par différents facteurs de différents degrés, les femmes ayant subi une mastectomie, leur perception de soi et leur relation socio-affective ».**

En effet, à travers l'analyse des quinze cas qui compose notre groupe de recherche, nous prenons compte de quelques éléments que manifestent toutes ces femmes malgré la différence de leurs âges respective. Celles-ci partagent une grande importance de leur statut de femme au foyer, de mère et d'épouse qui définit leur valeur sociale et permet leur intégration dans la société en tant que femme active mais avant tout, en tant que femme accompli, ce qui implique l'importance de leur image de femme toujours présentable et féminine dans un environnement où le regard des autres et l'apparence sont primordiale.

Ainsi depuis qu'elles ont subi leur mastectomie, elles doivent faire face à différents changements de leur vie qui sont provoqués par cette dernière, on remarque alors la manifestation de différents troubles, tel que : les évitements phobiques, les troubles du

sommeil, troubles dépressifs, ou encore et plus fréquemment la restriction de la vie sociale et affective, perte de l'estime de soi, irritabilité, isolement, mais aussi un sentiment de dévalorisation, perte de compétences, sentiment de culpabilité. En plus des atteintes somatiques (perte ou prise de poids importante) et des atteintes cognitives, perte de mémoire et trouble de concentration.

Des répercussions qui pour la plus part apparaissent après l'annonce de leur diagnostic du cancer et leur mastectomie, en l'occurrence celles qui ne possèdent pas d'informations suffisante à propos de cette maladie, ne se rend pas compte de ces conséquences qu'après leur intervention et la perte de leur sein remplacé par une cicatrice qui vient mutiler leur corps.

Cette mastectomie, qui vient porter atteinte au vécu de ces femmes n'est pas démunie toutefois de retombées émotionnelles, face à la menace réelle qu'elles ressentent contre leur intégrité physique et psychique. C'est donc face au débordement de l'appareil psychique qui se trouve prit par surprise d'une rencontre subite avec la mort et l'excision du corps, que l'on peut remarquer l'emploi par les femmes mastectomisées de certains mécanismes de défense de façon inconsciente et involontaire dans le but d'atténuer la tension interne et externe provoquer par le traumatisme. Nous observons alors quelques mécanismes fréquemment employés par ces quinze femmes, à différents degré et rythme, en fonction de l'intensité des répercussions et de l'impact traumatique provoqué par la mastectomie, accompagné de certains facteurs tels que ; la relation conjugale, la perception de leur corps (de soi), le soutien apporté par l'entourage proche, mais aussi le niveau d'information au sujet de la mastectomie. Expliquant par là, la variation de l'intensité du traumatisme chez chaque cas qui serait liée au degré des mécanismes de défense utilisé et aux répercussions rencontrées par chaque femme.

Ces dernières utilisent, majoritairement le déni pour fuir la réalité de leur maladie face à laquelle, elles perdent le contrôle pour certaines. Pour d'autres c'est un déni de la survenu trop subite et invisible de la maladie.

Ou encore l'annulation, dans le but de faire face aux regards des autres depuis la mastectomie ; le refoulement de leurs sentiments et idées douloureuses au moment où

elles se rappellent leur vie d'avant le traumatisme ; l'évitement de toute situation possédant une relation avec la mastectomie y compris, la cicatrice et le regard des autres.

Mais aussi l'isolation, chez certaines qui préfèrent fuir la réalité de son nouveau corps mutilé à travers le regard des autres ; la projection rencontrée chez les femmes vivant en conflit avec leur conjoint depuis la mastectomie, ainsi que la religion pour mieux s'adapter et accepter cette nouvelle situation, qui souvent est prise par humour utilisé aussi comme moyen de défense.

En effet, les répercussions post-traumatiques et retombées émotionnelles qui apparaissent chez chaque femmes après leur mastectomie, seraient renforcées par différents facteurs rencontrés chez ces dernières ; le manque d'informations, mauvaise situation financière, absence de soutien familial et de la relation conjugale, sentiment exagéré de honte et de culpabilité face à la cicatrice, la dégradation de leurs forces physiques, ainsi qu'à la valeur offerte à leur corps, à leur statut. Pareil pour le facteur âge qui souvent, influence l'intensité des réactions de ces femmes pour les troubles cognitifs et états de santé physique.

En revanche, le temps qui s'est écoulé depuis la mastectomie n'influence en rien la variation de leur réaction. Toutefois, l'intensité de leur réaction traumatique reste différente d'une femme à une autre et serait liée à l'intensité de retombées émotionnelles.

Il est clair à présent, que chaque femme, vit sa maladie, sa mastectomie comme une expérience personnelle, qu'elle ne partage pas avec la même dimension avec aucune autre. Toutefois. D'un point psychologique, elle reste avant tout une expérience qui confronte brusquement à la réalité de la souffrance et à l'horizon de la mort (G.Fischer, 2008)

# **Conclusion générale**

### **Conclusion générale :**

Ce grand mal, cette morbidité pure, est l'ennemi déclaré qui touche de plus en plus d'être humain en nuisant à sa santé physique et psychique, où malgré les avancées médicales, le cancer continue de tuer. Celui du sein, spécifique à la femme, qui atteint le symbole de féminité, connaît un brutal changement, menant carrément à la soustraction de cet emblème de désir, par une opération appelée la mastectomie. Cette dernière amène le sujet en directe confrontation à la réalité de la souffrance et à l'horizon de la mort, perturbant alors l'équilibre psychique de cet être, et le mettent dans une position périlleuse par rapport à son Moi. Et c'est là qu'on retrouve la position du psychologue, chargé de repérer les difficultés et souffrances de ce sujet pour un « mieux-être » psychique, émotionnel et relationnel, en outre de baisser le niveau d'intensité du traumatisme psychique.

Un traumatisme psychique qui résulte de la confrontation avec le réel de la mort, celle-ci n'existant pas dans l'inconscient (Freud), mais se trouve présente dans le conscient du sujet qui est dépassé par un événement inattendu et imprévisible qui s'incruste dans le psychisme de ce dernier. A cet instant, il craint la mort. A titre d'exemple, les différents cas pris dans notre sujet de mémoire qui vont imager du fait de l'ablation d'un sein, le désarroi psychologique et psychique, provenant de la chirurgie qui est la mastectomie résumant la représentation du réel de la mort.

A travers notre recherche « le traumatisme psychique chez les femmes ayant subi une mastectomie », nous tentons d'expliquer la relation de cause-à-effet existante entre ces deux variables, à travers l'analyse des retombées émotionnelles provoquées par le traumatisme de la mastectomie.

Pour ce faire, nous nous sommes appuyées sur l'abord du traumatisme psychique qui intègre le point de vue psychanalytique, symptomatologique (école anglo-saxonne) et intégrative (école francophone), offrant un aspect global et un arrière plan théorique intégratif à notre recherche, ce qui nous guide vers l'utilisation d'outils de recherche qui nous permettent une collecte d'informations conforme à la problématique et à notre appui théorique. Les aspects quantitatifs et qualitatifs sont

donc, pris en compte à partir du Traumaq et d'un guide d'entretien de recherche appliqué en fonction d'une méthode clinique qui nous permet de comprendre profondément les sujets de notre groupe de recherche.

Après la collecte et l'analyse des informations nécessaires à notre quête, nous avons pu répondre à nos questions et affirmer nos hypothèses, à travers lesquelles nous pouvons avancer l'existence chez chaque femme, d'une réaction post traumatique qui se distingue à partir du moment de l'annonce ; où l'effroi est alors absorbé de différentes manières, lorsque l'idée de mort rencontre l'esprit de la femme et qu'elle se retrouve face à une situation nouvelle.

Contrairement au traumatisme de la naissance décrit par Freud, où le nourrisson n'arrive pas à se protéger du danger de submersion du nouveau monde, car il ne possède pas de mécanismes de défense. La femme mastectomisée elle, possède une simple organisation qui en cas de traumatisme, se comporte différemment pouvant évoluer vers une autre structuration à la recherche d'une stabilité relative de la personnalité, caractérisée par les concepts d'organisation défensive.

Ces femmes, vont probablement refuser et dénier toute nouvelle représentation dont provient l'effroi, ce qui va faire apparaître toutes sortes de compromis cherchant à atteindre de nouveau leur équilibre ; En effet, Henri CHABROL explique que faire face aux tensions extérieures, nécessite la mobilisation de processus mentaux automatiques non volontaires, qui sont les mécanismes de défense et le processus de coping impliquant des stratégies d'adaptation, que nous avons pu retrouver chez les quinze cas de notre recherche , tels que l'identification projective, la dissociation, la rationalisation, l'isolation de l'affect qui est une défense normale face à un événement traumatique (H .Chabrol, 2005).

Cette étude nous permet donc, de constater à partir des résultats obtenus, l'existence de différents facteurs, tels que le rôle jouer par la famille de la malade, plus principalement son conjoint ; l'importance de la valeur offerte à son symbole de féminité, ainsi qu'à l'ampleur des répercussions provoquées par la mastectomie. Ce qui justifie par ailleurs, la variation de l'intensité du traumatisme psychique retrouvée

chez chaque femme, en fonction de l'importance des retombées émotionnelles qu'engendre la mastectomie.

En dépit de ces résultats qui nous ont permis la confirmation de nos hypothèses, constatant l'ampleur de la mastectomie et ses effets post-traumatiques sur les femmes, il reste à signaler que ces derniers, comme dans toute recherche scientifique, restent relatives et non absolues, du moment que notre groupe de recherche ne représente pas toutes les femmes atteintes du cancer du sein et qui ont subi une mastectomie.

En effet, certaines femmes se trouvent mastectomisées de leurs deux seins, une ablation bilatérale qui met ses femmes devant un double traumatisme psychique. Par rapport aux résultats obtenus dans les deux cas cités, nous constatons la nécessité d'une prise en charge psychologique dont auraient besoin ces femmes pour mieux faire face à leur souffrance et extérioriser leur douleur interne.

Ceci ne s'applique pas uniquement aux femmes qui ont subi une mastectomie, mais à toutes les femmes qui souffrent d'un cancer touchant à leur intégrité corporelle. Il est donc temps, de donner plus d'importance à la psycho-oncologie, car le cancer n'est pas que l'affaire d'un traumatisme, mais tout un aspect psychique, qui se voit être envahi par des détériorations et possibilités de débordement qui témoigne d'une situation d'impasse pour ces femmes à travers un processus de somatisation par lequel, le conflit cherche à trouver une issue mentale, déclenchant dans son corps des désordres organiques, source de différentes maladies.

C'est alors que nous traverse à l'esprit, un raisonnement inversé qui laisserait penser que le traumatisme psychique, pourrait être une raison qui provoquerait le cancer ; est-il possible que le cancer du sein soit le résultat d'un conflit ou d'une désorganisation psychique ? ; La psychologie pourrait-elle un jour aider à la prévention de ce dernier ? ; ouvrant par là, le champ pour d'autres études ultérieures.

# **Bibliographie**

### Ouvrages

1. Baldoni F et Trombini G, *La psychosomatique : l'équilibre entre corps et esprit*, Paris, In press, 2005.
2. Barrois C. *les névroses traumatiques*, Paris, Dunod, 2<sup>ème</sup> édition, 1998.
3. Baqué M. *apprivoiser la mort*, Paris, Odile Jacob, 2003.
4. Bénony H, Chahraoui K, *l'entretien clinique*, Paris, Dunod, 1999.
5. Beaud M, *l'art de la thèse*. (1999), Alger, Casbah, 2005.
6. Bouatta C, *les traumatismes collectifs en Algérie*, Casbah, 2007.
7. Boudarene M. *le stress entre le bien et souffrance*, Alger, Berti, 2005.
8. Ciccone A, Ferrant A. *honte, culpabilité et traumatisme*, Paris, Dunod, 2008.
9. Chahraoui K, Bénony H, *méthodes évaluation et recherches en psychologie clinique*, Paris, Dunod, 2003.
10. Damiani C, Pareira-fradim M, *manuel traumaq*, Paris, ecpa, 2006.
11. De Clercq M, Lebigot F. *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, 2001.
12. De Soir E, Vermerein E, *les debriefings psychologiques en question*, Garant, 2002.
13. Doucet C, *la psychosomatique théorie et clinique*, Paris, Arman colin, 2000.
14. Espié M, *cancer du sein, actualités thérapeutiques*, Thon Libbey Eurotext, 2007.
15. Ferragut E, *penser l'hôpital autrement : qualité de soin et contrainte économique*, Paris, Masson, 2009.
16. Fischer G, *l'expérience du malade : l'épreuve ultime*, Paris, Dunod, 2008.
17. Fisher G, *Psychologie du cancer*, Paris, Odile Jacob, 2013.
18. Fitoussi A, Martinet C, et al, *chirurgie du cancer du sein : traitement oncoplastique et reconstruction*, paris, Elsevier Masson, 2011.
19. Freud S. (1920), *Au delà du principe de plaisir*, Paris, Payot, 1968.
20. Freud S. *introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.
21. Grossit D, Dasic J, *mastectomie fascicule*, Paris, Persored, 2007.
22. Haynal A, et all. (1978), *médecine psychosomatique aperçu psychosociaux*, Paris, Masson, 3<sup>ème</sup> édition, 1997.

23. Institut curie, *Fascicule de chirurgie sémiologique et gynécologie*, Janvier, 2013.
24. Institut de lutte contre le cancer INCA, *Chirurgie prophylactique des cancers avec prédisposition génétique*, France, 2009.
25. Kédia M, Sabouraud-Seguin A, et al. (2008), *l'aide-mémoire de psychotraumatologie*, Paris, Dunod, 2eme édition, 2013.
26. Lebigot F, *Le traumatisme psychique*, Fabert, 2001.
27. Lebigot F, *traiter les traumatismes psychiques*, Paris, Dunod, 2005
28. Lebigot F et De Clereq M, *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, 2001.
29. Morère J Corner F et Soulières D, *thérapeutique du cancer*, Paris, Springer, 2011.
30. Prudhomme Ch Jean mougin Ch et Duffet B, *Mémento de stage de l'infirmière psychiatrie*, Maloine, 2009.
31. Zelet L, Zermik N, *aider à vivre après un cancer*, Springer, 2010.

### Revues

1. Berlangieri S, *cancer du sein, une vision innovatrice de la physiothérapie*, université de Montréal, mai 2012.
2. Benziadane N, *Cancer du sein diagnostic et traitement*, office des publications universitaire, Alger 2004.
3. Chabrol H, *les mécanismes de défense*, Université de Toulouse, Septembre 2005.
4. Decam L, *de la névrose traumatique à l'état de stress post-traumatique : étude d'une population de consultants aux urgences psychiatriques*, université Joseph Fourier, Grenoble, octobre 2012.
5. Parent A. (2003), La parole aux amazones : rubrique actualité esthétique, *la lettre du sénologue*, N°62.
6. Sauvagnat F. (2008), le trauma psychique, *Revue psychologie clinique*, Nouvelle série N°24.
7. Zahaf L. *santé mag, magazine mensuel de la santé, tout sur le cancer*, (2012), 3eme édition, vol.15-16.

### Dictionnaires :

1. Dictionnaire de psychologie, Norbert Sillamy, 2003.
2. DSM 4-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles du comportement, 4<sup>ème</sup> édition, 2000.
3. Le petit Larousse de la médecine : l'indispensable pour toute la famille en 5000 articles, 2010.
4. Le petit Larousse illustré, librairie Larousse, 1980.
5. Vocabulaire de la psychanalyse, Laplanche et Pontalis , 2<sup>ème</sup> édition, 1996 .

# **Annexes**

**Annexe 1 :**  
**Le formulaire de**  
**consentement**

**Annexe 2 :**  
**Questionnaire**  
**traumaq**

**Annexe 3 :**  
**Questionnaire**  
**traumaq en version**  
**kabyle**

**Annexe 4 :**  
**Le guide d'entretien**  
**(Français/Kabyle)**

**Guide d'entretien :**

**Axe 1 :L'annonce de l'ablation**

Comment avez-vous vécu l'annonce de votre ablation (mastectomie)? (Amekh itaachet asaalem nel parationne im ?

.....  
.....  
.....

Quelle était votre réaction ? (Amekh imtetra ?)

.....  
.....  
.....

Qu'avait-vous imaginez au moment de l'annonce ? (Dacho itkouylet imireni ?)

.....  
.....  
.....

Que saviez-vous sur la mastectomie ? ( dachou itesnet ikel af lehlakh ayi ak delparasyoun ayi ?)

.....  
.....  
.....

Comment s'est passé le jour de votre chirurgie ? ( Amekh itesaadat ass noparationne im ?)

.....  
.....  
.....

En vous réveillant de l'opération, quelle a été votre première pensée ? (Mi tdekhwalet guel paration im, dachou mdiwsen damezwaro guel balim ?)

.....  
.....  
.....

**Axe 2 : L'avant et l'après opération**

Comment était votre vie avant la mastectomie ? (Amekh itellit tet3ichet oqbel oparationne im ?)

.....  
.....  
.....

Comment est devenu votre quotidien depuis la mastectomie ? (Amekh iyeqqel wassim gasmi taalet apartionne ayi ?)

.....  
.....  
.....

Que ressentez-vous à vos retours à l'hôpital ? (Dacho thosset mi theqlet r sbitar ?)

.....  
.....  
.....

Quels sont les changements de votre vie qui vous ont le plus marqué depuis la chirurgie ? (Daniti lehwayedj iqmiqerhen gayen iyenbeddalen guel hayat im ?)

.....  
.....  
.....

### **Axe 3 : perception de soi**

Quelle était votre réaction à la première vue de votre cicatrice ? ( Achou taalet asmi teziridh el jerh nel parationne im tikelt tamezwarut ?)

.....  
.....  
.....

Comment vous voyez vous depuis la chirurgie ? (Amekh itwalit imanin gasmi taalet aparation ?)

.....  
.....  
.....

Que pensez-vous de la chirurgie reconstructrice, des prothèses, pensez-vous à les utiliser ? (Dacho tennit g parassionne iguet3awadhen, ak laprothése , tkhemimet ataaletet khrawes ?)

.....  
.....  
.....

Comment réagissez-vous face aux regards des autres ? ((Amekh imteterro asma kmidkhedren medden ?)

.....  
.....  
.....

Comment vous vois votre conjoint depuis votre mastectomie ? (Amekh ikmitwali argaz im gmi taalet aparationn im ?)

.....  
.....  
.....

**Axe 4 : Relation interpersonnel**

Quelles sont les personnes qui étaient au courant de votre mastectomie et pourquoi ?  
( Dmenho iggeelmen slehlakhim, iwasho?)

.....  
.....  
.....

Quelle a été la réaction de vos proches ? Dachó aallen widakhiqmiqerben mi eelmen  
sel parationne im ?

.....  
.....  
.....

Avez-vous une proche atteinte de cette maladie et qui comme vous a subit cette  
chirurgie ? (Tella tametoth iqmiqerben tehlekh lehlakh ayin tekhdem yaken el  
parassionne ayi ?)

.....  
.....  
.....

Craigniez-vous qu'une femme de votre famille subit la même intervention que vous ?  
( Tougdhet athelkhith yeweth lkhalath ikmiqerben ?)

.....  
.....  
.....

Que pensez-vous du soutien qui vous ait offert par vos proches ? (Achou tennit g  
lemaawna ntfamilt im ?)

.....  
.....  
.....