

Grossesse et Cancer : Entre Eros et Thanatos
-Illustration d'un cas Clinique-
Pregnancy and Cancer: Between Eros and Thanatos
-The illustration of a clinical case-

Ouandelous Nassima Nassiba ^{1*}, (Université de Tizi Ouzou),
nassima.ouandelous@ummto.dz

Zouani Naziha ², (Université de Tizi-Ouzou), naziha.zouani@ummto.dz

Reçu	07-10-2020	Accepté	14-04-2021
------	------------	---------	------------

Le résumé

le cancer fait vaciller l'identité subjective et professionnelle de tous, et fait parfois émerger des mouvements psychiques très forts : fascination, horreur, pitié. Mais qu'en est-il quand un cancer maternel est diagnostiqué au cours d'une grossesse ? Quand le temps de la maternité croise celui du cancer ? Comment penser la vie et la mort en même temps ?

La découverte d'un cancer au cours d'une grossesse est un véritable traumatisme qui suscite des émotions intenses et contrastées, l'idée de la mort surgit au moment où la femme s'apprête à donner la vie. A travers une vignette clinique, nous retracerons la dimension psycho oncologique et la souffrance d'une femme qui est confrontée à cette collusion de vie et de mort, à une illusion d'un choix possible, interrompre la vie d'un fœtus bien portant pour se donner plus de chance de survie alors que le garder peut conduire à la mort

Mots Clés

Cancer ; Grossesse ; Mort ; Psycho oncologie ; Souffrance.

Abstract

Cancer shakes everyone's subjective and professional identity, and sometimes gives rise to very strong psychic movements: fascination, horror, pity; but what about when maternal cancer is diagnosed during pregnancy when the time of motherhood intersects that of cancer? How to think about life and death at the same time ? The discovery of cancer during pregnancy is a real trauma that arouses intense and contrasting emotions; the idea of death arises as a woman is about to give birth. Through a clinical vignette, we will retrace the psycho-oncological dimension and the suffering of a woman who is confronted with this collusion of life and death, with an illusion of a possible choice, to interrupt the life of a healthy fetus to give oneself a better chance of survival when keeping it can lead to death.

Keywords: Cancer; Death; Pain; Pregnancy; Psycho oncology.

* Auteur correspondant

Introduction

La survenue d'un cancer est un évènement particulièrement douloureux, c'est une effraction traumatique qui va provoquer une désintrinsication de la pulsion de vie et de mort. Le patient va devoir affronter non seulement la maladie et le monde complexe des soins, mais également lutter pour maintenir son équilibre émotionnel et son image de soi, en préservant le plus possible ses liens affectifs, sociaux et professionnels (Vannotti & Guennart, 1997).

Ce bouleversement émotionnel auquel le cancer confronte les patients dès l'annonce du diagnostic et des protocoles thérapeutiques se traduit par une souffrance psychologique ou détresse psychologique. Mais parfois, ce diagnostic de cancer est posé chez la femme au cours ou au décours d'une grossesse ce qui va renforcer la désintrinsication et susciter des émotions particulièrement vives qui vont se transmettre et contaminer tous ceux qui sont concernés de près ou de loin et modifier en profondeur leurs relations.

L'association « cancer » et « grossesse » se définit comme la découverte d'un cancer pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement. Cette situation est rare mais elle risque de se rencontrer plus fréquemment puisque l'incidence du cancer notamment celui du sein augmente et que la grossesse survient de plus en plus tard (Cardonick, 2014; Hahn & Johnson et al, 2006; Vinatier, Merlot & Poncelet, 2009) citées dans (Perrier, 2016). À cette définition classique, la plupart des équipes associent également les cancers qui sont diagnostiqués après un avortement ou une grossesse arrêtée (Mounzil et autres, 2001).

La complexité clinique de cette situation nécessite selon (Sartori et al, 2018) l'identification d'une stratégie thérapeutique efficace pour maximiser les bienfaits pour la mère et minimiser les effets néfastes pour le fœtus. Néanmoins, dans certaines situations, et afin d'éviter les risques de malformation fœtale induite par les traitements instaurés, les oncologues se retrouvent contraints parfois à préconiser une interruption médicale de grossesse (IMG), une procédure qui n'est pas dénuée de complications médicales voire psychologiques, que Wendland (2009), Cardonick, Dougherty & Grana (2010) citée dans (Perrier, 2016) et (Azim & Peccatori, 2011; Tankul & Ruengkhachorn, 2018), l'ont démontré. Selon ces auteurs, un des choix les plus traumatisants pour le couple est de pratiquer l'IMG. L'expérience clinique atteste du caractère hautement bouleversant et culpabilisant d'une telle situation et de ses effets durables sur les relations parents-enfant. Wendland précise que l'arrêt de la grossesse même à un stade très précoce constitue un deuil périnatal, qui peut parfois s'accompagner du deuil de la capacité à enfanter (selon le type de traitement).

Même si la littérature médicale a fournit des avancées et des recommandations, celles concernant les conséquences psychologiques restent encore insuffisantes et rare sont les auteurs qui ont mis l'accent sur les aspects émotionnel et psychologique de ces patientes notamment dans le contexte algérien, d'où l'intérêt de ce travail.

Cancer et grossesse : Aspect épidémiologique

Selon le Centre international de recherche contre le cancer (CIRC) (2021), l'année 2020 a enregistré 19,3 millions de nouveaux cas de cancers diagnostiqués et 10 millions de décès. Le cancer du sein est parmi les cancers les plus fréquemment diagnostiqués avec 11,7% des nouveaux cas. Il est au premier rang en termes d'incidence et de mortalité dans la plupart des pays du monde (<https://news.un.org/fr/story/2020/12/1084572>).

Concernant la survenue du cancer au décours d'une grossesse, les auteurs (Jhaveri, Driscoll et Grant-Kels, 2011) cités dans Hepnera et al, 2019) et (Cardonick, 2014 ;Cardonick, Dougherty & Grana, 2010 cités dans Perrier, 2016) soulignent la rareté de ce phénomène qui survient environ une fois par 1 000 grossesses par an, ce qui correspond à 0,07% à 0,1% de toutes les tumeurs malignes, sachant que les cancers les plus courants associés à la grossesse sont, par ordre décroissant de fréquence, le mélanome, le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, les lymphomes et les leucémies (Hepnera et al, 2019). La rareté de ce phénomène a été signalée aussi dans quelques études marocaines qui ont recensé sur 41 592 grossesses 10 cas de cancer du sein, soit un pourcentage de 0,24 ‰ et cela durant la période de 2005 à 2011 (Bouzakraoui, 2012).

Alors que les études de (Eibye, Kjaer et Mellemkjaer, 2013 ; Lee et autres, 2012) ont indiqué que le taux d'incidence des cancers associés à la grossesse connaît une augmentation de la proportion de 5,4% (n = 572) à 8,3% (n = 1052) sur une période de 30 ans (Botha, Rajaram & Karunaratne, 2018).

Et que le risque de développer un cancer lié à la grossesse augmentait considérablement avec l'âge (Botha et al, 2018 ; Wani, Dass, Naikoo, Parray & Wani. N, 2011) et le retardement de la procréation (Bouza kraoui, 2012).

En Algérie, le cancer du sein est considéré selon l'étude de (Nait Behloul, 2018) comme étant le premier cancer de la femme, et même la première cause de mortalité par cancer avec 11847 nouveaux cas enregistrés annuellement, et 3367 décès, un taux d'incidence standardisée estimée à 5506/100 00 femmes et une mortalité de 16.2/100 00 femmes.

Concernant l'association du cancer à une grossesse Guendouz, Chetibi, Abdelouahab & Bendib (2010) ont signalé un taux de 08.5% de cas de 1995 à 2004. Alors que pour la période allant de février 2011 à décembre 2012, Dilem & Bendib (2013) ont recensé sur 612 patientes âgées entre 27 et 45 ans et opérées pour cancer du sein, 10 % (61 cas) avaient présenté un cancer du sein durant la grossesse ou la période d'allaitement.

Quant à l'étude Sait et al (2016), les résultats ont démontré que durant la période allant du 1^{er} janvier 2012 jusqu'au 31 décembre 2015, 41 cas du cancer du sein ont été adressés pour Interruption thérapeutique de la grossesse (ITG) soit une prévalence de 6 cas par 10 000 grossesses; et que la tranche d'âge la plus affectée était entre 30 et 40 ans.

Néanmoins, selon ces auteurs l'incidence réelle du cancer pendant la grossesse est sous-estimée, car les cas ne sont pas systématiquement enregistrés dans des bases de données partagées et que les cas qui se terminent par une

interruption de grossesse sont souvent négligés (avortements spontanés, mort-nés et grossesses interrompues), constat qui a été aussi confirmé par Sartori et al (2018).

Vécu Psychologique de la grossesse

La grossesse est un évènement fondateur qui fait découvrir à la femme un état psychologique nouveau. Un état qui se construit soit au fur et à mesure pour une première grossesse soit avec des repères personnels, qui fixent le « normal » et le « bizarre » pour les grossesses suivantes.*(<https://sante-guerir.norefamille.com/sante-a-z/le-vecu-de-la-grossesse-entre-bonheur-et-inquietude-le-vecu-de-la-grossesse-entre-bonheur-et-inquietude-o305115.html>)*.

C'est un moment exceptionnel dans la vie d'une femme et selon Wendland (2007), la grossesse constitue une période sensible et fragile dans la vie d'une femme. C'est un moment craint et espéré. Il entraîne des émotions, des sensations qui peuvent être constructives (réalisation de la féminité, joie de mettre au monde, de continuer la lignée,...) mais aussi source d'angoisse, de craintes et de doutes (ambivalence vis-à-vis de la maternité (désir d'enfant) réaction défensive contre les changements dans le couple, dans la famille et dans le travail..) et modification de l'apparence corporelle.

En effet, et toujours selon cet auteur cette traversée est marquée par un vécu corporel et psychique, ce moment de maturation implique des réaménagements psychiques et prépare la femme à des changements qui affecteront tous les domaines de sa vie, allant de l'image de soi et de son corps à sa relation de couple, sa vie sociale, professionnelle et familiale. Mais cette situation sera vécue et gérée en fonction des ressources physiques et psychiques ainsi que les caractéristiques du contexte familial et social dans lequel intervient la grossesse (Wendland, 2007).

Mais que peut-il advenir lorsqu'un cancer s'y annonce durant cette période particulière ? Comment s'entrechoquent les transparences psychiques : celle de la grossesse (Bydlowski, 1997) et celle de l'état cancéreux (Robin, 2004) ? Quel est l'impact de cette collusion vie /mort ? (Lof & Riand, 2014).

Impact de l'annonce du cancer au cours de la grossesse

L'expression « cancer, grossesse », recouvre, dans la terminologie médicale, un cancer diagnostiqué pendant la grossesse ou première année de vie du bébé (cancer maternel) (Lof, Riand & Moro, 2011).

Cette découverte impacte les patientes, leurs proches mais aussi les équipes soignantes. C'est un véritable traumatisme qui suscite des émotions intenses et contrastées. L'idée de la mort vient faire incursion au moment même où la femme s'apprête à faire surgir la vie dans sa chair (Dauchy, 2009).

Cette découverte selon Dauchy (2009) soulève pour la femme enceinte comme pour son conjoint plusieurs questions complexes et parfois contradictoires : Pourrai-je mener ma grossesse à terme malgré le cancer ? Et le cas échéant, à quelles conditions ? Ma grossesse représente-t-elle un obstacle au traitement de cancer ? Aurai-je les mêmes chances de guérison ? Existe-il un lien

entre ma grossesse et la survenue du cancer ? Comment pourrai-je m'occuper de mon enfant et quel devenir pour lui ?

Il faut dire que si la recherche médicale a permis des avancées considérables, la recherche psychologique reste silencieuse ou du moins les témoignages dans ce domaine sont rares. Cependant, les quelques cas étudiés montrent la souffrance de ces femmes confrontées à des choix dramatiques, des femmes qui risquent de renoncer à leurs rêves de petites filles et de femmes.

Lof (2012) cité dans l'étude de Borrego (2016) fait référence au "double portage maternel" celui d'une multiplication cellulaire tumorale et d'une multiplication cellulaire fœtale. La revue de littérature établie par (Navrozoglou et al, 2008) sur cet impact psychologique pour la période du 1950 à 2007, a relevé qu'outre la colère, le chagrin, l'anxiété, la tristesse et la peur, les problèmes psychologiques comprennent des préoccupations concernant le corps, la sexualité et surtout la survie du fœtus et l'issue de la grossesse ainsi que la perte de fertilité, de l'insuffisance ovarienne prématurée et de la procréation future. Les conséquences socio-économiques aussi peuvent conduire à un stress au niveau de la carrière professionnelle, à la peur de perdre son emploi actuel et à des problèmes d'assurance.

Par ailleurs, les études de (Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richards & Ramirez, 2005 ; Henry, Huang, Sproule & Cardonick, 2012) ont étudié la prévalence et les facteurs de risque de la dépression et d'anxiété et la détresse psychologique dans les cinq années suivant le diagnostic du cancer du sein. Les résultats ont démontré que les femmes enceintes sont particulièrement disposées à réagir avec un niveau de détresse plus élevé lors du diagnostic d'un cancer.

Quant aux retentissements d'IMG, Soubieux (2009) affirme que les patientes concernées se trouvent dans une situation de double traumatisme : celui du cancer et celui de l'IMG sur un fœtus bien portant. Dans cette situation, des sentiments de colère contre le bébé peuvent survenir aussi. En effet, selon l'auteur, les patientes ne peuvent s'empêcher le plus souvent de penser que le cancer est apparu à cause de la grossesse. De ce fait, la façon de considérer le fœtus impactera sur le travail psychique à réaliser lors de l'IMG. Soubieux rappelle que l'accouchement lors d'une IMG se déroule quasiment toujours comme un accouchement normal après déclenchement. Cette idée de donner naissance à un enfant mort terrorise les femmes qui auront elles aussi peur de mourir pendant cet accouchement. C'est pour cela, cette situation met la femme face à des deuils multiples: le deuil d'un accouchement physiologique, le deuil d'un allaitement maternel et le deuil de la perte du fœtus.

Dans le même sens, Ives, Musiello et Saunders (2012) cités dans Borrego (2016) ont relaté dans leur étude les retentissements psychologiques d'une patiente qui a décidé d'interrompre la grossesse. Ils ont démontré que même des années plus tard, cette femme ressentit toujours un grand sentiment de regret, ainsi qu'une sensation de perte persistante. Elle a déclaré lors de l'entretien que « la douleur ne part pas ». Les auteurs ont mis l'accent aussi sur les facteurs

influençant les décisions des patientes par rapport à leurs situations. Ces décisions qui se basent sur leurs propres croyances et valeurs.

Ajouté à cela, les auteurs ont mis l'accent sur l'impact familial et principalement dans le couple qui va vivre différemment cette étape difficile commençant par des sentiments de culpabilité, de responsabilité et de souffrance, et la sensation de trahison qui dominera lorsque la décision finale sera prise.

L'impensable rencontre

Salima était âgée de 27 ans, mariée depuis seulement deux ans, sans enfants, elle était au début de son deuxième trimestre de grossesse quand on l'a admise dans le service d'oncologie médicale pour néoplasie du sein droit grade 2. Une IMG était préconisée ainsi qu'une mastectomie et un traitement adjuvant (chimiothérapie et radiothérapie après IMG).

Durant l'entretien, et après un long silence, Salima revient sur le début de sa maladie et les circonstances de son apparition. Trois mois après l'annonce d'une grossesse tant attendue, elle a noté des modifications de son sein droit qu'elle a jugé anormale. Elle décide alors d'aller consulter son gynécologue, « *ma mère a déjà eu un cancer du sein, j'avais peur que ce soit la même chose* ». Après une série d'analyses et d'investigations le diagnostic de cancer a été confirmé, elle nous dira « *Au même instant, j'avais l'image de mon enfant devant mes yeux, j'avais très peur pour lui* »[†]. Elle nous expliquera que cet enfant est tellement désiré et attendu[‡].

Elle s'est effondrée par cette effraction traumatique, par cette annonce ; une annonce où la vie et la mort se télescopent. Elle nous parlera de la peur qu'elle avait ressentie, la peur de ne plus pouvoir vivre pour son enfant. Elle avait de la peine à raconter l'inacceptable.

Pour Abdel-Baki et Poulin (2004) « la grossesse est un point critique dans la recherche de l'identité féminine, un point de non-retour puisqu'elle implique la fin de la femme comme une unité indépendante et le début de la relation mère-enfant, qu'elle aboutisse en naissance à terme, en fausse couche ou en avortement » (Abdel-Baki et Poulin, 2004, p24)

A un moment, elle a essayé de se rassurer en s'identifiant à sa mère qui a survécu au cancer mais très vite la peur reprend le dessus, « *ce n'est pas la même chose c'est au cas par cas* »[§].

Il faut dire que le cancer survenant pendant la grossesse est un événement stressant et empli d'émotions, son diagnostic accroît la vulnérabilité de la patiente et représente un défi pour elle, sa famille et l'équipe de soin.

Nous abordons durant cet entretien l'impact de la juxtaposition des différentes temporalités : celle de l'accueil d'une vie nouvelle et la perspective d'une mort possible mais aussi des événements qui ont jalonné sa vie.

[†] « *fihadickdikadjawlidi fi ayni, khoftaalihbezzaffe* »

[‡] « *chhalwehnanestenawfih* »

[§] « *elmardhmachi kif kif, koulwahed ou kifah* »

Cette collusion qui va induire des émotions particulièrement fortes, Salima était submergée par une angoisse de mort et de séparation, elle déprimait mais évoquera le soutien inconditionnel de son mari et leur relation qui s'est consolidée depuis sa maladie « *depuis que je suis tombée malade, il ne m'a pas laissé* »*. Pour elle, son mari a été un proche aidant primordial et une première source de soutien.

Pour Soubieux (2009) l'annonce d'un cancer produit un véritable séisme dans le psychisme de la future mère, le temps change, se fige, se bouscule, s'accélère, se ralentit. La pensée s'immobilise laissant parfois place à la confusion, les futurs parents ne sont pas préparés à vivre un tel drame. Alors que d'autres auteurs, se penchent sur la souffrance du côté du conjoint qu'on oublie assez souvent car toute l'attention est généralement centrée sur la patiente. Or, le conjoint peut également vivre la maladie de son épouse comme un véritable traumatisme, il est confronté brutalement à sa maladie et au risque de la perte. Il doit faire face aux effets secondaires physiques et psychiques des différents traitements (absence de désirs de sa femme, baisse de la sexualité au sein du couple, irritabilité, mutilation du corps ...) ce qui peut impacter la qualité de vie du couple et retarder et/ou annuler ses projets et mettre ses envies entre parenthèses. D'où l'importance de s'attarder sur le ressenti des conjoints et de leur venir en aide.

Le dossier médical de Salima est discuté lors de la réunion médicale et une prise en charge incluant chimiothérapie, radiothérapie et mastectomie est préconisée. Cependant, ce traitement doit être envisagé sans délai, car le retarder jusqu'à maturité fœtale peut avoir de graves conséquences sur la santé de la mère et ses traitements sont susceptibles d'avoir des effets dramatiques pour le fœtus : lésions génétiques, des malformations, voire la mort in utero.

Dans de telles conditions l'IMG a été proposer à Salima car la poursuite de la grossesse en elle-même mettrait en péril sa santé. Cette décision médicale n'était qu'un autre événement traumatisant qui s'ajouter aux autres traumatismes dont la patiente l'a refusé. Elle soulignait son désir de grossesse, car elle avait toujours souhaité fonder une famille. Elle attendait ce bébé depuis longtemps... d'ailleurs, elle et son conjoint ont eu des difficultés à concevoir et elle ne veut pas passer à côté de ce projet.

Salima parle avec beaucoup d'émotions, elle pleure, elle évoque son épuisement physique et psychique. Pour Shulz, Beauquier-Maccotta, Soubieux, Meriot, Wailly & Missonnier (2016) la perte d'un enfant lors d'une interruption de grossesse est une décision difficile et une expérience douloureuse liée aux sentiments de tristesse, de regrets, de perte mais surtout de honte et de culpabilité. C'est un traumatisme dans le sens où l'on touche au processus de vie et pour essayer de le surmonter, il s'agit de réussir à accepter et à intégrer la séparation d'avec cet objet d'amour investi en potentialité dans des valeurs narcissiques (Wailly, 2012).

* « menharmradht ma khellanich »

*

Dans le même sens et pour Soubieux (2009) décidé de la mort du futur bébé est un choix cruel et culpabilisant qui confronte les futurs parents à une toute puissance vertigineuse quasi divine et qui entraîne toujours une grande souffrance et une perte. L'interruption médicale de grossesse même à un stade précoce constitue donc une forme spécifique de deuil (deuil périnatal) car selon Wendland (2009) le processus de parentalité est déjà enclenché et l'élaboration de ce deuil peut être facilitée par un travail psychothérapeutique.

Avec beaucoup de difficultés, son mari finit par la convaincre à interrompre sa grossesse même si la situation est tout aussi dramatique pour ce futur père qui craint pour la vie de sa femme. Cette interruption est un acte pour « sauver la mère » mais aussi un abandon forcé de son enfant pour que sa femme puisse se soigner, comme si assumer la maladie doit forcément les empêcher d'être parents. Cependant, interrompre la grossesse pour se faire soigner ne garantit pas la guérison. Et ceci nous fait revenir à Alder, Bitzer & Brédart (2009) pour qui le conjoint doit jouer un rôle dans la prise de décision, mais vit, de ce fait une situation conflictuelle difficile à communiquer et il peut ressentir la sensation d'une responsabilité pressante, qu'il peut difficilement s'autoriser à partager (parler du mari et sa souffrance).

Après l'interruption de la grossesse et après les cures de chimiothérapie, Salima subit une mastectomie et un traitement par radiothérapie sera suivi. La patiente reste éprouvée et fragilisée par ces mois d'événements traumatiques. Elle évoque durant les séances sa grande souffrance et sa dépression maternelle, son sommeil est perturbé, elle n'arrête pas de faire des cauchemars, elle essaye de faire une mise en mots de son épuisement psychique et physique, de sa souffrance « *depuis que j'ai perdu mon enfant, je n'arrive plus, mon corps est fatigué* »^{††}.

Elle nous fera part aussi de sa peur que son mari la quitte, suite aux disputes multiples avec sa belle-mère. Une belle mère qui la disqualifiait et la dénigrerait et qui insistait auprès de son fils pour que le couple se sépare, notamment après la mastectomie car ce n'est plus une femme mais maintenant, elle est devenue une demi femme^{‡‡}. Un surnom difficile à entendre, c'est une sorte de double peine pour elle, ce qui renforce sa souffrance et sa douleur.

Pour Peirera (2009), la mammectomie bouleverse le schéma corporel, le sein manquant rappelle sans cesse l'emplacement de la maladie, de la mutilation et le regard extérieur se porte directement sur cette asymétrie et influence le regard de l'autre. Toujours selon Peirera (2009) le regard de la femme sur son corps est une épreuve, elle se découvre autrement, elle va devoir faire un travail de deuil consécutif à la modification de son image corporelle et la défiguration du féminin, afin d'accepter son corps et ce travail peut être plus au moins long.

Concernant la réaction de la belle-mère, elle nous fait revenir à Assouly-Piquet et Berthier-Vittoz (1994) qui disaient que dans le handicap tout se passe

^{††} « menhartiyehtwliidi, makdertchnerfedrouhi, le corps taaiaya »

^{‡‡} « doukawellatnassmra »

comme si l'autre, à la fois familier et étranger, avait le pouvoir de nous renvoyer une image déformée de nous-mêmes jusqu'à détruire le sentiment intime de notre identité...

Le handicap visible ou la défiguration ou la mammectomie crée un effet de « miroir brisé » qui renvoie à nos questions d'identité, à nos angoisses de castrations, à nos propres peurs de la dépendance, à notre pouvoir limité sur le monde. Et delà plusieurs réactions sont possibles, la première et la plus simple est le rejet qui peut prendre la forme de véritables agressions.

En effet, malgré les nombreux progrès réalisés en termes de prise en charge des cancers selon Préau, Marcellin et al (2008), le regard social porté sur les personnes atteintes par cette pathologie demeure encore stigmatisant et peut susciter des pratiques de discrimination à leur égard. Un stigmaté qui peut renvoyer à l'attitude des gens vis-à-vis des autres en présence d'une marque sur le corps qui peut représenter une souillure plus profonde.

D'autant que Salima avait perdu sa faculté de procréer -après la castration radicale qu'elle avait subie- et pour sa belle-mère en perdant sa capacité à devenir mère, elle avait cessé d'être une femme. Et ceci nous fait revenir au proverbe Kabyle cité dans le travail de Sellahi (2007) « *La fille, c'est comme une hirondelle sous le toit : elle n'est fixée nulle part tant qu'elle n'est pas mère féconde dans la famille des autres* ».

Malgré le soutien de son mari, elle ne se sentait pas en sécurité et vivait un risque d'être répudiée à tout moment. Car et comme le dira Lacoste Dujardin (1985) cité par Sellahi (2007) le mariage n'a pour fin dans les sociétés patriarcales et aussi en Islam que d'assurer la reproduction sociale. Salima a vécu une humiliation narcissique difficile à surmonter.

En somme, le balayage historique durant les entretiens avec Salima a placé la collision vie/mort et les évènements qui ont jalonnaient son parcours dans une dimension temporelle, leur donnant leur valeur d'écho et de répétition traumatique (Chabert, 2012). Le récit de Salima, la relecture après coup, a eu une valeur constructive, car la libération de son expérience émotionnelle a permis la libération d'affects attachés aux évènements traumatiques et les préservant de devenir ou rester pathogènes.

Conclusion

Notre travail, bien que basé sur la présentation d'une seule situation clinique, nous permet de conclure que le diagnostic d'un cancer durant la grossesse peut constituer un choc considérable, une détresse et un bouleversement psychologique encore plus important lorsque l'interruption médicale de grossesse s'impose pour sauver la vie de la femme. Cette dernière qui sera amenée simultanément à gérer psychologiquement deux évènements antagonistes dans leur représentation : d'un côté la naissance et donc la vie (Eros), et de l'autre le cancer et le risque de mort (thanatos). Une situation difficile aussi à vivre pour l'entourage familial et notamment le conjoint qui joue un rôle essentiel de soutien auprès de sa femme, d'où la nécessité de la prise en charge psychologique du couple et/ou de la famille et de l'importance de la multidisciplinarité (oncologue, obstétricien, sage-femme, psychologue, thérapeute de famille,...).

Ce travail souligne aussi que cet impact psychologique peu investigué par la littérature est un sujet qui nécessite sans aucun doute des études à plus grandes échelles. Il serait intéressant d'étudier par exemple le vécu des femmes enceintes à qui l'on a diagnostiqué un cancer et qui ont bénéficié d'un suivi et d'un soutien psychologique et celles qui n'en n'ont pas bénéficié ou bien de s'interroger sur l'influence du système familial et des représentations socioculturelles ainsi que les changements et les conséquences psychologiques à long terme que le cancer associé à la grossesse peut engendrer au sein du couple.

Références

1. Abdel-Baki, A & Poulin, M.J. (2004). « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement » *Psychothérapie*, 1 vol (24), p24, édition médecine et hygiène.
2. Alder, j, Bitzer, J & Brédart, A. (2009) : Prise en charge psycho-oncologique de la jeune femme enceinte confrontée au cancer. *Psycho-oncologie*, Vol 3, Issue 2, p 81-87.
3. Assouly-Piquet. C & Berthier-Vittoz, F. (1994). *Regards sur le handicap*. Editeur Desclée de Brouwer.
4. Azim, Jr H. A & Peccatori, F. A. (2011). Managing cancer during pregnancy: what evidence do we have? *POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ*. 121 (1-2). 29-34.
5. Borrego, V F. (2016). *Diagnostic de cancer associé à la grossesse, aspects psychologiques: revue de la littérature 2005-2015*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme. Ecole de sages-femmes de Bordeaux. Université de Bordeaux. dumas-01520321
6. Botha, M H, Rajaram, S & Karunaratne, K. (2018). Cancer in pregnancy. *The International Journal of Gynecology & Obstetrics* ; 143 (Suppl. 2) : 137-142 DOI : 10.1002/ijgo.12621
7. Bouzakraoui, H. (2012). *Cancer du sein et Grossesse (A propos de 10 cas)*. Thèse pour l'obtention du doctorat en Médecine. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Université Mohammed V -Rabat-
8. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* ;330(7493) :702.
9. Chabert, A.M. (2012). « Rencontre clinique en oncologie. Clinique du récit » Cancer et maternité, Eres, *la vie de l'enfant*, p233-245.
10. Dauchy, S & Dolbeault, S. (2009). « Découverte d'un cancer pendant la grossesse, quels enjeux psychologiques » *Psycho-Oncologie*. 3, p 67-68.
11. Dilem, S et Bendib, A. (2013, novembre). *Cancer du sein associé à la grossesse (CSAG) : étude comparative entre CSAG et cancer du sein non associé à la grossesse*. Acte du 35èmes Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire. Traitement personnalisé des cancers du sein : Impact sur la prise en charge locorégionale. Montpellier.470-472.
12. Guendouz, H, Chetibi, W, Abdelouahab, A & Bendib, A. (2010, novembre). *Cancer du sein de la femme de moins de 35 ans : étude rétrospective à propos de 612 cas*. Communication présentée aux 32es Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (SFSPM) « La femme jeune face au cancer du sein. » à Strasbourg.
13. Henry, M., Huang, L N., Sproule, B J & Cardonick, E H. (2012).The psychological impact of a cancer diagnosed during pregnancy: determinants of

- long-term distress. *Psycho-Oncology*, vol 21, issue 4, p 444-450. <https://doi.org/10.1002/pon.1926>
14. Hepner, A, Negrinia, D, Azeka Haseb, E, Exmanc, P, Testaa, L, Trinconid, A F, Filassid, J et al... (2019). Cancer during Pregnancy: The Oncologist Overview. *World Journal of Clinical Oncology*;10(1), 28-34. doi: <https://doi.org/10.14740/wjon1177>
 15. Lof, A-F, Riand, R & Moro, M R. (2011). Quand le temps de la maternité croise celui du cancer : Réflexion cliniques. *Revue la psychiatrie de l'enfant*. Vol 54, p 469-489.
 16. Lof, A-F & Riand, R. (2014). *Cancer et maternité : Parents et professionnels à l'épreuve du cancer* (p292-299). Dans *Le développement psychique précoce. De la conception au langage*, sous la direction de Golse, B et Moro, M R en collaboration avec Riand, R. Elsevier. Masson.
 17. Mounzil, C., Nejjar, H, Guelzim, K., Chraibi, C., Dehayni, M., EL FEHRI, S & ALAOUI, M.T. (2001). Cancers du sein et grossesse. A propos de 12 cas. *Médecine du Maghreb*, n°88, 41-45.
 18. Nait Behloul, N. (2018). *Etude des facteurs de risque du cancer du sein féminin dans la wilaya d'Oran*. Thèse de Doctorat en Science Médicale, spécialité : Epidémiologie et Médecine Préventive. Département de Médecine. Faculté de Médecine. Université d'Oran 1 « Ahmed Ben Belle ».
 19. Navrozoglou, I, Vrekoussis, T, Kontostolis, E, Dousias, V, Zervoudis, S, Stathopoulous, E.N, Zoras, O & Paraskevaïdis, E. (2008). Breast cancer during pregnancy: A mini-review. *The journal of Cancer Surgery*, 34, 837-843.
 20. Peirera. L (2009) : *La mammectomie, vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle*. Travail de fin d'études pour l'obtention du diplôme infirmier. Institut de formation en soins infirmiers de Belfort.
 21. Perrier, A-S. (2016). *Prise en charge du cancer du sein pendant la grossesse*. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie. Faculté des Sciences Pharmaceutiques. Université
 22. Préau, M, Marcellin.F, Lert.F, Spire.B & Moatti.J (2008). *Rejet ou discrimination de la part de l'entourage en raison de la maladie : la vie deux ans après le diagnostic de cancer*, 231-341
 23. Sait, S., Zemouchi, M., Labed, N-H., Brahimi. A., Mahoui, A., Nechachda, A. & OUKID, M-S. (2016, Novembre). *Interruption thérapeutique de la grossesse & cancer du sein. A propos de 41 cas et revue de la littérature*. Communication présentée 1er Congrès du Collège national des gynécologues obstétriciens algériens (CNGOAL), le 20ème Congrès de la Société algérienne de gynécologie obstétrique (SAGO). Hôpital Frantz Fanon. Blida.
 24. Sartori., E, Franchi., M, Capelli., G, Cicinelli., E, Colacurci., N, De Vincenzo., R., and al... (2018). Cancer in pregnancy: proposal of an Italian multicenter study. Gynecologic Oncology Group of the Italian Society of Gynecology and Obstetrics (SIGO). *Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics*. Vol. 30 - N. 3 - Quarterly - ISSN 2385 – 0868. 37-44.
 25. Sellahi. F/Z (2007). *Le vécu de la ménopause chez la femme Algérienne*. Thèse de doctorat d'état psychologie clinique. Sous la dir Sellahi. A. Université Mentouri, Constantine.
 26. Shulz, Beauquier-Maccotta, B, Soubieux, MJ, Meriot, ME, Wailly, D & Missonnier, S. (2016) : « Honte et culpabilité chez la femme enceinte suite à une

- interruption médicale de grossesse » *Psychiatrie de l'enfant*. Presse Universitaire de France, 2(vol 59), p 361-424.
27. Soubieux. M.J (2009) ; « Découverte d'un cancer pendant la grossesse ; Quand la grossesse s'interrompt ! Deuxième partie, le point de vue du psychanalyste » *Psycho-Oncologie*, 3 : p75-80.
 28. Tankul, A & Ruengkachorn., I. (2018). Clinical Characteristics and Oncological Outcomes of Gynecological Cancer during Pregnancy: Ten-Year Hospital Experience. *EC Gynaecology* 7.4: 139-147
 29. Vannotti., M &Guennart., C. (1997). *Malades et familles, penser la souffrance dans une perspective de la complexité*. Genève : Edition Médecine et Hygiène.
 30. Wailly.F. (2012) : « Séparation et deuil périnatal » *Grandeurs et douleurs des séparations*, 2(n36), éditeur esprit du temps, p 233-245.
 31. Wani, M. Dass, T.A., Naikoo, Z., Parray, F & Wani, N. (2011). Breast cancer in pregnancy. *European Surgery*. 43/2 : 120–125.DOI. 10.1007/s10353-011-0595-9
 32. Wendland.J. (2007) : « Le vécu psychologique de la grossesse gémellaire : du désir d'enfant à la relation mère-fœtus » *Enfances & psy*. 1(n34), p10-25.
 33. Wendland.J. (2009) : « Impact d'un diagnostic de cancer maternel pendant la grossesse sur les interactions précoces parent-bébé » *Psycho-Oncologie*. Springer Verlag. 3. 88-93.
 34. <https://sante-guerir.notrefamille.com/sante-a-z/le-vecu-de-la-grossesse-entre-bonheur-et-inquietude-le-vecu-de-la-grossesse-entre-bonheur-et-inquietude-o305115.html>
 35. <https://news.un.org/fr/story/2020/12/1084572>