

ENJEUX DE LA REPRESENTATION DU CORPS CHEZ UN POLICIER AMPUTE DE MEMBRE SUPERIEUR ET DIFFICULTES D'ADAPTATION SOCIOPROFESSIONNELLE AU BURKINA FASO

OUEDRAOGO Moussa

*Psychologie du Travail et des Organisations, Centre Universitaire de
Kaya/Université Joseph KI ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso
ouedraogo.mousco@gmail.com*

DUGLI Koku

*Psychologie du Travail et des Organisations,
Université de Kara, Togo*

Sébastien YOUNGBARÉ

*Psychologie Clinique et Pathologique,
Université Joseph KI ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso*

Résumé :

Dans un contexte de crise sécuritaire au Burkina Faso, la présente étude porte, suite à une attaque terroriste, sur les répercussions de l'image du corps dans la réinsertion socioprofessionnelle d'un policier burkinabè amputé de membre supérieur dominant.

Le recueil des données s'est fait au moyen des techniques d'entretien, d'observation, des tests de Rorschach, du QIC, du WCC et du DSQ-40. Le socle d'interprétation des résultats de l'étude se fonde sur la théorie de l'image du corps de F. Dolto (1984), du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) et des théories Freudiennes relatives aux mécanismes de défense (A. Freud, 1936).

Les résultats des travaux attestent d'une perturbation de l'image du corps du sujet se traduisant par une insatisfaction associée à un trouble d'anxiété sociale et d'insomnie. Aussi recourt-il à un coping centré sur l'émotion précisément l'évitement et la fuite qui en réalité sont inadaptés pour la gestion des situations stressantes de longue durée. La faiblesse physique dont fait montre l'agent de police en question rend aussi inefficace son utilisation du coping centré sur le problème et les défenses matures. En outre, sa difficulté de port de prothèse, du fait de l'amputation au niveau de l'épaule lié au membre supérieur droit (main dominante), entache son autonomie et son plein épanouissement au travail affectant négativement sa réinsertion socioprofessionnelle.

Mots clés : *amputation de membre supérieur, image du corps, mécanismes de défense, stratégies de coping, réinsertion socioprofessionnelle.*

Abstract:

In a context of security crisis in Burkina Faso, the present study focuses, following a terrorist attack, on the repercussions of the image of the body in the socio-professional reintegration of a Burkinabe policeman amputated of dominant upper limb.

The data collection was carried out using interview techniques, observation, Rorschach tests, the QIC, the WCC and the DSQ-40. The basis for interpreting the results of the study is built on F. Dolto's (1984) theory of the body image, Lazarus et Folkman's (1984) transactional model and Freud's theories of defense mechanisms (Freud, 1936).

The results of the work show a disturbance in the subject's body image; this results in dissatisfaction associated with a social anxiety disorder and insomnia. Also, he resorts to a coping focused on emotion, precisely avoidance and flight which, in reality, are unsuitable for the management of long-term stress situations. The physical weakness shown by the said police officer also makes his use of problem-centered coping and mature defenses ineffective. In addition, the difficulty of wearing a prosthesis, due to the amputation of the shoulder of the right upper limb (strong hand), affects his autonomy and full fulfilment at work, negatively affecting his socio-professional reintegration.

Keywords: *limb amputation, body image, defenses mechanisms, coping strategies, socio-professional reintegration.*

Introduction

Le Burkina Faso, depuis près d'une décennie est marqué par des attaques terroristes qui sèment la tristesse et la désolation au sein des populations non seulement mais aussi dans le rang des forces combattantes. Propulsée par la force des choses en avant plan, la Police Nationale fait partie des institutions les plus touchées par les affres de l'hydre terroriste. En effet, de l'année 2018 à l'année 2023, plus de 150 services de police (commissariats de police, postes de police, détachements,

équipes mobiles) ont fait l'objet d'attaque terroriste entraînant des fermetures de services, des destructions de biens, des pertes en vie humaine et plus de 200 blessés (Direction Générale de la Police Nationale, 2024). Parmi les blessés, environ 8 agents amputés de membre ont été enregistrés (Direction Générale de la Police Nationale, *ibid.*).

Cette situation entame les capacités opérationnelles de l'institution par la fragilisation et la détérioration respectivement d'une partie de son potentiel tant matériel ou logistique qu'humain. Sur ce dernier point, il est à souligner que l'amputation d'un membre déforme le corps de la victime. Par ailleurs, du fait de l'étrangeté de ce corps modifié, le sujet éprouve un sentiment de vulnérabilité et d'angoisse (A. Bonnet, L. Fernandez, A. Sagne *et al.*, 2014). L'état d'amputation peut entraîner conjointement une perturbation du fonctionnement physique et psychique. En clair, les réponses individuelles à la perte d'un membre sont variées et complexes. Elles sont influencées par une gamme de facteurs personnels et environnementaux.

La pertinence sociale de la présente étude découle du fait qu'elle suscite une prise de conscience de la situation de la personne amputée de membre tant dans sa sphère professionnelle que sociale. Celle-ci, dans le cas qui nous occupe, s'exprime tant chez les combattants eux-mêmes, leur famille et leurs collègues que chez les employeurs, les professionnels de santé et le reste de la société. En clair, ce travail prépare à l'acceptation du handicap chez les agents des forces de l'ordre concernés, il favorise l'accompagnement de ces derniers par leur entourage, il éclaire et facilite la prise de décision des décideurs en ce qui concerne les soins de santé de qualité en faveur des amputés de membre, il recentre la place du psychologue et des autres professionnels de santé dans l'accompagnement par l'observance d'une approche holistique.

Dans une méta-analyse, B. J. Darter, C. E. Hawley, A. J. Armstrong *et al.* (2018) souscrivent aussi à l'idée qu'après une amputation les résultats peuvent varier considérablement en fonction de nombreux facteurs potentiellement interdépendants. Ils adhèrent au fait que l'identification de ces facteurs peut également servir à éclairer le développement d'interventions visant à améliorer les performances fonctionnelles et la réintégration du sujet. Les perspectives qu'ils soulèvent quant à leur étude, servent de fondement à notre intérêt scientifique du fait qu'ils soulignent la nécessité de mener des recherches supplémentaires afin de mieux comprendre les expériences des personnes amputées. Dans une autre analyse du même type A. Hutchison, K. D'cruz, P. Ross *et al.* (2024) indiquent qu'il existe une pénurie de littérature sur la réinsertion dans la communauté après une amputation traumatique du membre supérieur, ce qui nécessite pour eux des recherches supplémentaires avec une grande rigueur méthodologique.

Parallèlement à une telle préoccupation, nombre d'auteurs (K. D'Cruz, P. Ross *et al.*, 2024 ; M. Maciver, D. Dixon et D. Powell, 2024 ; J. C. Flannery et S. H. Faria, 1999) ont penchées sur les conséquences de l'amputation de membres en lien avec la réalité du sujet en soi mais rarement avec le contexte du travail.

Dans une analyse systématique de 21 articles scientifique impliquant 8149 personnes amputées de membre supérieur menée par A. Hutchison, K. D'Cruz, P. Ross *et al.* (ibid.), il ressort que la restauration de la fonction et de l'esthétique avec des prothèses facilitait la participation au travail, la conduite et la socialisation. Une participation positive au travail était prédite par le sexe masculin, l'âge plus jeune, le niveau d'éducation moyen à élever et une bonne santé générale. Les modifications du rôle professionnel et de l'environnement étaient courantes, tout comme les modifications du véhicule. Les résultats qualitatifs ont donné un aperçu de la réintégration sociale d'un

point de vue psychosocial, en particulier la négociation des situations sociales, l'adaptation à l'amputation de membre supérieur et le rétablissement de l'identité.

Dans une autre analyse systématique de 18 articles scientifiques ayant pour objectif d'identifier les facteurs qui prédisent la qualité de vie chez les jeunes amputés, M. Maciver, D. Dixon et D. Powell (ibid.) identifient le sexe, l'âge, la cause de l'amputation, le niveau d'amputation, la douleur fantôme, la capacité à utiliser une prothèse, la fonction physique, la dépression, l'anxiété, l'image corporelle et le type de prothèse comme facteurs prédictifs de la qualité de vie.

Dans une étude menée aux États-Unis, J. C. Flannery et S. H. Faria (ibid.) explorant les concepts de perte de membre et d'image corporelle chez les patients atteints de maladie artérielle périphérique aboutissent à l'existence d'un lien conceptuel entre la perte de membre et l'altération de l'image corporelle. Ces auteurs soulignent ainsi l'importance d'une gestion appropriée de l'altération de l'image corporelle.

En définitif, les conclusions des travaux ci-dessus génèrent la question générale de recherche de la présente étude qui s'établit comme suit : L'image du corps du sujet amputé de membre supérieur a-t-elle une incidence sur sa réinsertion socioprofessionnelle ?

En situation de travail, l'état d'incapacité du sujet suscite une sorte d'immobilisation de son dynamisme interne et le propulse dans l'envers des normes de socialisation. En effet, en tant que facteur socialisant, le travail génère chez celui qui en est privé un sentiment, entre autres, d'improductivité, d'impuissance, d'insuffisance, d'incapacité s'accompagnant d'une chute du bien-être et d'une position dépressive. Ainsi, les policiers victimes d'amputation du membre supérieur suite à une attaque terroriste, en plus de la réduction de leur capacité

fonctionnelle, doivent aussi faire face à la perte d'un corps athlétique, d'un corps militaire, d'un corps qui a conditionné leur admission à la Police Nationale et leur participation aux différentes missions de lutte contre le grand banditisme et le terrorisme. Le sentiment de ne plus pouvoir exécuter des missions de police peut aggraver la perturbation de l'image du corps et compromettre son insertion ou adaptation socioprofessionnelle. Dans cette logique, B. J. Darter, C. E. Hawley, A. J. Armstrong *et al.* (ibid.) reconnaissent qu'une conséquence potentielle d'une diminution des capacités physiques après une amputation est un taux de retour au travail (TRT) plus faible. Cependant, les analyses de la littérature varient quant à ce taux, les estimations allant de 43% à 70% (H. Burger et Č. Marinček, 2007 ; J. G. Penn-Barwell, 2011). En revanche, parmi les militaires, un peu plus de 10% ont repris le service (H. M. Frisch, C. R. Andersen, C. M. Mazurek *et al.*, 2013). Ces auteurs mentionnent en outre que les caractéristiques qui permettent ou entravent le TRT sont mal comprises. Une telle préoccupation favorise l'exploration des enjeux représentationnels liés au corps objet d'amputation dans sa relation avec le monde professionnel. En effet, support de projections et objet de représentations individuelles et subjectives, le corps est aussi une image qui structure la dimension du rapport à l'autre et à l'environnement notamment de travail.

Ce faisant, cette étude se donne comme objectif de mettre en relief, la répercussion de l'image du corps d'un policier burkinabè amputé de membre supérieur, suite à une attaque terroriste, sur sa réinsertion socioprofessionnelle. De manière spécifique, il s'agit de mettre en exergue, outre l'image de corps du sujet amputé de membre supérieur, ses stratégies adaptatives, ses difficultés d'ajustement et de réinsertion socioprofessionnelle.

La santé et l'adaptation de l'acteur aux conditions de travail étant un axe majeur de la psychologie en matière de travail et d'organisation, nous nous interrogeons sur le vécu qui se veut celui d'un survivant d'attaque terroriste. Il s'agit d'explorer le rapport qu'entretient le sujet amputé de membre avec son image du corps et d'examiner la réalité de sa situation sous le prisme de sa réinsertion socioprofessionnelle. À ce titre, le cas à l'étude procède d'une part de la capacité du sujet quant à la manière de réinvestir ce corps objet de déformation et d'autre part convoque un examen de la qualité de son adaptation à l'environnement de travail.

1. Méthodologie

La méthodologie de l'étude s'articule autour de l'échantillonnage, du matériel utilisé, de la technique de traitement des données recueillies à travers l'analyse de contenu et des résultats.

1.1. Echantillonnage

La population cible de notre étude est relatif aux policiers victimes d'amputation d'un membre survenue dans le cadre de la lutte contre le terrorisme. À partir d'une liste de coordonnées téléphoniques de 8 agents amputés de membre fourni par l'institution en charge de leur accompagnement à savoir la division des structures sociales de la Police Nationale, nous avons pu constater que 3 des agents concernés étaient amputés suite à un accident de la route et les 5 autres par des attaques terroristes. Parmi ces 5 survivants, 2 avaient des lésions au niveau de leur membre résiduel et les 3 agents restants avaient leur membre résiduel complètement guéri et cicatrisé. Ainsi, conformément à nos critères fondés d'une part sur le consentement libre et éclairé du ou des participant(s) à l'étude et

d'autre part sur l'amputation survenu, suite à une mission recommandée, du membre avec le moignon du membre complètement guéri et cicatrisé pour éviter que la douleur influence l'image du corps, 2 agents sur les 3 ont été retenus. Cependant l'un d'entre eux (amputé du membre inférieur) a opposé un refus.

1.2. Matériel d'enquête

Le recueil des données s'est fait au moyen des techniques d'entretien et d'observation, des tests de Rorschach, du Questionnaire de l'image du corps (QIC), du Ways of Coping Check List (WCC) et du Defense Style Questionnaire (DSQ-40).

1.2.1. Guide d'entretien

Document regroupant des questions ou des thèmes établis qui orientent dans le recueil des données, le guide d'entretien se veut de type semi-directif en ce sens qu'il n'est pas entièrement libre, ni entièrement dirigé par un grand nombre de thématiques précises et structurées. Dans le cas présent, ce guide aborde les thématiques portant sur l'identité du sujet, son antécédent familial, son vécu de l'attaque terroriste, son vécu de l'amputation, son adaptation à la nouvelle situation et à celui du travail, sa perception du corps après l'amputation. Ces thématiques ont été élaborées à partir de notre question de recherche et de la littérature sur l'impact de l'amputation d'un membre sur l'image du corps.

1.2.2. Test de Rorschach

Le test de Rorschach est un outil clinique d'évaluation psychologique de la personnalité de type projectif élaboré par le psychiatre et psychanalyste suisse H. Rorschach. Il se compose de 10 images figurant chacune sur un support cartonné communément appelé « planche ». Les images sont en fait des tâches d'encre symétriques, aux teintes diverses : grises et noires

pour les 1er ,4ème ,5ème ,6ème et 7ème planches, noires et rouges pour les 2ème et 3ème planches, et colorées pour les 3 dernières planches ; le fond est toujours blanc. Chaque planche est numérotée de I à X correspondant à l'ordre de leur présentation pendant l'administration. Elles sont présentées au sujet testé dans un même sens bien précisé.

Comme test de personnalité, le test de Rorschach permet d'appréhender le fonctionnement psychologique d'un individu au regard de certaines de ses composantes fondamentales, telles que le type d'appréhension cognitif, le rendement intellectuel général, le mode d'expression habituelle des affects, le mode de représentation de soi, la manière de ressentir les relations interpersonnelles ou encore les problématiques individuelles (mécanismes de défense, angoisse).

Il est utilisé également pour diagnostiquer les troubles du caractère ou d'une psychopathologie, indépendamment de signes cliniques manifestes ainsi que pour des buts davantage ciblés, tels qu'identifier des traumatismes physiques voire sexuelles ou encore statuer sur les risques de passage à l'acte suicidaire.

1.2.3. Questionnaire de l'image du corps (Q.I.

Le Q.I.C de M. Bruchon-Schwzeitzer (1987) est un auto-questionnaire français mesurant la satisfaction liée à son propre corps. Il évalue les perceptions, les sentiments et les attitudes reliés à son propre corps et comporte 19 items composés de 4 facteurs bipolaires :

- le facteur accessibilité/fermeture du corps qui regroupe les sphères sensorielles, sensuelles, esthétiques, touchés, réceptivités aux expériences corporelles ;
- le facteur satisfaction/insatisfaction regroupe la perception des aspects agréables liés au corps, ou au

- contraire désagréables renvoyant à un corps sans vie, non investi ;
- le facteur activité/passivité est composé de dimension énergétique du corps comme la bonne santé, la force, l'audace en opposition à la mauvaise santé, la faiblesse, la crainte;
 - le facteur sérénité/tension regroupe l'apaisement, le calme en opposition à la colère, la nervosité, le vide.

Le score final varie de 19 (minimum) à 95 (maximum). Une fidélité test-retest de 0,86 a été obtenue auprès d'une population étudiante.

1.2.4. Ways of Coping Check List (WCC)

Le WCC est une échelle d'auto-évaluation de 70 items, conçue par Lazarus et Folkman (1984) permettant d'évaluer les stratégies d'ajustement au stress, c'est-à-dire l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique ou psychologique. Il existe plusieurs versions simplifiées du WCC. Dans le cadre de cette recherche nous utilisons la version adaptée de M. Bruchon-Schweitzer, F. Cousson, B. Quintard *et al.* (1996). C'est une version à 27 items avec une échelle de Likert à 4 degrés (Non, Plutôt non, Plutôt oui, Oui). De type tridimensionnelle, la structure de l'échelle se répartie comme suit:

- coping centré sur le problème (10 items) ;
- coping centré sur l'émotion (9 items) ;
- recherche de soutien social (8 items).

La validité de l'instrument a aussi été vérifiée auprès d'une population âgée francophone, la cohérence interne varie de 0,51 à 0,70 (P. Landreville, M. Dubé, G. Lalonde *et al.*, 1994).

1.2.5. Defense Style Questionnaire (DSQ-40)

Le DSQ-40 est un auto-questionnaire qui fait l'objet de

nombreuses publications internationales et est l'un des instruments les plus utilisés dans les pays francophones du fait de sa traduction et de sa validation en langue française (J. C. Perry, J-D. Guelfi, J-N. Despland *et al.*, 2009).

Dans le cadre de ce travail, nous utilisons le DSQ-40, la version de G. Andrews, M. Singh, M. Bond *et al.* (1993). La structure factorielle de cette version met en évidence 3 facteurs correspondant aux 3 styles défensifs : mature, névrotique et immature. Chaque mécanisme de défense de la version DSQ-40 est évalué par 2 items. Le style mature regroupe les dérivés conscients des 4 mécanismes de défense ci-après : sublimation (items 3 et 38), humour (items 5 et 26), anticipation (items 30 et 35) et répression (items 2 et 25). Le style névrotique regroupe les dérivés conscients des 4 mécanismes de défense suivants : annulation (items 32 et 40), formation réactionnelle (items 7 et 28), pseudo-altruisme (items 1 et 39) et idéalisation (items 21 et 24). Le style immature regroupe les dérivés conscients des 12 mécanismes de défense suivants : projection (items 6 et 29), agression passive (items 23 et 36), activisme (items 11 et 20), isolation (items 34 et 37), dévalorisation-omnipotence (items 10 et 13), refuge dans la rêverie (items 14 et 17), déni (items 8 et 18), déplacement (items 31 et 33), dissociation (items 9 et 15), clivage (items 19 et 22), rationalisation (items 4 et 16), somatisation (items 12 et 27).

1.3. Techniques de traitement de données

1.3.1. Analyse de contenu thématique

L'analyse de contenu consiste à retranscrire les données qualitatives, à se donner une grille d'analyse, à coder les informations recueillies et à les traiter. Ainsi, elle cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective et la plus fiable possible. Elle favorise la mise en évidence du sens global des données, permet d'identifier des unités de significations, de développer leur contenu et d'en

synthétiser l'ensemble. In fine elle permet de donner un sens aux différentes données collectées.

1.3.2. Test de Rorschach

La passation du test de Rorschach se déroule en 3 phases :

- la phase des réponses spontanées, durant cette phase, le clinicien a la tâche principale de présenter les planches, de faciliter les réponses du sujet en donnant la consigne et d'enregistrer celle-ci par écrit ;
- la phase des enquêtes, dans cette phase, le clinicien propose au sujet de revenir sur chacune de ses réponses. Il demande au sujet de préciser où il a vu ce qu'il a évoqué et qu'est-ce qui l'a fait penser ;
- la phase de l'épreuve des choix, après l'enquête, on propose au sujet de choisir, parmi les dix planches qui lui ont été présentées, les deux qu'il a le plus aimées et les deux qu'il a le moins aimées.

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé le modèle d'analyse de J. Richelle, P. Debroux, L. De Noose *et al.* (2017), qui préconise une analyse en 2 étapes : une analyse formelle et analyse dynamique.

L'analyse formelle est axée sur l'interprétation du psychogramme qui s'appuie sur la lecture articulée et intégrée des différents indices regroupés. C'est une analyse qui nous permet d'avoir une idée sur les processus de pensée et investissement de l'intelligence, les facteurs de socialisation et le rapport au réel et la dynamique affective de nos sujets d'étude. Quant à l'analyse dynamique, elle est axée sur le contenu latent des planches qui porte sur l'observation des mouvements opérés par le sujet au travers de ses réponses en référence au contenu latent propre à la planche considérée. Elle permet d'appréhender

l'image du corps projetée, l'identité et la relation d'objet de nos sujets.

1.3.3. Questionnaire de l'image du corps (Q.I.C)

Le Questionnaire d'Image Corporelle (QIC) est un outil en langue française comprenant 19 items. Les réponses sont données sur des échelles bipolaires en 5 points entre 2 termes antithétiques. Par exemple, les individus sont invités à se positionner sur un axe « corps physiquement attirant » versus « non attirant ». La somme des réponses permet d'obtenir un score total compris entre 19 et 95. Plus le score est élevé, meilleure est l'image du corps.

1.3.4. Ways of Coping Check List (WCC)

WCC Dans le cadre de cette recherche nous utilisons la version adaptée de M. Bruchon-Schweitzer *et al.* (1996). C'est une version à 27 items avec une échelle de Likert à 4 degrés (Non, Plutôt non, Plutôt oui, Oui).

Chaque item est coté de 1 à 4 points selon la réponse cochée (Non= 1, Plutôt non= 2, Plutôt oui= 3, Oui= 4), sauf l'item 15 à coter au sens inverse (Non= 4, Plutôt non= 3, Plutôt oui= 2, Oui= 1).

Les scores aux différents coping sont obtenus en faisant la somme des scores d'items correspondant à chaque dimension selon les regroupements suivants :

1. coping centré sur le problème (10 items) ;
2. coping centré sur l'émotion (9 items) ;
3. recherche de soutien social (8 items).

1.3.5. Defense Style Questionnaire (DSQ-40)

Le DSQ-40 présente l'avantage d'une passation simple, s'adaptant facilement à la diversité des situations cliniques. La passation consiste à demander au participant d'entourer la case

qui lui convient, sur une échelle de type Likert à 9 points : Fortement en désaccord (1) très désaccord (2) ; désaccord (3) ; légèrement désaccord (4) ; neutre (5) ; légèrement d'accord (6) ; d'accord (7) ; très d'accord (8) ; fortement d'accord (9).

Pour la cotation, le score de chaque mécanisme de défense correspond à la note moyenne obtenue des 2 items. Si le participant obtient une moyenne inférieure à 5 (pour chaque mécanisme de défense), ceci indique qu'il n'utilise pas le mécanisme de défense désigné. Par contre, s'il obtient un score supérieur à 5, ceci indique qu'il utilise souvent le mécanisme de défense pointé. En ce qui concerne le score de chaque style défensif, il est obtenu à partir de la moyenne des scores de ses défenses.

2. Présentation et analyse des données

2.1. Présentation du cas étudié

Les entretiens avec Alpha (nom d'emprunt) laisse apparaître au niveau anamnestique qu'il est âgé de 31 ans et issu d'une famille monogame, dont tous les 2 parents sont toujours en vie. Il est le 4ème d'une fratrie de 5 enfants dont 1 fille et 4 garçons tous vivants. Il a vécu en harmonie avec sa famille à Ouagadougou jusqu'à son admission au concours de la Police Nationale en 2015. Il est de la confession religieuse catholique avec un niveau d'étude de la classe de terminal de l'enseignement général. Célibataire, il n'a pas d'enfant mais au cours de sa formation, il s'était amouraché d'une fille qui l'a abandonné après son affectation à Djibo, ce qui l'a affecté négativement.

Alpha est admis au concours direct de la Police Nationale en 2015 en tant qu'assistant de police. Après 2 ans de formation à l'École Nationale de Police (ENP), il a été affecté en 2017 au commissariat central de police de la ville de Djibo où il a servi jusqu'en 2019. À ce niveau, ses collègues et lui effectuaient des

missions de sécurisation des axes routiers, des lieux sensibles et des institutions administratives et financières de la commune à travers des patrouilles et des postes fixes. Il entretenait une bonne relation avec ses collègues et ses amis.

Le 15 août 2019, aux environs de 08 heures, son équipe et lui, se rendant dans un site de réfugiés maliens pour une mission de sécurisation, tombent dans une embuscade tendue par des groupes terroristes. Il y perd 3 de ses coéquipiers tandis qu'il est atteint d'une balle au niveau du bras droit. Frappé d'abord de peur et de panique, il fut épris peu après de colère et de tristesse. Évacué au district sanitaire de la localité (ville de Djibo) c'est finalement à l'hôpital Tengandogo de la ville de Ouagadougou qu'il subit l'amputation du membre supérieur et ce à partir de l'épaule. La balle assassine de l'ennemi l'ayant perforé le bras droit en lui cassant l'humérus et les médecins constatant que ses vaisseaux sanguins étaient obstrués par un caillot de sang. Ainsi, Alpha émet comme regret le fait de n'avoir pas été évacué à temps sur Ouagadougou.

En plus du soutien de sa famille, ses collègues et ses amis, il reconnaît avoir bénéficié d'une rééducation et d'une bonne prise en charge médicale. Les frais des soins et les séances de rééducation ont été assurés par le service. Cependant, Alpha rencontre quelques difficultés d'adaptation, les services de psychiatrie ayant diagnostiqué chez lui un trouble de sommeil et un trouble anxieux. L'amputation à la main droite, main dominante, au niveau de l'épaule rend difficile le port d'une prothèse et empêche toute autonomie dans ses déplacements à moto comme il était de coutume. De même, il éprouve des difficultés dans la production d'actes écrits or la majorité de ses missions actuelles est axée sur des activités de rédaction. En effet, Sa dépendance aux autres et l'évocation de l'embuscade ou de l'amputation le décourage, le rend triste et irritable. Il se montre très préoccupé par le fait que sa situation affecte sa

famille. Alpha évite de parler de l'attaque ainsi que de son handicap. Il trouve en la consommation de l'alcool un canal propice de soulagement donc d'apaisement.

Mentionnons qu'Alpha réside actuellement en grande famille avec ses parents et ses frères. Au niveau du travail, il a été réaffecté en 2020 à Ouagadougou dans un service administratif de la Police Nationale où la présence n'est pas permanente, ce qui fait qu'il n'est pas trop en contact avec ses collègues. Cependant, il prétend être bien intégré et a une bonne collaboration avec ses collègues, sa hiérarchie et les usagers. Toutefois, il ressort de nos observations et des informations reçues de ses collègues qu'il s'investit peu au service et collabore moins avec ses derniers.

En ce qui concerne son corps, Alpha mentionne : « je suis obligé d'accepter mon corps comme tel, je n'ai pas le choix ». Il n'a pas de problème avec son moignon, mais le regard des autres dit-il le dérange. Il a souvent des sensations de la présence de membre fantôme. Il souhaite être plus autonome et avoir une activité parallèle où il sera plus occupé.

En termes de faits d'interaction, Alpha avait, au cours des entretiens, une présentation vestimentaire bien soignée. Cependant, il était réservé et marquait beaucoup de pause avant de répondre aux questions. Il était aussi irritable lorsqu'il s'agissait d'aborder certaines questions liées à l'attaque et à l'amputation. Il était assis de profil pour éviter d'exposer son membre amputé à son interlocuteur. Au test de Rorschach, il était angoissé et tentait d'éviter des planches à symbolisme humain.

Le tableau sémiologique et les stratégies de coping ainsi que les mécanismes de défense mobilisés par Alpha pour faire face à la perte de son membre sont révélés par le questionnaire de l'image du corps, le test de Rorschach, le test du Ways of Coping Check-List et le test du Defense Style Questionnaire.

2.2. Analyse qualitative et clinique

Le contenu du discours et les données des tests collectées auprès d'Alpha contiennent des informations dont leur analyse permet d'appréhender le vécu de l'attaque terroriste et de l'amputation, ainsi que l'impact de l'amputation de son membre sur son image du corps et les stratégies d'adaptation qu'il mobilise.

Au niveau du vécu de l'attaque terroriste et de l'amputation, l'attaque terroriste a été la première grande expérience traumatique vécue par Alpha. Pendant l'attaque, il a été envahi par des sentiments de peur et de panique, en témoigne cette déclaration : « je pensais que j'allais mourir pendant l'attaque, c'était la première fois que j'ai été victime d'une attaque et je voyais mes collègues tomber devant moi ». Lorsqu'il a remarqué la mort de 3 de ses collègues et sa propre blessure, il était triste et en colère. L'amputation de son membre a été aussi un évènement choquant pour lui. Il était dans une situation de déni et d'angoisse lorsqu'il a été informé de l'amputation de son membre. Il regrette son évacuation tardive. Ainsi, l'attaque terroriste et l'amputation du membre l'ont affecté psychologiquement.

Quant à l'amputation du membre et l'image du corps, l'analyse des données du protocole d'Alpha met en évidence une image d'un corps global, intègre et non modifié associée à une base identitaire et narcissique perturbée. Les données du Q.I.C montrent qu'il considère son corps comme fermé, passif, fragile, faible et vide. Il est aussi insatisfait de ce corps qu'il considère comme en mauvaise santé, non érotique et source de déplaisir.

Un contraste est constaté entre le corps qu'Alpha projette dans le Rorschach et son corps réel. Ce qui indique qu'il n'a pas encore fait le deuil de la perte de son membre, il garde toujours une image de son corps avant l'amputation. En conséquence, il présente un état de malaise corporel et d'angoisse qu'il tente de

gérer par des mécanismes de déni et d'évitement. Pourtant, mettre des mots sur la souffrance d'une épreuve, pour qui peut entendre ces mots, et prêter son attention au sujet qui parle en lui faisant confiance, cela apaise l'angoisse. Et, sans angoisse, la vie et la survie permettent à celui qui a dépassé l'aigu de l'épreuve de trouver la solution par lui-même (F. Dolto, op.cit). La présence des mécanismes de défense comme le clivage et la somatisation confirme ce malaise lié à son image corporelle.

2.3. Analyse du test de Rorschach

Les données obtenues du test de Rorschach ont été analysées de façon formelle et dynamique à travers l'interprétation du protocole de cotation et du psychogramme.

2.3.2. Analyse formelle du test de Rorschach

Sur le plan de l'analyse formel, l'interprétation du protocole de Rorschach a permis de dégager le processus de pensée et investissement de l'intelligence, le facteur de socialisation, le rapport au réel et la dynamique affective du sujet étudié.

Au niveau du processus de pensée et investissement de l'intelligence, Alpha a un mode d'appréhension peu varié (G et D sans aucun détail) traduisant son non implication à la passation du test. Son G% (58), supérieur au G% attendu dans un protocole (21 à 30), laisse comprendre l'implication des mécanismes de défense et d'une certaine passivité et soumission au test. Ce taux élevé de G%, dominé par des G simples, témoigne également chez lui un faible investissement de la sphère intellectuel qui touche à la fois le rendement intellectuel et la curiosité intellectuelle. Il semble avoir un mode automatique de fonctionnement mental, c'est-à-dire sans intervention des modalités réflexives du raisonnement (A%=33). Le manque de K dans le protocole affirme l'absence des

potentialités projectives et créatrices dans son aptitude à se situer dans un système de pensée où l'intériorisation domine.

Quant aux Facteurs de socialisations et le rapport au réel, les pourcentages des réponses formelles (F%=75) et le F+% élargie (72%) du protocole d'Alpha sont en dessous de la norme, F+% (81) est dans la norme également. Ce qui implique qu'il a une capacité de conformisme sociale et d'adaptation à la réalité. Toutefois, il semble avoir des difficultés d'identification à l'autre et à établir un lien avec l'autre (absence de H et K). Le pourcentage moyen de A% (33) associé à un H% (08) faible dans le protocole évoque ainsi cette difficulté pour lui d'investir la relation à autrui sur un mode mature.

La dynamique affective laisse apparaître que le TRI (Type de Résonance Intime) du protocole d'Alpha est extratensif ($0 < 2$), ce qui implique qu'il manifeste une affectivité plus labile, tournée vers l'extérieur, qui favoriserait son adaptation sociale. Il fait preuve d'une réactivité émotionnelle parfois avec une certaine affectivité sous tension mais encore adaptée (CF+C>FC) et pondérée par des facteurs imaginaires ainsi qu'irrationnels (un RC% moyen). La formule secondaire coartatif (1/0) renvoie, chez lui, à une inhibition, une restriction des dispositions réactionnelles. L'indice d'angoisse et le syndrome d'incertitude intérieure sont nuls, ce qui démontre qu'il fait recours à des mécanismes de défense pour gérer l'angoisse suscitée par le test qui apparaît à différents niveaux (choc au rouge, refus à la planche VII) du protocole.

2.3.2. Analyse dynamique du test de Rorschach

L'analyse dynamique relative à l'interprétation des réponses aux planches et le psychogramme permet de dégager : l'image du corps, l'identité, les relations d'objets, l'expression pulsionnelle, le type d'angoisse et les mécanismes de défense

En ce qui concerne l'image du corps, les réponses de Alpha aux planches compactes, I « *un monument, un hibou* », VI

« un monstre », V « un papillon, un oiseau » et VI « la peau d'un animal », démontrent une image du corps globale, intègre, bien délimité et sans aucune fragilité.

En termes d'identité, Alpha arrive à percevoir dans les planches des animaux entiers montrant ainsi qu'il a une bonne capacité d'une représentation de soi intègre et entière. Cependant, la qualité de son identité et ses capacités d'identification sont moins élaborées (absence de H, de K et présence de A, Bot) et souvent mises à mal ou dévalorisées.

Pour les relations d'objets, l'absence dans le protocole d'Alpha des réponses de perception de 2 personnages ou animaux en situation d'interaction révèle une certaine difficulté dans sa capacité de représentation de soi dans une relation à l'autre.

L'expression pulsionnelle, supportée par un kob « *c'est une éruption volcanique* », est principalement du registre agressif mal intégré mobilisant des modalités défensives diverses.

Le type d'angoisse commande chez Alpha un indice d'angoisse centré sur le corps et un syndrome d'incertitude intérieure nuls. Toutefois, on note la présence de l'angoisse à travers certains indices (choc, refus, le choc clob, absence de K, coartation). Il s'agit d'une angoisse névrotique, précisément une angoisse de castration.

S'agissant du mécanisme de défense, le protocole d'Alpha révèle l'utilisation des procédés labiles : le TRI est extratensif, la prévalence des affects sur le contrôle rationnel (CF). Le refoulement (les chocs et refus) est le mécanisme de défense qu'il utilise pour faire face à sa souffrance.

En résumé, l'analyse du protocole de Rorschach nous permet de savoir qu'Alpha présente une image du corps globale et intègre mais avec un certain malaise sur le plan identitaire et relationnel suscitant ainsi de l'angoisse qu'il tente de gérer par des mécanismes de défense.

2.4. Analyse du questionnaire de l'image du corps (QIC)

Le score total au QIC est de 61 (/95) se répartissant de la manière suivante : facteur accessibilité/fermeture (30), satisfaction/insatisfaction (28), activité/passivité (20) et sérénité/tension (08). Le QIC est constitué de 19 items, composé chacun d'un terme positif opposé à un terme négatif. De ces différents termes opposés, Alpha a opté plus de termes négatifs que de termes positifs (12 négatifs contre 05 positifs avec 02 neutres) des 19 items pour qualifier l'état de son corps. Ainsi, le score total montre qu'il a une insatisfaction corporelle. Il se considère également comme quelqu'un qui est fermé et passif. Pour le facteur serein/tendu, il considère son corps comme un corps exprimant l'apaisement, le calme et la sérénité mais, il le trouve vide, en mauvaise santé, non érotique et source de déplaisir.

2.5. Analyse du test de Ways of Coping Check-List (WCC)

Les résultats du test Ways of Coping Check-List (WCC) d'Alpha montrent qu'il utilise 2 types de coping pour faire face à son amputation. Tout d'abord, il a recourt au coping centré sur le problème avec un score de 32 (sur 40), supérieur à la moyenne qui est 28,04. Alpha dit avoir établi un plan d'action qu'il a suivi. Ensuite, le coping centré sur l'émotion avec un score de 33 (sur 36), un score aussi fortement supérieur à la moyenne qui est de 20,22.

Pour le coping centré sur la recherche du soutien social, le score d'Alpha est de 14 (sur 32), un score très fortement en deçà de la moyenne (25,45). L'absence de ce coping dans ses stratégies s'explique par le fait qu'il évite les contacts avec les autres.

2.6. Analyse du test de Defense Style Questionnaire (DSQ-40)

Les données du test de Defense Style Questionnaire d'Alpha révèlent un score des défenses matures nettement supérieur à la moyenne, contrairement à ceux des défenses névrotiques et immatures qui sont en deçà de la moyenne. Ainsi, nous avons un score de 7,12 pour les défenses matures, 3,87 pour les défenses névrotiques et 3,5 pour les défenses immatures. Il utilise les 4 mécanismes de défense mature : la répression (8,5), l'anticipation (8), l'humour (6,5) et la sublimation (5,5). Ces défenses contribuent à sa santé psychique et physique. Cependant, malgré les scores bas des mécanismes défensifs de types névrotiques et immatures, on y observe une utilisation de quelques défenses. Dans les mécanismes de type névrotique, seul le pseudo-altruisme est utilisé. Au niveau des défenses immatures, on retrouve le clivage (8,5), la somatisation (7,5) et la rationalisation (6,5) qui révèle l'existence d'une perturbation psychosomatique.

3. Résultats

Les résultats découlant de l'analyse des différents tests (Rorschach, WCC, DSQ-40) et de l'entretien soumis au sujet amputé mettent respectivement en exergue un déficit dans la stratégie d'adaptation et d'ajustement ainsi qu'une difficulté de réinsertion socioprofessionnelle. Il en ressort une altération de l'image du corps du sujet avec des répercussions sur son environnement socioprofessionnel.

Du point de vue du fonctionnement psychologique donc de la stratégie d'adaptation, le sujet très éprouvé par la perte de son membre, fait face à un déni de la réalité de l'amputation l'empêchant ainsi d'accéder au travail de deuil afin de sublimer les pulsions refoulées par des mécanismes de défense adaptés.

Cette situation affecte sa santé mentale (trouble de sommeil, trouble d'anxiété) et la qualité de sa vie (incapacité à effectuer certaines tâches, évitement des contacts sociaux) d'où le mode de fonctionnement régressif constaté. En effet, la non symbolisation de l'épreuve suscite chez lui une angoisse qui le contraint à régresser jusqu'au stade anal pour solliciter une attention affective auprès de son entourage. Souffrant donc d'une insatisfaction liée au corps, il connaît une perturbation de son image et endure également des troubles d'insomnie et d'anxiété sociale. Malgré l'utilisation du coping centré sur le problème, et de celui centré sur l'émotion ainsi que des défenses de style mature, il ne parvient pas à s'adapter à la perte de son membre.

Au niveau socioprofessionnel, il évite les situations pouvant raviver son souvenir de la perte. En plus d'être dépendant de son entourage, il ne parvient pas à assurer normalement ses responsabilités familiales, sociales et professionnelles. Relativement à ce dernier point, l'absence d'autonomie chez lui constitue un frein à sa mobilité et à l'exécution de ses tâches. Aussi, éprouve-t-il un sentiment de mal-être face à ses collègues de travail et aux usagers de son service. Son engagement et sa motivation au travail s'en trouvent affectés par une pauvreté des tâches dont il souhaite l'enrichissement par des activités parallèles. Soulignons l'usage de l'alcool comme une sorte d'exutoire contre la tristesse et la colère dont il tente difficilement de contenir. Bref, des préoccupations organisationnelles, interactionnelles et motivationnelles liées au hors travail assaillent l'univers professionnel de l'individu amputé de membre étudié et porte un coup dur à sa réinsertion et à son adaptation socioprofessionnelle.

4. Discussion

L'exploration de la littérature en matière d'amputation de membre supérieur laisse entrevoir, en termes de vécu, un tableau émaillé d'entraves tant physique que psychologique caractérisé par des retentissements au niveau professionnel. La pénurie de travaux relative à l'image du corps du sujet amputé de membre supérieur en relation au monde du travail limite les possibilités quant à l'exhaustivité des analyses de cette rubrique. Ce faisant, dans une analyse systématique, A. Hutchison, K. D'Cruz, P. Ross *et al.* (op.cit.) stipule que la restauration de la fonction et de l'esthétique par des prothèses facilitait la participation au travail, la conduite et la socialisation. En outre, les modifications du rôle professionnel et de l'environnement étaient courantes, tout comme les modifications du véhicule.

Dans une autre analyse du même type, M. Maciver, D. Dixon et D. Powell (op.cit.) identifient le sexe, l'âge, la cause de l'amputation, le niveau d'amputation, la douleur fantôme, la capacité à utiliser une prothèse, la fonction physique, la dépression, l'anxiété, l'image corporelle et le type de prothèse comme facteurs prédictifs de la qualité de vie.

Quant à J. C. Flannery et S. H. Faria (op.cit.) il existe un lien entre la perte de membre et l'altération de l'image corporelle.

Sous un autre angle, celui de l'amputation du membre inférieur au regard de la rareté des travaux sur le sujet de notre recherche, nous intégrons, dans la suite de nos analyses, des travaux similaires portant sur l'amputation du membre inférieur qui répondent eux aussi à un changement morphologique impactant l'image du corps du sujet avec des répercussions dans le domaine du travail et du bien-être en général. Ainsi, K. Nugent, A. Joshi, R. Viana *et al.* (2024), à partir d'une analyse de 24 études, soutiennent que les personnes ayant perdu un membre inférieur ressentent une altération de leur image

corporelle après l'amputation d'un membre, au début, pendant et après la rééducation prothétique, et lors de leur réintégration dans la communauté.

En Syrie, dans une étude transversale de 235 soldats amputés de membre inférieur, Ahmed F., Lyu A., Xu N. *et al.* (2024) relèvent que l'image corporelle et l'estime de soi des patients ont été fortement impactées par les amputations des membres inférieurs. De plus, la douleur fantôme a eu un impact supplémentaire sur l'estime de soi, l'image corporelle et la qualité de vie. L'image du corps avait un effet profond sur les domaines psychologiques, sociaux et environnementaux, et l'estime de soi était influencée par presque tous les aspects de la qualité de vie.

En effet, les altérations de l'image corporelle sont dues à l'incapacité des individus à s'adapter au changement d'apparence par une difficulté de réajustement des stratégies adaptatives susceptibles de les éloigner de leur image corporelle idéale. Les amputés révèlent généralement des sentiments négatifs concernant leur corps.

Dans la présente étude, le sujet amputé du membre supérieur dominant, en plus d'une perturbation de l'image du corps, éprouve de réelles entraves à l'épanouissement professionnelle. L'absence d'une autonomie rédactionnelle dans l'élaboration des actes intervenant dans le cadre de ses nouvelles missions et l'impossibilité d'exercer la conduite, par lui-même, de son véhicule le rend dépendant de ses collègues et de son entourage. De même, il supporte moins le regard des uns et des autres et souffre de la pauvreté des tâches dont il a la charge. Cette description s'apparente à celle des auteurs Ahmed F., Lyu A., Xu N. *et al.* (op.cit.) sur l'amputation de membre inférieur. Pour eux, l'amputation d'un membre inférieur suite à un traumatisme est un événement majeur de la vie qui crée des défis et affecte gravement la santé. L'amputation influence considérablement les possibilités d'emploi car les personnes

doivent s'adapter à plusieurs pertes et changements dans leur mode de vie, leurs interactions sociales et leur identité. En cela, nombre d'auteurs (A. A. Okesina, I. Nsubuga, O. O. Omoola *et al.*, 2024 ; V. Raul, 2019 ; M-C. Ntjam et A. W. Amadiko, 2019 ; B. J. Darter, C. E. Hawley, A. J. Armstrong *et al.*, op.cit.) se sont penchées sur les conséquences de l'amputation de membres en lien avec la réalité du sujet en soi mais aussi en tant qu'acteur au travail.

Une étude menée par A. A. Okesina, I. Nsubuga, O. O. Omoola *et al.* (op.cit.) révèle que l'impact socio-économique de l'amputation des membres inférieurs comprend la perte d'emploi et le fardeau financier. Ainsi, l'amputation des membres inférieurs a un impact profond sur la qualité de vie et le bien-être psychologique, en particulier dans les zones rurales où le travail manuel est répandu.

Aux Philippines, dans une étude explorant les défis rencontrés et les mécanismes d'adaptation qu'une personne amputée manifeste, les résultats obtenus par V. Raul (op.cit.) révèlent des difficultés physiques (problème de mobilité et un manque d'équilibre de la démarche, déformation physique, adaptation au nouveau corps, apparence physique altérée, comportement sédentaire et douleur fantôme), psychologiques (tendance suicidaire, perte de libido, apitoiement sur soi et dépression), émotionnelles (peur et désespoir), socio-économiques (développement d'un comportement antisocial, d'un comportement dissociatif, de la peur de perdre un emploi, d'un problème d'argent et de la peur du rejet) et spirituelles (perte de foi).

Au Cameroun, M-C. Ntjam et A. W. Amadiko (op.cit.) à travers une étude visant à montrer les conséquences psychologiques du handicap physique en lien avec la difficulté d'acceptation de la modification corporelle laissent apparaître que l'amputation génère un risque de suicide avec une faible estime de soi.

Dans une méta-analyse, B. J. Darter, C. E. Hawley, A. J. Armstrong *et al.* (op.cit) notent que les taux de retour des civils amputés au travail varient de 48 à 89%. Chez les militaires par contre, il est de 11 à 13%. Toutefois des 52 soldats britanniques blessés en Afghanistan et en Irak, 63% étaient restés en service 2 ans après leur blessure. Cette situation tient à des facteurs comme les caractéristiques démographiques, le fonctionnement physique et les antécédents professionnels avant la blessure.

Au-delà du corps comme enjeux de représentation susceptible de freiner l'élan du sujet amputé de membre au travail, d'autres auteurs (T. Schoppen, A. Boonstra, J. W. Groothoff *et al.*, 2022 ; M. Couture, 2011) adoptent des postures beaucoup plus nuancées.;

Dans une étude mixte de type longitudinale réalisée au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et portant sur l'exploration du processus d'adaptation ainsi que l'ajustement à l'amputation d'un membre inférieur pour raisons vasculaires, M. Couture (op.cit.) démontre que 60% des participants perçoivent leur amputation comme un évènement positif. Les bénéfices perçus rapportés par les personnes amputées étaient les suivants : diminution de la douleur, augmentation des contacts sociaux, diminution des inquiétudes par rapport à la santé et diminution des demandes provenant de l'entourage. Sur le plan de l'ajustement à l'amputation, environ un tiers des participants présentaient des sentiments dépressifs et certains participants étaient insatisfaits face à leur image corporelle. Une diminution de la fréquence des activités de loisirs a aussi été notée. Sur le plan fonctionnel, une amélioration significative de l'indépendance fonctionnelle a été observée à travers le temps et 75% des participants utilisaient une prothèse.

Dans une étude, au Pays-Bas, consistant à décrire les indicateurs d'insatisfaction au travail parmi 144 employés

amputés et à comparer leur satisfaction au travail et leur expérience en matière de santé à celles de 144 sujets témoins valides, T. Schoppen, A. Boonstra, J. W. Groothoff *et al.* (op.cit.) montrent que malgré plus de problèmes de santé, 70% des sujets amputés de membre ont exprimé une plus grande satisfaction au travail que le groupe des personnes valides (54%) reflétant ainsi une grande appréciation de la réintégration professionnelle par les personnes amputées d'un membre inférieur. L'insatisfaction au travail chez les sujets privés de membre, en plus de la présence de comorbidités, est liée à l'inadaptation suffisante des conditions de travail à leur situation d'handicap.

Conclusion

Les agents de police victimes d'amputation d'un membre suite à une attaque terroriste sont confrontés à de multiples situations stressantes. Ils doivent non seulement faire face aux effets psychologiques de l'attaque, de l'amputation et aussi à ceux de la réduction de leur capacité fonctionnelle, de la déformation de leur corps, du regard des autres ainsi que de la douleur du moignon et du membre fantôme.

À travers cette étude, l'objectif a été de mettre en exergue, suite à une attaque terroriste, la répercussion de l'image du corps sur la réinsertion socioprofessionnelle chez un policiers burkinabè amputé de membre supérieur.

Les données ont été collectées à l'aide d'un guide d'entretien, du test de Rorschach, du questionnaire de l'image du corps, du Defense Style Questionnaire et du Ways of Coping Check List. L'analyse de celles-ci révèle des problèmes d'ajustement se manifestant par une perturbation de l'image du corps, des troubles d'insomnie et d'anxiété affectant négativement la qualité de vie du sujet. De même, la réduction de l'autonomie physique du cas étudié rend inefficace les coping centrés sur l'émotion et le problème ainsi que les défenses de

style mature pour faire face à la perte de membre. Cette situation favorise moins l'épanouissement au travail de l'individu qui se caractérise par des retraits momentanés afin de se soustraire du regard de ses collègues et des usagers du service auquel il appartient.

En effet, le déni de réalité auquel fait face le sujet le confronte à l'inacceptation du membre amputé d'où l'évitement de toute situation susceptible d'invoquer son état de vulnérabilité. Son attachement à l'image du corps antérieur à l'amputation se pose comme obstacle à la satisfaction de certains désirs entraînant des frustrations, des remises en cause et des sentiments négatifs. Pour ce faire, le recourt à la thérapie cognitivo-comportementale permettrait de prendre conscience et de réinvestir le corps apparaissant comme nouveau. Associée à une prescription médicale, elle contribuera à apaiser l'insomnie et le trouble d'anxiété. De même, une thérapie narrative est indiquée pour la prise en charge du trouble de l'image du corps. Elle facilitera, en effet, la construction d'une histoire d'un idéal corporel autre que celui construite sous l'influence de la société. Une histoire alternative de l'idéal corporel qui prend en compte la propre réalité du sujet et qui lui permet d'avoir un sentiment positif vis-à-vis de son corps. À cela, la satisfaction professionnelle peut être améliorée par de meilleures modifications des conditions de travail, et ce, en fonction des capacités fonctionnelles de l'individu.

En définitive, l'altération de l'image corporelle chez les personnes amputées de membre supérieur invite à en tenir compte tant dans leur prise en charge que dans leur réinsertion socioprofessionnelle. Au-delà des combattants engagés dans une situation de guerre, ce travail soulève avec acuité la question du handicap de manière générale et des préoccupations qui s'y rattache. Ainsi, notre démarche appelle à un soutien social, à la mise en place de conditions de travail plus adaptées, d'une approche holistique de prise en charge intégrant

l'accompagnement psychologique. Elle suggère un changement de regard sur la situation de la personne amputée de membre et de manière générale du handicap.

En termes de perspective, le port de prothèse après une amputation de membre supérieur pourrait clairement être questionné dans le sens du renforcement des capacités adaptatives du sujet dans une cadre socioprofessionnelle.

Références bibliographiques

AHMED F., LYU A., XU N. *et al.* (2024). The relationships between body image, self-esteem and quality of life in adults with trauma-related limb loss sustained in the Syrian war. *Journal of Vascular Nursing*, vol. 42, no 3, p. 191-202. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2024.05.005>

ANDREWS G., SINGH M., BOND M. (1993). The defense style questionnaire, *The Journal of nervous and mental disease*, vol. 181, n. 4, p. 246-256.

BELISLE J. G., WENKE J. C., KRUEGER C. A. (2013). Return-to-duty rates among US military combat-related amputees in the global war on terror: job description matters, *Journal of trauma and acute care surgery*, vol. 75. n. 2, p. 279-286. <https://www.researchgate.net/profile>

BONNET A., FERNANDEZ L., SAGNE A. *et al.* (2014). Atteinte corporelle, altération fonctionnelle et altération de l'image du corps chez la personne âgée amputée : Le cas de Mme B., 85 ans, *Psychologie clinique du handicap*, vol. 13, p. 309-340. <https://www.researchgate.net/profile>

BRUCHON-SCHWEITZER M. (1987). Dimensionality of the body image: the Body-image questionnaire, *Perceptual and motor skills*, vol. 65, n. 3, p. 887-892.

BRUCHON-SCHWEITZER M., COUSSON F., QUINTARD B. *et al.* (1996). French adaptation of the Ways of

Coping Checklist, *Perceptual Motor Skills*, vol. 83, n. 1, p. 104-106.

BURGER H., MARINČEK Č. (2007). Return to work after lower limb amputation, *Disability and rehabilitation*, vol. 29, n. 17, p. 1323-1329.

<https://worksupport.com/research/documents/pdf>

COUTURE M. (2011). *Processus d'adaptation et ajustement à l'amputation d'un membre inférieur*, Library and Archives Canada= Bibliothèque et Archives Canada, Ottawa. <https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id>

DARTER B. J., HAWLEY C. E., ARMSTRONG A. J. *et al.* (2018). Factors influencing functional outcomes and return-to-work after amputation: a review of the literature, *Journal of occupational rehabilitation*, vol. 28, p. 656-665. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>

Direction Générale de la Police Nationale du Burkina Faso, 2024, *Rapport des attaques terroristes sur les positions et patrouilles de la Police Nationale de 2018 à 2023 Coping*. Springer.

DOLTO F. (1984). *L'image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil.

FLANNERY J. C. et FARIA S. H. (1999). Limb loss: Alterations in body image. *Journal of vascular Nursing*, vol. 17, no 4, p. 100-106. [https://doi.org/10.1016/S1062-0303\(99\)90036-5](https://doi.org/10.1016/S1062-0303(99)90036-5)

FREUD A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défense*. PUF

FRISCH H. M., ANDERSEN C. R., MAZUREK C. M. *et al.* (2013). The Military Extremity Trauma Amputation/Limb Salvage (METALS) study: outcomes of amputation versus limb salvage following major lower-extremity trauma, *JBSJ*, vol. 95, n. 2, p. 138-145. <https://scholar.archive.org/work/zw77lonb6jhexo4khuera4xxly/access/wayback/>

HUTCHISON A., D'CRUZ K., ROSS P., *et al.* (2024). Exploring the barriers and facilitators to community reintegration for adults following traumatic upper limb amputation: a mixed methods systematic review. *Disability and Rehabilitation*, vol. 46, no 8, p. 1471-1484. <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2200038>

LANDREVILLE P., DUBÉ M., LALANDE G. *et al.* (1994). Appraisal, coping, and depressive symptoms in older adults with reduced mobility, *Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 9, n. 5, p. 269.

LAZARUS R. S. et FOLKMAN S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer.

MACIVER M., DIXON D. et POWELL D. (2024). Quality of life in young people with limb loss: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, vol. 46, no 19, p. 4323-4334.

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09638288.2023.2270908>

NTJAM, M-C., AMADIKO A. W. (2019). Risque suicidaire dans les amputations, *Cahiers Ivoiriens de Psychologie*, vol. 11, n. 7, p. 106-119.

NUGENT K., JOSHI A., VIANA R. *et al.* (2024). How has body image been evaluated among people with lower limb loss? A scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2335646>

OKESINA, A. A., NSUBUGA, I., OMOOLA, O. O., *et al.* (2024). Understanding Lower Limb Amputation: A Review of the Strategies for Healthcare Improvement, Prevention, and Management, *Rwanda Medical Journal*, vol. 81, n. 1, p. 18-133. <https://dx.doi.org/10.4314/rmj.v81i1.13>

PENN-BARWELL J. G. (2011). Outcomes in lower limb amputation following trauma: a systematic review and meta-analysis, *Injury*, vol. 42, n.12, p. 1474-1479.

PERRY J. C., GUELFY J-D., DESPLAND J-N. *et al.* (2009). *Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation* (2e éd.), Montréal, QC : Masson.

RAUL V. (2019). Life After Amputation: A Case Study, *International Scholars Conference*, vol. 7, n. 1, p. 530-549. <https://core.ac.uk/download/pdf/270228566.pdf>

RICHELLE J., DEBROUX P., DE NOOSE L. *et al.* (2017). *Manuel du test de Rorschach*, De Boeck Supérieur.

SCHOPPEN T., BOONSTRA A., GROOTHOFF J. W. *et al.* (2002). Job satisfaction and health experience of people with a lower-limb amputation in comparison with healthy colleagues, *Archives of physical medicine and rehabilitation*, vol. 83, n.5, p. 628-634.

<https://www.academia.edu/download/42492311/Job>