

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE
EN SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT
FOR SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

**DÉPASSEMENT DE LA RUPTURE DES TEMPORALITES ET
RÉORGANISATION PSYCHIQUE CHEZ LA FEMME
ATTEINTE DE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS**

*Mémoire présenté et soutenu publiquement le 29 juillet 2024 en vue de l'obtention du
Diplôme de Master en Psychologie*

Spécialité : Psychopathologie et Clinique

Par

TJADE Mistpa Ambre Ellianne

Titulaire d'une Licence en Psychologie Clinique

Matricule : 12G199

Sous la direction de

Mme NDJE NDJE Mireille

Maître de Conférences

Jury

Vandelin

MGBWA

Président,

Professeur,

Université de Yaoundé I

Mireille

NDJE NDJE

Rapporteur,

Maître de Conférences,

Université de Yaoundé I

Yolande

MENGUE NGADENA

Membre,

Chargée de cours,

Université de Yaoundé I



ATTENTION

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de l'ensemble de la Communauté Universitaire Élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines et Éducatives de l'Université de Yaoundé 1 n'entend ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire, ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

DÉDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
ABRÉVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
RÉSUMÉ.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE.....	9
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	10
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	38
CHAPITRE 3 : INSERTION THÉORIQUE	77
DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	98
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE.....	99
CHAPITRE 5 :PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES	112
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	133
CONCLUSION GÉNÉRALE	151
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	155
ANNEXES	161
TABLE DES MATIÈRES.....	179

*À
Tous les patients souffrant d'un cancer*

REMERCIEMENTS

Au Pr NDJE NDJE Mireille pour sa disponibilité, sa compréhension, sa patience et ses encouragements.

Au Pr EBALE Chef du Département de Psychologie de Yaoundé1 pour avoir autorisé la présentation de ce travail au laboratoire du développement et du mal développement de l'université de Yaoundé1 jusqu'à la soutenance.

Aux enseignants du Département de Psychologie pour avoir contribué à tout ce parcours scientifique à travers leurs enseignements.

Au Dr ATENGUENA Chef du Service d'Oncologie de l'HGY pour l'accueil au sein de son service et de son équipe, pour son ouverture d'esprit, pour le dynamisme qu'il insuffle dans son équipe et pour l'opportunité qu'on a eu d'intégrer son service qui regroupe des personnalités et des compétences si variées et complémentaires entre autres des médecins et des infirmiers.

À ma mère NGOH MBONDO Hermine Odette pour avoir cru et posé des actes de sacrifice pour que ce travail de recherche contribue par ricochet au rêve de construire une carrière.

À ma grande sœur TJADE Ursula Manuella pour son apport inconditionnel pour ma croissance personnelle et mon développement professionnel.

À mes amis pour l'assistance et la bienveillance dont ils ont toujours fait preuve.

À toutes ces femmes et ces hommes qui restent braves face au cancer en général et tout particulièrement aux participantes de cette étude pour avoir accepté de signer la fiche de consentement qui a offert la possibilité de bénéficier d'une collecte de données avec laquelle ce travail de recherche a pu terminer.

ABRÉVIATIONS

- CDC** : Centre pour le contrôle et la prévention des maladies
- CE** : Corps étranger
- CVO** : Crise de Vaso-Occlusive
- EDS** : Enquête Démographique et de Santé
- HGD** : Hôpital Général de Douala
- HGY** : Hôpital Général de Yaoundé
- HVB** : Virus Hépatite B
- IVA** : *Solution acide acétique à 4% à la recherche de zones acido-blanches*
- IVL** : *Solution Lugol à la recherche de zones iodonégatives*
- LEEP** : *Loop electrosurgical excision procedure*
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- SIDA** : Syndrome de l'immuno deficiencie Acquise
- UE** : Union Européenne
- VPH** : Virus du Papillome Humain

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Traitements du cancer du col de l'utérus	44
Tableau 2 : Répercussions du cancer du col sur la sexualité du couple.....	50
Tableau 3 : Caractéristiques des participantes.....	103

RÉSUMÉ

Au cours du stage à l'HGY, l'on a pu observer un phénomène remarquable chez plusieurs patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus. Malgré la gravité de leur diagnostic et les contraintes qui en découlent, ces patientes ont démontré un état d'esprit étonnamment serein, rassuré, cohérent et confiant. Ce constat s'est manifesté pendant les entretiens cliniques semi-directifs, au cours desquels l'on a noté un discours optimiste et une vision positive de l'avenir. Ces patientes ont exprimé leur capacité à faire face à la maladie et à envisager des perspectives d'avenir positives, ce qui suggère d'une réorganisation psychique. Ces observations préliminaires ont mérité une exploration plus approfondie pour comprendre les processus psychiques qui sous-tendent cette réorganisation psychique pour leur capacité d'adaptation face à l'adversité. Dans la perspective psychanalytique classique, la réorganisation psychique chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus est sous-tendue par des processus de régression, de dégagement et par la qualité des relations intersubjectives qui favorisent l'ajustement constant du Moi. Cette perspective, malgré tout le mérite qui lui est dû, ne prend pas en compte le dépassement de la rupture des temporalités pour appréhender la réorganisation psychique. Or, dans la perspective psychanalytique contemporaine, le dépassement de la rupture des temporalités est la transformation personnelle et collective, et, est facilité par la capacité à surmonter la crise et la rupture des temporalités. Les processus psychiques jouent un rôle crucial dans cette évolution, en mettant en évidence l'importance de l'organisation et de la réorganisation psychique pour aller au-delà de cette rupture. Ce problème de recherche a été concrétisé par la question suivante : *Comment le dépassement de la rupture des temporalités contribue-t-il à la réorganisation psychique chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus ?* Pour y répondre, l'on a formulé l'hypothèse suivante : *Le dépassement de la rupture des temporalités œuvre dans la réorganisation psychique à travers la mise en place des processus psychiques chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus.* L'objectif de la présente étude est de comprendre comment le dépassement de la rupture des temporalités à travers la mise en place des processus psychiques œuvre dans la réorganisation psychique chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus. La recherche utilisée est une approche qualitative basée sur une étude de cas auprès de quatre femmes adultes atteintes du cancer du col de l'utérus ayant subi plus d'un traitement à l'HGY. À l'aide d'une analyse de contenu thématique, les principaux résultats révèlent que : la survenue de façon soudaine et imprévisible du cancer du col de l'utérus dans la vie des participantes est source de beaucoup d'éprouvés et de contraintes. Il s'agit d'une part des douleurs, des dépréciations corporelles, des découragements, de castration, d'absence affective, d'arrêt d'activités professionnelles, de crises d'angoisses, et d'autre part, de conflits intrapsychiques, de sentiment d'insécurité et d'injustice. En outre, la réorganisation psychique à travers les manifestations du dépassement de la rupture des temporalités s'effectuent dans un espace psychique transitionnel est fonction de la mise en place des processus psychiques de symbolisation, d'étayage, de certains mécanismes de défenses et du travail de deuil de l'organe atteint. Ce qui accorde une pertinence clinique à l'hypothèse de départ.

Mots clés : Réorganisation psychique ; femmes ; processus psychiques ; cancer du col de l'utérus : dépassement de la rupture.

ABSTRACT

During the internship at the YGH, it was observed that many cervical cancer patients were serene, reassured, coherent and confident. During the semi-structured clinical interviews, it was noted that their discourse highlighted that they looked to the future with optimistic, despite the experience of the disease and the constraints associated with it. The bedside consultations made it clear that they were undergoing a psychic reorganization. In the classical psychoanalytic perspective, psychic reorganization in women with cervical cancer is underpinned by processes of regression and release, and by the quality of intersubjective relationships that foster constant adjustment of the ego. This perspective, for all its merit, does not take into account the need to overcome the rupture of temporalities in order to understand psychic reorganization. However, from a contemporary psychoanalytical perspective, overcoming the rupture of temporalities is personal and collective transformation, and is facilitated by the ability to overcome the crisis and rupture of temporalities. Psychic processes play a crucial role in this evolution, highlighting the importance of psychic organization and reorganization in overcoming this rupture. This research problem was concretized by the following question: *How does going beyond the rupture of temporalities contribute to psychic reorganization in women with cervical cancer?* To answer this question, the following hypothesis was formulated: *Overcoming the rupture of temporalities contributes to psychic reorganization through the implementation of psychic processes in women with cervical cancer.* The aim of the present study is to understand how overcoming the rupture of temporalities through the implementation of psychic processes works in psychic reorganization in women with cervical cancer. The research used is a qualitative approach based on a case study of four adult women with cervical cancer who had undergone more than one treatment at the YGH. Using a thematic content analysis, the main findings reveal that: the sudden and unpredictable onset of cervical cancer in the lives of the participants is a source of many trials and constraints. These include pain, body depreciation, discouragement, castration, emotional absence, cessation of professional activities and anxiety attacks, as well as intrapsychic conflicts, feelings of insecurity and injustice. In addition, psychic reorganization through manifestations of overcoming the rupture of temporalities takes place in a transitional psychic space, depending on the implementation of psychic processes of symbolization, scaffolding, certain defense mechanisms and the work of mourning the affected organ. This gives clinical relevance to the initial hypothesis.

Key words: Psychic reorganization; women; psychic processes; cervical cancer: overcoming the rupture

INTRODUCTION

Le cancer est une pathologie préoccupante à l'échelle mondiale, caractérisée par une multiplication incontrôlée de cellules anormales, qui peut entraîner des conséquences graves, voire mortelles en l'absence de traitements adéquats (OMS, 2014). Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le cancer est responsable d'un décès sur six parmi les cinq millions de personnes qui décèdent chaque année (OMS, 2020).

Dans ce contexte, le cancer du col de l'utérus représente un enjeu de santé publique majeur, en raison de son caractère évitable et traitable, s'il est détecté à un stade précoce. Cette maladie est principalement causée par une infection au virus du papillome humain (VPH), en particulier les types 16 et 18, qui sont des néoplasies intraépithéliaux et sont sexuellement transmissibles (Schiffman et al., 1995). Il est donc crucial de comprendre les facteurs de risque associés à cette maladie, ainsi que les stratégies de dépistage et de prévention pour réduire son incidence et sa mortalité. De plus, depuis 2005, il y'a quinze millions de nouveaux cas chaque année et neuf millions de décès enregistrés, soit une augmentation de 33%. (OMS, 2015). Il touche spécifiquement les femmes jeunes entre 15-44 ans dont les 65% de cette population et les femmes âgées entre 55 -75+ ans, et, il est à l'origine de plus de 310 000 décès des femmes chaque année, ce chiffre devrait atteindre les 460 000 décès par an d'ici 2040 (Aubry et al., 2020).

La réalisation d'une étude qualitative en psychologie sur le cancer du col de l'utérus présente un intérêt particulier, notamment en raison des aspects psychologiques et sociaux spécifiques à cette pathologie. Selon Binka et al. (2019), le cancer du col de l'utérus a des répercussions psychologiques et sociales importantes liées à sa nature intime et aux stigmates qui y sont parfois associés. Une approche qualitative permettrait ainsi de mieux comprendre le vécu subjectif des patientes, leurs représentations de la maladie, ainsi que les défis auxquels elles sont confrontées.

De plus, Seidler et al. (2021) soulignent que les expériences psychologiques des patientes atteintes de cancer du col de l'utérus peuvent différer de celles observées pour d'autres types de cancer, en raison des spécificités liées à la sexualité, à la fertilité et à l'image corporelle. Cette étude offrirait donc l'opportunité d'explorer en profondeur ces aspects singuliers, qui ne seraient peut-être pas aussi prégnants dans le cas d'autres localisations cancéreuses.

De même, Ferreira et al. (2020) précisent que les facteurs psychosociaux, tels que le soutien social, les croyances sur la maladie ou les stratégies d'adaptation, jouent un rôle important dans l'ajustement psychologique des patientes atteintes de cancer du col de l'utérus.

L'approche qualitative permettrait ainsi de mieux appréhender la manière dont ces facteurs s'articulent dans le vécu des patientes, en vue d'adapter les interventions de soutien psychologique.

Pour davantage comprendre cette thématique en Afrique, on a privilégié les réflexions de l'ensemble du corpus des sciences médicales, sociales et humaines afin de mieux se focaliser sur le cas du Cameroun et d'appréhender le phénomène de la réorganisation psychique dans la gestion du cancer du col de l'utérus qui se fait au sein des systèmes institutionnels (familiaux, hospitaliers, ONG, associations...). (Cresson et Mebtoul, 2010).

Le taux d'incidence annuelle au Cameroun selon l'OMS (2014) est estimé à 15 000 nouveaux cas par an, tandis que la prévalence est estimée à 25 000 malades par an. 13,8% des patientes atteintes de cancer du col de l'utérus ont entre 15 ans et 49ans. Prêt de 80% reçoivent le diagnostic à un stade très avancé de la maladie, si bien que la plupart décèdent dans les 12 mois qui suivent le diagnostic (Enow et al, 2012). À ce point, le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer après celui du sein à impacter considérablement tant l'intégralité physique que psychique, et, la première cause de mortalité chez les femmes atteintes dans le pays (Mbakop, 1997).

Des recherches contemporaines ont été menées pour explorer ces aspects et éclairer les expériences uniques des femmes africaines, y compris celles du Cameroun. À cet effet, une étude de Mbachou et al. (2020) a examiné les barrières à la gestion du cancer du col de l'utérus au Cameroun. Les résultats ont montré que la méconnaissance de la maladie, les problèmes financiers, la peur des traitements et les croyances traditionnelles peuvent constituer des obstacles à l'accès aux soins et à la qualité de vie des patientes.

Dans une autre étude, Njamnshi et al. (2019) ont examiné les facteurs associés au dépistage du cancer du col de l'utérus au Cameroun. Ils ont mis en évidence que la faible éducation, le manque de connaissance sur la maladie et les croyances traditionnelles sont des facteurs qui influencent négativement la participation au dépistage.

Une méta-analyse de Ngouana et al. (2019) portant sur la prévalence et les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus en Afrique subsaharienne a révélé que la prévalence de cette maladie est plus élevée dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Les auteurs ont également souligné l'importance de l'éducation, de la sensibilisation et de l'accès aux soins pour améliorer le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus dans la région.

Enfin, une étude de Mbopi-Keou et al. (2018) a examiné les facteurs psychosociaux associés à la qualité de vie des femmes atteintes de cancer du col de l'utérus au Cameroun. Les

résultats ont montré que le soutien social, les croyances sur la maladie et les stratégies d'adaptation jouent un rôle crucial dans le vécu de ces femmes.

Sur le plan psychologique, les femmes ayant été diagnostiquées et leurs proches semblent très souvent bouleversés parce que la résonance psychique d'une telle maladie et de ses traitements engendre une forme de « désorganisation psychique de l'organisation initiale avec rupture des temporalités » à travers un ensemble de répercussions contraignantes en lien avec leur image corporelle, leur féminité, leur sexualité et leur quotidien (Lehmann, 2014). La maladie a un impact psychologique qui va au-delà du corps affecté, influençant également l'ordre symbolique où les significations sont attribuées et où les nœuds inconscients se forment. (Moscovitz, 2015).

L'instant d'après-coup de l'annonce du diagnostic entraîne son assimilation et un changement significatif de l'état psychique des effets de la rupture des temporalités. Ce qui réinitialise en soi les représentations psychiques, les fantasmes, les affects d'expériences douloureuses plus spécifiques parce que c'est une maladie qui touche les organes génitaux internes de la femme (vagin, utérus, col, trompes, et les ovaires) (Reich, 2005). L'incidence psychologique de cette maladie met en avant l'atteinte du corps, pour autant qu'il soit sexuel et féminin, dépendant de la localisation anatomique du cancer dans les parties intimes qui sont considérées comme symboles de la féminité, de la maternité, de la sexualité et parfois d'épanouissement chez la plupart des femmes (Reich, 2005). Raison pour laquelle certains auteurs adhèrent à la forte importance psychologique de l'organe sexuel et au caractère « caché » du col de l'utérus qui engendrent une intensité fantastique remarquable contrairement au sein dans la maladie cancéreuse, pour lequel la représentation est plus évidente de par son caractère « visible ». Par conséquent, le cancer du col de l'utérus n'a pas d'impact physique visible immédiat et met en avant « *le deuil névrotique d'un organe de la sphère sexuelle soit plus intense que celui provoqué par l'amputation d'un autre organe* » (Hirsch, 2005).

De ce fait, très peu de travaux reconnaissent la trajectoire minutieuse que prend la réorganisation psychique dans le cadre d'une telle maladie entre affaissement psychique, effraction du réel, déséquilibre émotionnel, traumatisme, potentialités de morbidités, atteintes douloureuses du corps, perte, deuil pathologique de l'organe et rupture (Duparc, 2005).

L'ensemble de ces phénomènes psychiques forme notamment la rupture des temporalités anxieuses et dépressives qui fragilisent davantage les patientes à travers des manifestations des désordres cognitifs ; de la détresse psychique, des comportements à risque inadaptes ; des difficultés sur le plan social pouvant surajouter, une perte d'emploi ; des problèmes conjugaux ; des incompréhensions familiales. De même que les femmes déjà

touchées par le cancer du col de l'utérus sont encore plus vulnérables aux effets néfastes de la rareté des ressources financières pour couvrir les coûts des soins, à la diminution de leur cercle social, ainsi qu'aux conséquences environnementales telles que les allergènes, les autres virus, la pollution, les pesticides et d'autres agents toxiques (Société Pneumologie de la Langue Française, 2010). Ainsi le cancer du col de l'utérus n'est plus seulement la pathologie de l'organe atteint, mais plutôt une maladie systémique (Fabbri et al., 2008).

Dans cette logique, l'application clinique se substitue au travail du Moi par les sujets à l'égard de leur maladie en l'occurrence celle du cancer du col de l'utérus (Pedinielli, 1994 ; Pucheu, 2008). Du point de vue des stratégies d'adaptation dynamique de nature inconsciente pour faire face aux situations de souffrance et stressantes de l'environnement par le sujet, la réorganisation psychique dans ce contexte vient enrichir cette étude en proposant de nouvelles perspectives dans la compréhension de la mise en place des processus psychiques dans le parcours thérapeutique, la gestion de la maladie, tout en changeant le regard porté sur les personnes atteintes (Anthony et al., 1980).

Dès lors, dire d'un « sujet qu'il est réorganisé », à travers le dépassement de la rupture des temporalités, revient à faire attention au confort des bénéfiques d'adaptions liés aux processus psychiques secondaires à l'entame du processus thérapeutique comme le souligne brièvement Myquel (2005). Il est question de prendre en compte le dépassement de la rupture des temporalités selon le modèle de la réorganisation psychique telle qu'illustrée par Lehmann (2014) qui se constate dans les effets de la temporalité des processus secondaires dans le travail du Moi liés au temps conscient de la maladie de façon linéaire, où certains sujets contrairement à d'autres se laissent submerger par les défis émotionnels (tristesse, peur, colère, frustration, anxiété), cognitifs (perception, pensée, mémoire, jugement, prise de décision) et affectifs (l'image corporelle, la perte de la fonction sexuelle, l'estime de soi) en fonction de leur axe intrapsychique et leur axe relationnel, source de souffrance qui vient perturber l'équilibre symbolique, les rôles et l'identité (Ricoeur, 1969; Cahn, 2002).

Selon Ricoeur (1984), cette temporalité est habituellement structurée par des événements marquants qui jalonnent l'existence individuelle. Cependant, dans le contexte de maladies, cette temporalité peut être profondément perturbée par la présence de symptômes persistants. Les patientes peuvent ressentir une dissonance entre leur expérience subjective du temps et son écoulement objectif, rendant leur vie quotidienne difficile à appréhender et entraînant une sensation d'aliénation vis-à-vis de leur histoire personnelle.

En opposition à cette approche linéaire de Ricoeur (1984), la temporalité peut aussi être cyclique, comme l'a souligné Bergson (1910), il évoque l'idée de répétition et de retour. Elle

devient particulièrement pertinente dans les expériences de douleur et de souffrance propres aux maladies chroniques. Ce type de temporalité peut induire un sentiment de stagnation, où les patientes se trouvent piégées dans un cycle d'exacerbations et d'accalmies. Cette cyclicité renforce souvent l'impuissance, empêchant les patientes d'envisager un avenir qui échappe à la chronicité de sa souffrance, renforçant ainsi des sentiments de désespoir et d'angoisse.

La temporalité peut également être fragmentée, décrite par Kristeva (1987), reflète quant à elle un abandon des repères chronologiques traditionnels. Les personnes vivant avec des maladies comme celle du cancer du col de l'utérus peuvent éprouver des épisodes de déconnexion temporelle, ce qui engendre des sensations d'étrangeté face à leur propre vie. Cette fragmentation du temps peut se traduire par des souvenirs intrusifs et des flashbacks associés à des événements traumatiques, ainsi qu'une difficulté à projeter des anticipations futures. Cette perception déstabilisée du temps peut non seulement aggraver l'anxiété, mais également entraver le processus de rétablissement.

En outre, la temporalité relationnelle, qui se concentre sur les interactions entre les patientes et leur entourage, revêt une importance toute particulière dans la maladie chronique. Selon Stern (2004), ces interactions façonnent la perception du temps des individus, leur permettant d'établir des connexions significatives même en présence de souffrance. La qualité des échanges humains peut améliorer ce rapport au temps, offrant ainsi un facteur de protection contre l'isolement et le désespoir.

Ce concept qui bien que structurellement d'essence narcissique, s'en démarque néanmoins parce qu'il implique et transcende par rapport à celui-ci : celui de sujet. Un pré-sujet certes, ou plutôt un sujet émergent de l'indistinction primitive avant la relation d'objet (...). Une subjectalité qu'on réfèrera faute de mieux, au soi dans son vécu de permanence, de continuité, et impliquant les prémices d'une différenciation porteuse d'autonomie et comportant l'introjection. (Cahn, 2002).

La réflexion de Laget (1995) sur la temporalité dans le contexte des maladies telle que le cancer du col de l'utérus offre une analyse approfondie de l'influence du temps sur l'expérience psychologique et les dynamiques cliniques. Laget (1995) met en avant la temporalité comme un cadre structurant essentiel, tant pour l'évolution des affections

chroniques que pour les modalités de soin et les interactions entre le thérapeute et le sujet malade.

Il souligne que la perception du temps est profondément variable d'un sujet à l'autre, en particulier chez ceux qui vivent avec des maladies chroniques. Cette variabilité peut générer une distorsion de la perception temporelle, dans laquelle les dimensions du passé, du présent et du futur perdent leur fluidité. Une telle discontinuité temporelle peut aggraver les symptômes psychologiques, amplifiant l'anxiété et rendant difficile la projection vers un avenir optimiste. L'auteur insiste sur l'importance d'intégrer la dimension temporelle dans l'évaluation et le traitement des maladies chroniques, arguant que la réinstauration d'une perception temporelle intégrée est cruciale pour une gestion efficace de ces pathologies (Laget, 1995).

Il aborde également la temporalité comme un élément central dans la relation thérapeutique. Il éclaire comment les différentes étapes du processus thérapeutique telles que l'écoute, la compréhension et la restitution sont indissociables de la réparation psychologique. Selon Laget (1995), il est primordial de prendre en compte la notion de temporalité pour atténuer les blessures émotionnelles et favoriser la reconstruction de l'identité au sein de la pathologie chronique.

Dès lors, la rupture des temporalités, telle que décrite par Negu et Baas (2016), correspond à une fragmentation de l'expérience subjective du sujet atteint de maladie chronique. Cette fragmentation, qui représente une scission au sein de l'unité antérieurement vécue, se traduit par une rupture dans la perception du temps et de l'identité. Selon leurs observations, la survenue d'une maladie invalidante remet fondamentalement en cause le sentiment d'unité et de cohérence qui structure normalement notre rapport au monde. Les patientes se trouvent confrontées à une forme d'étrangeté et de discontinuité dans leur vécu, où le corps malade devient une altérité menaçante, une « chose » qui échappe à leur contrôle et à leur compréhension (Negu et Baas, 2016).

Ce phénomène d'effraction du réel se traduit par un sentiment d'irréalité, voire de dépersonnalisation, ainsi que par une forme de désintégration identitaire. La maladie chronique vient ainsi fracturer les repères existentiels habituels, obligeant les individus à redéfinir leur place et leur rôle dans un environnement devenu profondément instable et imprévisible (Negu et Baas, 2016).

Le dépassement potentiel de cette rupture, qui implique une réorganisation psychique, devient un élément central dans le maintien et la continuité de l'expérience subjective du patient. Cette réorganisation permet de reconstruire un sens de la réalité et de la continuité de soi, malgré la fragmentation induite par la maladie chronique. La notion de « dépassement » évoque une

dynamique de transformation et d'adaptation, où le sujet, confronté à une rupture profonde, trouve des moyens de réintégrer les éléments fragmentés et de reconstruire une nouvelle unité, une nouvelle temporalité (Fromager, 2008). Ce qui propulse le processus de réorganisation psychique, qui s'articule autour de la rupture et de son dépassement, constitue un élément essentiel pour faire face au cancer du col de l'utérus et ses traitements associés. Il permet au sujet de maintenir une cohérence subjective et de continuer à vivre une expérience personnelle malgré les défis posés par la maladie (Lehmann, 2014).

Dans cette dimension fonctionnelle du psychisme, l'intérêt ne se centre pas uniquement sur le dressage du tableau sémiologique du retentissement psychique des temporalités induites par le cancer du col de l'utérus dans l'incapacité de sa victime à contrôler le cours de sa féminité, de sa sexualité et de son vécu quotidien. Bien que la situation bouleversante ne soit pas qu'une situation du corps physique. En effet, elle est multidimensionnelle en l'occurrence celle de toute une communauté notamment dans le contexte africain camerounais. Ceci permet de mettre en relief dans cette problématique la place et le rôle que joue la réorganisation psychique dans l'organisation psychique du sujet malade. Lorsque la rupture n'a pas d'existence objective à un niveau intrapsychique et peut toujours être dépassée en recourant à l'image symbolique.

C'est pourquoi Lacan (1966) a toujours évoqué l'idée selon laquelle l'inconscient est structuré comme un langage, en montrant qu'au « stade du miroir » de l'organisation psychique du Moi le premier signifiant est nécessaire pour que la chaîne signifiante puisse exister pour la formation d'une identité et la perception du monde extérieur. Ainsi, l'activité de pensée représentative et l'acte symbolisant avant, pendant et après la maladie implique de ce fait une certaine temporalité conséquemment les processus conscients et inconscients de la réorganisation psychiques possèdent une nature temporelle, par extension. C'est la vie entière du sujet qui est inscrite et rythmée par la temporalité.

Dès lors, Lehmann (2014) indique que le dépassement de la rupture des temporalités participe aux processus de transformation y afférents par la mise en sens de l'atteinte corporelle et de renoncement de l'organe atteint par le cancer à des sphères de la sexualité, d'image, de la féminité induisant la réorganisation psychique (Raimbault, Royer, 1967 ; Kipman, 1981 ; Glicenstein, Lehmann, 1987)

L'objet de cette étude est la réorganisation psychique. Elle véhicule l'idée de recherche selon laquelle : « *le dépassement de la rupture des temporalités induit la réorganisation psychique à travers la mise en place des processus psychiques chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus* ». L'étude s'intitule donc : dépassement de la rupture des temporalités et réorganisation psychique chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. L'objectif

de cette étude est de comprendre comment la réorganisation psychique à travers la mise en place des processus psychiques dans le dépassement de la rupture des temporalités à l'œuvre chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus.

Pour atteindre l'objectif ainsi formulé, le présent travail est organisé en deux grandes parties comprenant chacune trois chapitres. La première intitulée cadre théorique comprend : la problématique, la revue de la littérature et l'insertion théorique de l'étude. La deuxième partie intitulée cadre méthodologique et opératoire. Comprend : la méthodologie, l'analyse et la présentation des résultats et l'interprétation des résultats et la discussion.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

1-1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La présente étude descriptive et exploratoire s'intéresse à la réorganisation psychique chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus. Selon l'approche psychologique de la maladie chronique et grave, les patientes atteintes du cancer du col de l'utérus sont très souvent confrontées aux problèmes de santé persistants et à des situations compromettantes. De nouvelles maladies concomitantes ou associées parviennent non seulement à s'y greffer, mais également les patientes sont appelées à surmonter les difficultés familiales et socio-économiques. Elles doivent apprendre à vivre au mieux avec leur maladie. (OMS, 2006 ; Matheson et al., 2011).

Le pronostic d'une telle maladie est encore plus difficile à comprendre à cause de la combinaison complexe de facteurs biologiques, comportementaux et environnementaux (Magro et coll, 2016). La manière d'annoncer une maladie d'une telle envergure et ses implications par le corps médical est une des conditions déterminantes pour faciliter et renforcer l'appropriation des patientes de leur « état de malade ». (Haute Autorité de santé, 2008). Certaines de ces patientes se sentent très souvent détachées de la situation, et se placent en spectatrices de ce qui leur arrive en faisant preuve de déni de la réalité de la maladie.

Autrement dit, ce type d'annonce peut être extrêmement complexe et difficile à vivre. Les patientes qui en souffrent peuvent ressentir une profonde tristesse, de la colère, de la honte, de l'anxiété ou même un sentiment de perte d'identité. Elles peuvent également éprouver des difficultés à s'adapter aux changements physiques et fonctionnels associés à la perte de l'organe. L'état psychique peut varier d'une patiente à l'autre. Certaines patientes peuvent être relativement détendues et optimistes, tandis que d'autres peuvent déjà ressentir de l'anxiété ou des préoccupations liées à leur santé bien avant l'annonce du diagnostic.

À ce propos, le cancer du col de l'utérus est l'un des fléaux mondialement reconnus dans l'intitulé de la deuxième édition de l'OMS (2017) ; d'où le titre : « lutte contre le cancer du col de l'utérus ». Il y est relevé par l'OMS que dans 55 pays le cancer du col de l'utérus est la forme de cancer la plus courante. De nombreux pays d'Afrique subsaharienne ainsi que des pays d'Asie tels que l'Inde et certains pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, sont dans la même situation. En dépit de toutes les méthodes de préventions, de dépistage et des traitements engagées par l'OMS.

En Amérique, le nombre total de cas a été estimé à 7 594 soit une proportion de femmes de 54% précocement diagnostiquée du cancer du col de l'utérus (Sankaranarayanan et al, 1998). Selon le CDC (2015), certains auteurs expliquent que le cancer du col de l'utérus lié au PVH a connu une baisse de 0,8% : « *la diminution du cancer du col de l'utérus de 1999 à 2015 représente une tendance continue depuis les années 1950 à la suite de la mise en place du dépistage* » (CDC,2015). Toutefois, il a été démontré dans de nombreux travaux qu'il existe une disparité importante entre les femmes noires afro-américaines et les femmes blanches lorsque ceux-ci mettent en exergue le calcul de la mortalité. En effet, il a été constaté que les Afro-Américaines ont un taux de décès de 77% plus élevé que celui des femmes blanches ; avec un taux relativement bas de 47%. Pour les chercheurs américains, cette approche statistique peint plus ou moins nettement l'image de la société mondiale pour ce qui est de l'incidence de cette maladie. Ce qui permet à ce niveau de mieux comprendre comment prévenir ce cancer avec une estimation de 12 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année aux États-Unis ; provoquant environ 4 000 décès par an. (Bernard, 2017).

La situation des pays membres de l'UE face au cancer du col de l'utérus est hétérogène indépendamment de chaque pays. L'Europe occupe la neuvième position mondiale sur l'incidence et la douzième place en termes de mortalité. La France par exemple est classée onzième parmi les 25 États en termes d'incidence et neuvième pour le taux de mortalité (Institut de Veille Sanitaire, 2008). Le cancer du col de l'utérus a un faible développement en France ainsi que dans toute l'Europe grâce au programme de dépistage régulier par frottis (Hakama et al, 1985). À ce titre, l'OMS (2020) a insisté pendant la journée internationale de lutte contre le cancer du col de l'utérus à travers « *un programme éventail* » pour une possibilité d'interventions permettant de prévenir la survenue de ce type de cancer par la vaccination contre les VPH. Cela a pour effet de poser de manière précoce un diagnostic. En associant à cela le dépistage et un traitement adéquat, la prise en charge est plus performante. Et plus encore, cela contribue à la réduction des mortalités prématurées de 20% depuis les années 2000 à 2015 (Aubry et al., 2020).

Contrairement aux pays développés, le cancer du col de l'utérus est la forme de cancer la plus répandue dans les pays en voie de développement chez les femmes avec un taux d'incidence de 23,7% avec 5% de la réduction du taux de mortalité dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus (OMS, 2020). Selon que les types de cancers varient dans les régions d'Afrique ; le cancer du col de l'utérus est très présent et fréquent en Afrique de l'Est et en Afrique Subsaharienne, allant notamment à plus de 50% au Malawi et au Mozambique (OMS, 2020).

Les taux d'incidence recueillis ont en fait été standardisés pour une population de 100 000 femmes dans les pays à faibles revenus. Cela suppose que le nombre de nouveaux cas selon ces standards varie en fonction des zones à fortes prévalences du cancer du col de l'utérus. L'on a pour cette standardisation les tableaux ci-dessous :

Zones à fortes prévalences	Taux incidences standardisées
(Maghreb (4pays))	7,42%
Afrique Francophone (21pays)	7,63%
Océan Indien francophone (3pays)	0,82%

Source : www.medicinetropicale.com

De même que les taux de la mortalité ont été également standardisés avec la même répartition.

Zones à fortes prévalences	Taux de la mortalité standardisés
Maghreb (4pays)	7,83%
Afrique Francophone (21pays)	6,75%
Océan Indien francophone (3pays)	0,75%

Source : www.medicinetropicale.com

C'est dans cette optique qu'a été faite l'estimation pour une prévision d'incidences de nouveaux cas allant jusqu'en 2030 en l'absence d'actions efficaces de prévention et de diagnostic précoce dans ces pays sous-développés (Globocan, 2012).

Zones à fortes prévalences	Prévision d'incidences de nouveaux cas en 2030	Prévision du nombre de décès en 2030
Maghreb (4pays)	7506	3 518
Afrique Francophone (21pays)	37 784.1	25 808
Océan Indien francophone (3pays)	6 184	3 568

Source : www.medicinetropicale.com

Bien qu'on soit face à une description bien alarmante de la situation du cancer du col de l'utérus dans les pays à faibles revenus, l'on note quelques avancements dans la prise en charge à travers un ensemble de recommandations centrées sur le renforcement de l'information, le dépistage, l'éducation et la sensibilisation des différents facteurs à risques de cette maladie. En effet, les politiques s'assurent de la formation du personnel de santé public, s'aident des technologies numériques et des tests rapides de diagnostic, contribuent à introduire les vaccins anti VPH dans la prévention du cancer du col de l'utérus. Enfin, participent au plaidoyer auprès des autorités nationales pour ce qui est des compétences, des donateurs, des partenaires pour des allocations et la mobilisation de ressources dans la lutte contre le cancer (Sankarayanan et al., 2015).

Pour comprendre plus profondément cette étude portant sur un phénomène psychologique dans le cadre du cancer du col de l'utérus en Afrique, il est important de prendre en compte les spécificités culturelles, sociétales et sanitaires du continent. Des recherches contemporaines ont été menées pour explorer ces aspects et éclairer les expériences uniques des femmes africaines diagnostiquées avec ce type de cancer.

Binka et al. (2019) ont mené une étude qualitative sur les expériences de femmes atteintes de cancer du col de l'utérus dans des zones rurales du Ghana. Leurs résultats ont montré que les barrières géographiques, les coûts financiers et les croyances traditionnelles sur la maladie peuvent constituer des obstacles majeurs à l'accès aux soins et au soutien psychologique. Dans une revue systématique, Adebowale et al. (2020) ont examiné l'impact du cancer du col de l'utérus sur la qualité de vie des femmes africaines. Ils ont souligné que les difficultés économiques, le manque de soutien social et les stigmates associés à la maladie peuvent entraîner une détresse psychologique et des difficultés d'adaptation.

De même qu'une autre étude de Moshiro et al. (2017) portant sur les expériences de femmes vivant avec un cancer du col de l'utérus au Kenya a révélé que la préoccupation principale des participantes était l'impact de la maladie sur leur rôle familial. Les femmes ont également exprimé des inquiétudes concernant la divulgation de leur diagnostic et l'impact sur leurs relations sociales. D'où ce qui concerne les interventions psychologiques, Munodawafa et al. (2020) ont mis en œuvre un programme de soutien psychosocial pour les femmes atteintes de cancer du col de l'utérus au Zimbabwe. Leurs résultats ont montré que la participation au programme a entraîné une amélioration significative de la santé mentale et du bien-être global des participantes.

Il est important de notifier qu'au Cameroun ce sont les zones urbaines qui ont une incidence de 5%. C'est aussi dans ces zones que l'on retrouve les cas les plus élevés du cancer du col de l'utérus. Plus spécifiquement dans les villes de Douala et Yaoundé, l'incidence est estimée dans ces deux métropoles à 7%. Par contre en milieu rural, elle est de 1%. Parmi les femmes atteintes, seules 4% auraient effectué un test de dépistage. Ce qui suppose que les variations de ces scores dépendent pour de nombreuses femmes des caractéristiques de leur niveau d'instruction et de leur région. Ce qui constitue dès lors un véritable problème de santé publique (Globocan, 2018). L'enquête menée par EDS (2018) autour de cette maladie a également montré que près de 46% des femmes résidant au Cameroun déclarent avoir entendu parler de ce type de cancer et que 28% ont eu à effectuer un test de dépistage.

Dans une étude rétrospective réalisée dans toutes les régions du Cameroun à l'HGD par Esson Mapoko (2017) sur 357 femmes étaient destinées à décrire les caractéristiques du pronostic clinique des patientes avec le cancer du col de l'utérus. Les résultats de cette étude montrent que les patientes originaires de la région de l'Ouest sont fortement représentées avec un pourcentage de 42,2% suivi de celles de la région du Centre 19%, du Nord-Ouest 12,6% et du Littoral 9,5%. Il s'agit plus des femmes sans emploi et au foyer avec une fréquence de (57% (n=200), puis suivi les cultivatrices 15,1%, les commerçantes (13,1% et de divers autres corps de métiers.

L'âge du premier rapport sexuel est renseigné chez seulement 37% avec une moyenne de $16,73 \pm 2,16$ de la population. Le premier rapport sexuel est renseigné par des extrémités d'âge de 12 à 22 ans ; tandis que la moyenne d'âge d'accouchement est de $18,92 \pm 3,44$ avec des extrémités d'âge de 13 ans à 36 ans. Par ailleurs, 6,5% de la population féminine atteinte du cancer du col de l'utérus est tabagique et 44% est alcoolique. Le type CE était le type histologique le plus fréquent 85,6%. Aussi, les stades les plus fréquents au diagnostic sont les stades IIB 22,3%, suivis des stades IIIB 21,6%. L'auteur va conclure que le cancer du col de l'utérus au Cameroun est une maladie de la femme adulte généralement sans emploi, à des stades avancés au diagnostic et au pronostic critique (Pan African. Journal, 2017).

Une autre étude transversale et descriptive effectuée au Cameroun par Djouedjon et al., (2018) sur 594 femmes a apporté un regard sur les comportements à risques observés chez certaines victimes du cancer du col de l'utérus qui d'après ces auteurs, la maladie est identifiée comme étant une maladie de la honte et sexuellement transmissible. Cette étude a permis de mettre en exergue les connaissances des femmes atteintes sur la maladie, leurs attitudes et leurs pratiques sexuelles étant en âge de procréer ; le but étant de comprendre leur vécu. Il en ressort que 26 % ont eu l'intention de faire le test de dépistage du cancer du col de l'utérus, 75% ont

été conseillées par un personnel de santé et seulement 16% ont pris l'initiative de façon personnelle de faire ce test. Ce qui a mené les auteurs de cette étude à dire que le vécu de la jeune femme au Cameroun face à cette maladie est très à risques.

Aussi, les moyens de prévention sont très minces à cause d'un défaut de programme de sensibilisation et que le premier mode de traitement vers lequel se tournent la plupart des patientes est la médecine traditionnelle selon les mœurs et les coutumes parce que la maladie est mystifiée pour peu qu'elle atteigne les organes génitaux (Djouedjon et al., 2018) Pour ces auteurs, les connaissances du cancer du col de l'utérus sont très mitigées. Ce qui fait que les femmes atteintes gagnent généralement le chemin de la médecine moderne tardivement. D'où la nécessité d'améliorer la sensibilisation sur la prévention et le diagnostic précoce des cas au Cameroun (Pan African. Journal, 2018).

De ce qui précède, sur le plan psychologique, l'annonce du diagnostic de cancer du col de l'utérus au Cameroun évoque autant un retentissement psychologique important au niveau de la rupture des temporalités affectant les représentations (psychologique, sociale, culturelle et physiologique) que les femmes atteintes ont de cette maladie. Cette forme de « rupture est existentielle », ce qui prévaut non seulement le temps qui se fige, mais aussi un investissement de l'intégrité psychique (Caron, 2008). L'évocation d'une telle maladie potentiellement incurable de par ces conséquences dans la réalité psychique des femmes atteintes, initie une forme de questionnement et un état de sidération psychique qui traduit un « blocage » ou une « inhibition » qui les emprisonnent (Poulichet, 1994). C'est décrit comme un « temps dénudé et inhabitable » pour le Moi.

Étant en clinique, la compréhension que l'on peut avoir de l'annonce du diagnostic et des traitements associés, est, qu'ils constituent un « choc » qui va jusqu'à faire resurgir les expériences passées, les angoisses et les blessures narcissiques manifestes ou latentes qui viennent s'ajouter progressivement au tableau sémiologique de la maladie chronique qu'est le cancer de col de l'utérus (Cason, 2008).

Il est utile de préciser à cet effet que l'annonce du diagnostic médical face au cancer obéit au dispositif « d'annonce de diagnostic de cancer », régi par la Mesure 40 du Plan Cancer (2003-2007) qui en d'autres termes, participe à l'objectivation de l'expression médicale sur la réalité de l'altération physique et biologique du sujet malade. Il se veut dénuer de toute sorte de subjectivité entre l'informateur (médecin) et le receveur (patient et entourage) pour une meilleure qualité du discours centré sur la délivrance de l'information médicale.

Il a été mis en place pour le respect de l'aspect déontologique qu'ont les professionnels de santé à avoir la capacité à se contenir, à s'adapter et à dire le diagnostic, à présenter le

pronostic et les traitements applicables aux patientes sans toutefois basculer vers un état psychologique d'irréversibilité (Kübler-Ross, 1969). Ce qui convient de souligner dans le contexte camerounais que pour les victimes, recevoir un diagnostic de cancer du col de l'utérus de cette manière est un moment particulièrement significatif et éprouvant qui nécessite une articulation protocolaire efficiente dans la pratique professionnelle de l'équipe soignante et la prise en compte du volet psychopathologie et clinique quasi absent.

À ce propos, l'on peut noter dans une perspective psychanalytique, la cassure impactée par l'annonce du diagnostic que la rupture des temporalités à l'intérieur des patientes désorganise le psychisme avec Kaes (2009) qui dit:

La rupture s'observe ici à deux niveaux. Au niveau du Moi Idéal, c'est la toute-puissance du Moi qui est affectée et le sujet ne peut plus effectuer des tâches qu'un sujet « normal » peut accomplir. Au niveau de l'Idéal du Moi, le sujet déficient en regardant les autres se rend compte qu'il est trop différent et donc non conforme, voire non rentable.

Cet intervalle « temps » possède dans les travaux de Lecomte (2001) un « effet temporaire » qui réorganise la désorganisation psychique à « *l'épreuve de la réalité et en l'absence de la filiation de l'événement pathogène dans le réel* ». Il constitue des dimensions essentielles pour qui engage le dépassement de la rupture des temporalités pour que la réorganisation psychique se mette en œuvre d'une part, et d'autre part, De Tychey et al. (2012) démontre l'implication complémentaire des processus psychiques sur le long terme qui font suite au temps de la « résistance » (Tisseron, 2007).

Vaillant (2001) va relever que la forme de transmission d'une réorganisation psychique et d'une reconstruction est perçue dans les comportements observables et les contenus latents qui consiste à donner un sens à cette « rupture » relative à la présence de la maladie à travers son dépassement à travers les indices suivants chez les patientes : l'observance thérapeutique, l'expression de l'expérience subjective de la maladie et évaluer les activités quotidiennes.

L'on peut entendre par processus dynamiques ou psychiques ce que le sujet engage lorsqu'il est soumis à des situations de « chocs » importants. Ce qui revient à considérer que tout sujet dont le Moi est réorganisé, a subi dans son parcours le fracas ou l'effraction du système de la pare-excitation selon l'approche freudienne (1920) du « trauma » qui renvoie à une désorganisation psychique de l'organisation psychique initiale chez Lehmann (2014), et

mettant en exergue avec Roques (2011) la désorganisation somatique à l'atteinte du corps par le cancer du col de l'utérus, peut traverser des états incluant des manifestations psychopathologiques, de hors circuit émotionnel, des stratégies défensives inappropriées pour parer les attaques du monde externe (effractions corporelles) et développer certains symptômes, sans pour autant se désorganiser durablement dans une certaine délimitation temporaire.

En effet, pour Godard (1997) l'appareil psychique étant soumis à un défaut des capacités vitales du corps atteint, le poids de la réalité externe faisant irruption dans la réalité interne, le psychisme n'intègre pas cette information telle quelle, mais la façonne en fonction de l'histoire et des caractéristiques propres du sujet. L'événement d'annonce du diagnostic ; du pronostic et des traitements, des remissions de la maladie, des hospitalisations répétées sont de la sphère de la « rupture des temporalités » qui désorganise l'intégrité de la femme atteinte par le cancer du col de l'utérus. Raison pour laquelle pour lui :

Il s'impose en résonance et nous met en déroute, alors que le sens que nous attribuons à l'événement dépend de notre histoire et des rituels qui nous entourent. Il n'y a donc pas d'« événement en soi » puisque un morceau du réel peut prendre une valeur saillante dans un contexte et banale dans un autre.

C'est-à-dire qu'après l'annonce du cancer du col de l'utérus, l'état psychique peut subir un changement significatif. Les émotions peuvent être intenses et variées, allant de la peur, de la tristesse, de la colère à la confusion et à l'incrédulité. L'annonce du cancer peut être vécue comme un choc émotionnel, bouleversant la stabilité émotionnelle et mentale des patientes.

De surcroît l'annonce du cancer du col de l'utérus chez les femmes apparaît comme une sorte de chose non symbolisable, qui ne peut que « réveiller » chez le sujet le caractère psychopathologique. Pour Lacan (1975), c'est un « réel » qui ne peut être nommé ni être représenté que par le sujet. Lorsqu'on sait que « cancer » en général étant équivalent à mort, ne peut être symbolisé que par le sujet qui se retrouve soudainement « *au pied du mur du réel* » (Deschamps, 1997).

En dépit de ce fait, la remarque que l'on fait chez certaines des victimes atteintes de cette maladie au Cameroun qui amorcent un schéma du dépassement de la rupture des

temporalités, est qu'il s'agit d'un changement positif suite à la phase de la désorganisation psychique et somatique par rapport à leur vision de soi au présent et au futur qui fait, généralement dans ces cas, l'objet d'un travail fonctionnel du Moi au niveau de leurs représentations ; de leurs éprouvés ; de leurs affects ; de leurs pensées ; de leurs perceptions, du deuil de l'organe atteint, de leurs imaginations ; de leurs fantasmes ; de leurs interactions avec l'environnement, des formes psychiques qui vont constituer l'altérité à l'origine de la démarche créatrice de la réorganisation psychique du Moi (Collins et al., 1990).

L'optique poursuivie dans ce travail de recherche est d'apporter une formalisation susceptible de nous éclairer dans le champ de la clinique, à partir des orientations psychodynamique, psychosomatique et systémique permettant de mettre en évidence la « réorganisation psychique » chez la femme atteinte de cancer du col de l'utérus qui fonde en partie l'un des déterminismes de l'équilibre psychique dans ce vaste champ de recherches, à savoir des processus psychiques mis en place à travers le dépassement de la rupture des temporalités.

1-2- POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME DE RECHERCHE

Évoquer l'expérience de la maladie, c'est également reconnaître la signification qu'elle revêt pour les femmes qui en sont affectées. Cette maladie met aussi les malades au pied de leur corps, les obligeant ainsi à le rencontrer à nouveau, à se confronter à ses changements, à ses attentes, à ses irréductibilités ; faisant d'elles des « *esclaves dans leur propre maison* » (Deschamps, 1997).

Selon Alves (2007), à l'annonce du cancer et lors de tous les événements qui vont suivre, la personne atteinte et son entourage vont mettre en place un certain nombre de ressources pour intégrer la réalité de la maladie et de ses traitements dans son quotidien familial, professionnel et social.

Selon Lindermeier (2007) les processus subjectifs du cancer du col de l'utérus peuvent survenir à n'importe quel niveau du développement de la maladie par l'organisme bien avant qu'il y ait des modifications corporelles. L'effet de l'annonce est donc un effet de surprise. Le sujet vit un sentiment de trahison de la part de son corps, qui se dérègle sans même le prévenir. Son corps l'abandonne, il devient persécuteur comme l'extérieur. Le sujet perd alors toutes capacités à faire face et à préserver son identité.

Dès lors, il semble que l'annonce du diagnostic soit une aggravation de la situation. Le pronostic de la maladie ne pouvant être accepté par le sujet sans un temps de « repis » parce

que le simple signifiant « cancer » est évocateur de dégradation physique, de souffrance psychique, de prolifération morbide, de conflit psychique et de mort (Deschamps, 1997). De même que le terme « tumeur du col de l'utérus » est également l'expression d'un verdict « tu meurs » en termes de féminité, de sexualité, de désir et d'affectivité pour l'organe interne concerné. Majoritairement, les patientes sont imprégnées d'idées d'échec, de déception, de découragement, d'abandon, de perte, de rejet, de mort et parler de ce cancer est une réactualisation, une réactivation des retentissements psychiques à tous les niveaux de lectures des processus psychiques. Il y a renoncement et relâchement des victimes ayant pour but de se taire et conjurer l'avancée de cette maladie (Lehmann, 2014).

Pour Lazarus et Folkman (1984), ce qui est déterminant, ce sont les perceptions et le vécu des événements pour que se produisent une réorganisation psychique. Ainsi, ils définissent l'instant de la réorganisation psychique de l'avènement du cancer comme étant une relation entre la personne et son environnement qui est évaluée par la personne comme tarissant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être. Les travaux de Boss (1988) sur la question d'événements dits « stressants » par lesquels se développe une rupture des temporalités, vont le pousser à dire que l'événement en lui-même n'est pas cause de stress, mais plutôt la perception qu'à le sujet de cet événement.

Dans ce cas, ces événements de dysfonctionnements psychiques peuvent être liés à la rupture qui sous-tend la crise existentielle à laquelle le sujet fait face, et où il peut alors se retrouver avec des idées floues sur son rôle ou sur ses responsabilités face à la maladie. Paulversh (2010) et Samrich (2014) montrent que face au cancer du col de l'utérus, les malades mettent en œuvre une réorganisation psychique à travers un plan d'action qui leurs permet de se donner les moyens de transformer cette situation à travers des transitions majeures. Vandrich (2015) s'aligne dans la perspective de Samrich (2014) et parle d'une confrontation interpersonnelle qui peut être soit agressive soit combative.

L'étude de Fomager (2008) révèle que pour qu'il y ait réorganisation psychique dans une situation de rupture de temporalités, il faut repérer les matériaux susceptibles de faire lien et de réinstaurer une vie psychique là où la pensée rationnelle est en échec ou une totale négativité.

De ce fait, d'autres études se sont aussi intéressées à la réorganisation psychique des personnes atteintes de maladies chroniques. Dans une étude prospective cherchant à repérer des facteurs d'ajustement à la détresse psychologique et psychosociale dans un groupe de femmes de tous âges traitées pour cancer, les auteurs ont formulé l'hypothèse de certains facteurs de risque et ont défini, au début de la prise en charge, deux groupes, l'un à risque, l'autre sans

risque (Fernsler, 1986). Le caractère à risque a été fondé sur la mauvaise qualité du coping antérieur, la mauvaise qualité du support sociofamilial, l'existence de problèmes de santé antérieurs, des ressources financières inadaptées (Lazarus & Folkman, 1984).

La maladie crée un véritable univers culturel qui va au-delà de ses aspects médicaux. Elle révèle et interroge les mentalités et les comportements individuels et collectifs des femmes touchées par le cancer du col de l'utérus. Cette expérience de maladie ne se limite pas à l'aspect physique, elle englobe également les dimensions psychologiques, sociales et culturelles. La maladie peut susciter des fantasmes inconscients chez les patientes, leurs proches et les soignants. Elle peut également remettre en question les croyances, les valeurs et les normes de la société dans laquelle elle se manifeste. L'impact de la maladie sur la vie quotidienne, les relations interpersonnelles, la sexualité, l'estime de soi et l'identité des femmes atteintes est profond.

La maladie confronte les femmes touchées à des paradoxes existentiels tels que la vie et la mort, la souffrance et le bien-être, la stabilité et l'adaptation, la coexistence de la permanence et de l'évolution, le présent et l'avenir. Elle les amène à réfléchir sur leur propre existence, leurs priorités, leurs valeurs et leurs aspirations. Cette expérience de vie complexe et profonde ne doit pas être ignorée, mais plutôt abordée avec sensibilité et compassion dans le cadre des soins et de la recherche en oncologie. En étudiant ces dimensions psychologiques et socioculturelles, la psycho-oncologie et la clinique au Cameroun peuvent mieux comprendre les enjeux et les besoins des patientes.

Les recherches scientifiques sur le phénomène de réorganisation psychique connaissent néanmoins quelques fois des explorations dans différents domaines de la psychologie au Cameroun. À cet effet, parmi ces recherches, l'on peut citer l'étude d'analyse interprétative et phénoménologique centrée sur la démarche clinique de Tchokote (2020) qui atteste de l'évidence de réorganisation psychique chez des aidants familiaux en situation de vécu douloureux de l'annonce du diagnostic d'un proche à travers l'élaboration de stratégies conscientes et de mécanismes de défense mis en œuvre pour faire face à la souffrance. Dans le sens que la réorganisation psychique leur donne une forte motivation en les impliquant davantage comme accompagnateurs pour leur proximité relationnelle en quête de cohésion familiale qui témoigne des processus psychiques et subjectifs reliés au vécu des malades.

L'étude d'approche qualitative, ethnopsychanalytique et psychosomatique des soins chez trois patients atteints de cancer de Nguimfack et Mbangmou (2022), renseigne sur la réorganisation psychique comprise dans un espace psychique inconscient du rêve en lien avec la maladie. Les soins qui leur sont appliqués participent dans cet espace transitionnel à leur

perception de la guérison. Cette étude a révélé d'une part que la réorganisation psychique de ces patients était soutenue et fonction des contenus de rêves imprégnés de signifiants culturels, pour donner du sens à leur maladie, et d'autre part que la réorganisation psychique puise également ses racines dans les mouvements psychiques de certains mécanismes qui permettent au sujet de se dégager des souffrances et des dégâts induits par la maladie. Il est de même avec la mise en élaboration psychique des mécanismes de défense, du support interprétatif des rêves et du travail de la maladie.

Présenter les résultats de l'étude phénoménologique de Dong et Njifon Nsangou (2022) à travers des contenus de discours de la réorganisation de trois patients, ils constatent le travail d'élaboration psychique de la souffrance autour de la redistribution de la libido et du réaménagement de la relation à la maladie dans une quête permanente du sens qui rend les personnes malades plus actifs et moins impuissants devant la maladie et ses pronostics.

L'on peut encore citer l'étude de Dong (2018) qui identifie les stratégies de coping les plus valorisées dans le dépassement de la rupture face à un certain nombre d'affections somatiques graves évoluant généralement en complications à l'entame des traitements induisant d'importants retentissements sur la vie psychique des patients. Il soutient que les victimes ne restent pas sans réagir, ils s'organisent en déployant un *coping* pour se réorganiser. Cette étude a été appliquée par l'analyse des données d'entretien et des mesures de *coping* chez 5 patients âgés de 18 à 27 ans. Elle a démontré que les sujets réagissent différemment, mais qu'ils déploient préférentiellement deux catégories de *coping* : le coping-émotions (66,7%) et le coping-recherche soutien social (61,4%). Elles sont déployées à plus de 50% des fréquences sur 80% des participants, un peu comme si le caractère spécifique de la CVO impose ce style : d'abord, agir sur les émotions, ensuite, rechercher et planifier la réorganisation psychique.

La réorganisation psychique chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus est très peu explorée, voire quasi inexistante, dans la littérature scientifique africaine et dans celle du Cameroun en particulier peut-être pour le caractère de pudicité que renferme cette maladie. En supposant qu'une femme au Cameroun normale tient à être réorganisée grâce à ses ressources internes et ses ressources externes en référent à la mise en place des processus psychiques; il en est de même pour celles atteintes du cancer du col de l'utérus afin d'avoir une restructuration de leurs schémas de pensée, une réévaluation des émotions, un changement des comportements et une transformation de leurs relations.

Pour Gori (2004), lorsque les femmes font face à la maladie du col de l'utérus, elles sont confrontées à un quotidien rempli de détresse, d'incertitude, de moments de crise, de souffrance et de questionnements. Cette réalité a un impact profond sur leur état émotionnel, mental et

psychologique. Elles peuvent se sentir perdues, dépassées, diminuées et submergées par des émotions telles que la honte et la culpabilité. La maladie du col de l'utérus remet en question leur identité, leur image de soi et leur place dans la société. Les femmes peuvent éprouver des sentiments de honte liés à la stigmatisation sociale associée à la maladie, ainsi que des sentiments de culpabilité, se demandant si elles ont fait quelque chose de mal pour mériter cette maladie.

La rencontre avec la réalité de la maladie qui est souvent accompagnée d'un monde imaginaire complexe qui émerge. Les patientes sont confrontées à des peurs, des fantasmes et des réflexions intenses sur la vie, la mort, la souffrance et le bien-être. Cela peut les plonger dans des états d'angoisse et d'incertitude, mais peut aussi les amener à se réorganiser profondément sur elles-mêmes et sur leur existence. Ces expériences subjectives ne se limitent pas qu'aux patientes. Elles affectent également leurs proches et les soignants qui les entourent. Les relations familiales, sociales et professionnelles peuvent être bouleversées par la maladie, générant des moments de chaos, d'imprévisibilité et d'inattendu. Chacun réagit différemment à cette situation, et les femmes peuvent ressentir le besoin d'agir et de prendre des décisions en fonction de leurs propres pulsions et de leur intuition.

Une telle maladie a une corrélation toute particulière lorsqu'elle prend une trajectoire qui conduit vers la réorganisation psychique où vient se nicher plusieurs questions, lesquelles impliquent un travail de la maladie (Pardinielli, 1994) qui se situe résolument hors du champ qui promeut l'asphyxie des sujets adultes qui ont grandi, créé, changé et évolué vers des décisions de leur vie les permettant d'être réorganisés. Il consiste également à affronter le regard des autres, voire même à consulter les divinités culturelles ce qui les confère toujours à adopter une nouvelle identité, celle de malade (Deschamps, 1997).

Effectivement, le cancer du col de l'utérus, comme tout autre type de cancer, façonne l'expérience anthropologique en soi. Bien que l'anthropologie se concentre généralement sur l'analyse des dimensions symboliques et significatives de la maladie chez les femmes atteintes de cancer, il est important de reconnaître que le cancer du col de l'utérus, au-delà du réseau de significations à travers lequel la patiente le conçoit et l'expérimente. C'est un événement qui met en évidence un processus bien structuré passant par des phases d'organisation psychique initiale, de désorganisation psychique et de réorganisation psychique. Ce processus débute dès les premiers symptômes ressentis ou non par la patiente, puis avec les examens pré-diagnostiques, l'annonce du diagnostic et la proposition d'un parcours de soins personnalisé. Il englobe les traitements initiaux tels que la chirurgie, la chimiothérapie ou la radiothérapie, ainsi que les traitements de deuxième voire troisième ligne thérapeutique. Il prend en compte les

phases de rémission, de rechute, de guérison et de soins palliatifs. La maladie façonne un tout nouveau calendrier de vie, de ressentis et de relations pour les femmes atteintes (Massé Morin, 1995).

Il est important de reconnaître que cette expérience du cancer du col de l'utérus ne se limite pas à une dimension symbolique ou subjective, mais qu'elle a également des répercussions concrètes et pratiques sur la vie des patientes. Cela inclut les aspects médicaux, les traitements, les décisions à prendre, les changements dans la vie quotidienne, les relations interpersonnelles, et la gestion des émotions et des défis psychologiques.

Selon Gori (2004), les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus se sentent souvent emprisonnées dans un corps transformé, expulsées d'elles-mêmes et « expropriées », perdant ainsi leur intégrité. Le cancer est parfois vécu comme une « amputation » d'une part de soi, particulièrement intime. Il engendre une préoccupation constante et douloureuse, une méfiance qui persiste, parfois ravivée par la moindre sensation de douleur. Le corps devient soudainement un « objet » à contrôler en permanence, doté de pouvoirs redoutables et insoupçonnés, se transformant en persécuteur redoutable. Il ne procure plus de plaisir ni de paix, n'est plus investi de désir, et les patientes n'ont même plus l'espoir de le raviver. Leur souhait devient simplement de faire taire cet écho perturbateur.

Cette description met en lumière les profonds bouleversements psychologiques et émotionnels que les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus peuvent ressentir. La maladie affecte non seulement leur santé physique, mais aussi leur relation avec leur propre corps, leur estime de soi, leur sexualité et leur bien-être émotionnel, des sentiments de perte, de désorientation et de détresse.

La caractéristique propre aux maladies chroniques est la temporalité qu'elle impose aux patientes par leur présence permanente. Le cancer du col de l'utérus, bien que pas tout à fait chronique, de par les rémissions possibles et courantes, est néanmoins considéré comme une pathologie chronique et incurable à des stades plus avancés, car il « hante » toute la vie, contraint à une surveillance médicale qui prévient en cas de récidivisme. Le cancer du col de l'utérus possède à la fois les caractéristiques d'une maladie aiguë, qui rompt la continuité temporelle et donc d'une maladie chronique qui vit avec ces patientes (Pedielli, 1994).

L'atteinte du corps est violemment éprouvée, des convocations répétées, des intrusions, des ablations fonctionnelles et chirurgicales. Le parcours engagé, génère des expériences douloureuses, aux retentissements identitaires, narcissiques et sociales importants. La nature indéterminée et souvent chronique de la maladie du col de l'utérus crée un rapport complexe avec le temps, le monde et surtout avec soi-même. Les femmes atteintes de cette maladie se

retrouvent confrontées à une temporalité particulière, qui peut être déroutante et nouvelle pour elles. L'incertitude quant à la durée de la maladie et la possibilité de récurrences ou de rechutes peuvent altérer leur perception du temps. Elles peuvent se sentir prises entre le passé, le présent et l'avenir, sans pouvoir planifier ou se projeter avec certitude. Cette expérience temporelle peut engendrer de l'anxiété, de la frustration et une perte de repères (Lehmann, 2014).

Dans cet environnement temporel complexe de la maladie du col de l'utérus, le rapport au monde également est influencé. Les femmes peuvent ressentir un décalage entre leur propre réalité de la maladie et celle des autres personnes qui ne la comprennent pas nécessairement. Elles peuvent éprouver des difficultés à s'adapter aux attentes sociales et à se situer dans un monde qui continue à évoluer alors qu'elles sont confrontées à des défis de santé importants. Le rapport à soi-même est profondément transformé. Les femmes doivent apprendre à vivre avec une nouvelle réalité, à intégrer la maladie dans leur identité et à redéfinir leur concept de soi. Elles peuvent se sentir déroutées quant à leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes et à maintenir une image de soi positive (Lehmann, 2014).

La temporalité de cette maladie étant parfois indéterminée, souvent inscrite dans la chronicité, détermine de ce fait un rapport au temps et au monde, à soi tout autant, nouveau et déroutant. L'on sait ainsi faire l'économie du « réel » dans un tel travail de la maladie cancéreuse par le sujet et immanquablement porteur de vécus corporels et psychiques nouveaux et fréquemment inquiétants

Dans cette étude, le sujet d'intérêt est la réorganisation psychique qui se produit lorsque l'appareil psychique identifie et dépasse la disruption des temporalités. Cela inclut la réorganisation, l'ajustement, le réaménagement, la réparation, la reconnexion, le développement de branches, la réinstallation, la transformation et la restructuration de son existence continue face à une déchirure dans son histoire personnelle. (Fédida, 2001).

Marty (2001) va introduire l'aspect d'un travail de réorganisation psychique pendant le processus de somatisation lorsqu'il y a désorganisation somatique et psychique en cas de maladies dites « *psychosomatiques* » comme le cancer du col de l'utérus. Pour lui, la réalité psychique supprime même l'opposition entre réalité externe et psychique puisqu'un événement n'aura fonction d'événement que parce que le sujet le reprend dans une subjectivité qui lui donne forme. En ce sens, la rupture des temporalités serait un « *non-événement* », ou bien encore un événement non advenu, non perçu par le sujet en tant que tel » qui pourrait advenir comme événement et être réorganisé que dans un second temps.

Puisqu'il s'agit des dimensions altérées par une situation traumatogène qu'est la maladie, Marty (2001) précise que la réorganisation psychique du sujet devient défectueuse,

l'appareil psychique ne peut plus élaborer les excitations, car une décharge d'énergie est nécessaire et se fera alors soit par la voie comportementale, soit par la sphère somatique. En fait, selon Marty (1991) il y a confrontation d'un tel moment du vécu de la maladie éveillant chez les sujets des conflits intrapsychiques plus ou moins latents. À ce niveau, l'on remarque qu'il accorde peu d'importance à la réalité externe (Reboug et al., 1991).

À ce titre, ce qui rend compte avant tout de ces processus et mécanismes, c'est l'accumulation des excès d'excitations psychiques qui ne peuvent plus recevoir un traitement mentalisé. Il postule que les sujets mal mentalisés, quand ils font l'injonction de la voie mentale et que cela n'est pas immédiatement possible, l'on voit apparaître une morbidité, une augmentation des symptômes mentaux et des manifestations d'angoisse, mais surtout les « *excitations et représentations nouvelles vont rejoindre la masse de l'activité conflictuelle psychique existante qui les englobe et les assimile dans un temps plus ou moins long, avec plus ou moins de peine* ». C'est ainsi que, ce qui fait *désorganisation* peut se voir réorganisé psychiquement voire progressivement vers le corps (affections somatiques évolutives et graves).

Marty (2001) identifie la désorganisation psychique et d'autres structures psychiques plus ou moins bien mentalisées, avec des caractéristiques propres. En convoquant cet auteur, l'on note que les insuffisances foncières des représentations dans le système préconscient ne sont pas réversibles. Par contre, dans le cas d'indisponibilité des représentations acquises révèlent une possible réorganisation psychique.

La plupart des travaux dans le champ de la clinique visent la construction de la réorganisation psychique sous le vocable d'une reprise témoignant d'un « retour à la normale » (Célérier, 2008). Pourtant, des recherches compréhensives de la réorganisation psychique par la mise en place des processus psychiques autour de ce concept montrent la complexité et les difficultés de ce « retour » qui, loin d'être la preuve d'un « retour à la normale », n'est qu'une des nombreuses étapes, jamais assurément franchi, par lesquelles les malades reprennent le cours de leur vie. Par ailleurs, l'épreuve de la maladie, ainsi que toutes les autres expériences dites extrêmes au sens de confronter l'idée de la mort physique, psychique ou sociale, la réorganisation psychique agit comme un réanimateur permanent entre des forces de déliaison et des forces de recréation du lien aux autres et à soi-même, au-delà des ruptures biographiques induites par la maladie (Bury, 1982) .

Kaës (1989) va sous-tendre que la réorganisation psychique est une construction défensive au service du pacte dénégatif. C'est-à-dire qu'à partir des aprioris tels que l'image du corps, l'identité de la sexualité et de la féminité, le sentiment de soi et le quotidien des

victimes du cancer du col de l'utérus, de même que le rapport à la conception culturelle de la maladie et en fin sur la fonction d'attachement collective avec leur entourage. Il en résulte de cette situation, l'expression d'une souffrance psychique telles une détresse psychologique ou encore une sorte de vague de désorganisation prononcée dans leur vécu subjectif. Tout ceci étant aussi significatif par un ensemble de variations visibles à travers l'intensité et la durée de l'expression de certains troubles psychiques en réponse aux douleurs physique ou psychique comme l'anxiété, des troubles de l'humeur, des troubles cognitifs, des troubles sexuels et la dépression (Stanton, 2006).

L'on peut donc supposer qu'il est important de prendre en compte l'imaginaire socio-familial et culturel de cette étude. C'est pour cela que Dolto (1984) parle de la qualité des interactions et de la communication. Car en cas de survenue d'une maladie ou de préservation de la santé, le chemin suivi de soin n'est généralement pas celui voulu ou choisi par les patientes uniquement, mais, il est dans la quasi-totalité des cas celui choisi et décidé par le réseau de soutien. Bonvalet et Maison (1999) soutiennent cette idée en parlant du « *jeu de proximité* » où les membres de l'environnement socio-familial prennent d'importantes décisions dans les choix thérapeutiques à cause de leur déploiement des capitaux financiers, sociaux et culturels nécessaires pour une prise charge durable dans le cas du cancer du col de l'utérus.

Le Cameroun étant dans un contexte social où l'assurance maladie n'est pas la chose du monde la mieux partagée, les organisateurs du système de santé mettent en scènes les malades et leurs familles du moment où certaines de ces patientes seraient dans l'incapacité de se rendre soi-même à l'hôpital ou de payer le coût du transport, des ordonnances, des logements et des nutritives.

Dès lors, les itinéraires thérapeutiques sont en majorité une reproduction des expériences heureuses ou malheureuses des membres de la parentèle, du réseau de sociabilité familiale. Ainsi la famille est un acteur ou l'un des lieux de refuges privilégiés des patientes dans l'analyse des pratiques de soin pour l'accompagnement à travers des comportements approprié ou inapproprié pour la santé en générale. Herzlich (2005) constate que les choix thérapeutiques sont considérablement influencés par les valeurs ancestrales auxquelles la malade appartient. Pour cela, le langage symbolique de la maladie est une structuration à travers le lien du sujet d'avec le monde extérieur, à sa société d'appartenance ou à son environnement socio-familial. Comme dirait Collière (1982) : « *toute situation de soins est une situation socioanthropologique* ». Elle continue en affirmant par ses propos en ce qui concerne l'homme inséré dans son environnement immédiat, tissé ou structuré de toutes sortes de liens symboliques. La famille dans sa fonction socialisatrice inculque aussi à ses membres des

valeurs et des schèmes étiologiques qui influencent et déterminent leurs attitudes, leurs pratiques et leurs trajectoires thérapeutiques (Collière,1982).

Raison pour laquelle une patiente ne saurait être un « *fait isoler* » au Cameroun parce que la survenance de la maladie concerne également la famille, le réseau communautaire de supports désignant ici l'ensemble de ceux qui entourent le sujet et qui lui sont particulièrement significatifs. L'anthropologie est ainsi liée au biologique et sur un plan analytique, le complexe d'œdipe relativement classique est par exemple appréhendé en Afrique comme un système d'attitudes typiques dites « *culturaliste* » relevé ici par la notion de la « *personnalité de base* » qui est purement sociale et comparative (Malinowski,1970).

Du point de vue spécifique de la notion de santé, il convient d'apporter quelques précisions de ce caractère communautaire familial, et souligner que la famille et les réseaux de soutien peuvent être non seulement sources de stress non négligeable à cause des conflits lié à la composition, à recomposition ou à la transformation des liens familiaux, mais aussi source de détresse psychologique, de conflits, d'insatisfaction en raison des situations de dépendance et des conflits transgénérationnels. Dans le cas de la maladie chronique, la gestion et le partage d'informations sur le statut et la trajectoire biographique de la malade peuvent relever des lourds « *secrets familiaux, qui ont un interdit de divulgation* » (Tsala Tsala, 1992). À cet effet, les problèmes de santé sont d'abord vécus de façon relationnelle et familiale. Cette observance du silence face à une maladie comme le cancer du col de l'utérus a une tout autre pertinence dans le tissu socioculturel camerounais (Paugam & Zoyem, 1997).

La famille a pour cela la responsabilité de sensibiliser, d'éduquer et de protéger par des blindages, des rites et autres potions ces membres par les méthodes traditionnelles de prévention. Pour Sow (1977), c'est sous l'influence du « *sentiment de persécution* » que s'opère la logique familiale et du réseau de soutien face à la maladie pour désigner par la suite les responsabilités. Raison pour laquelle, contracter une telle maladie est perçue comme une désobéissance aux lois établies et généralement ces victimes subissent des stéréotypes et préjugés. Pour certaines, elles vont jusqu'à vivre l'abandon, le rejet de leur famille et de leur réseau de soutien parce que le mot « *cancer du col de l'utérus* » a certes, une forte influence sur la subjectivité, mais la connaissance et l'explication de son apparition au niveau de l'organe de procréation en est une autre.

Selon Mayi (2010) les perspectives actuelles que prennent la maladie, qu'elle soit organique ou psychique est un mythe et provient de la rupture du sujet avec ses trois mondes qui sont méso-cosmique, microcosmique et macrocosmique; et donc pour sa réorganisation psychique, il faut l'intervention, la compréhension et l'appropriation de la culture afin de

pouvoir soulager à la base les sujets à travers leur pratique magico-religieuse. D'autant plus soutenu avec Keita (1993) qui dit :

Aucune institution n'existe en Afrique noire... qui ne repose sur un concept religieux ou qui n'ait la religion pour pierre angulaire. Ces peuples dont on a parfois nié qu'ils aient une religion sont en réalité parmi les plus religieux de la terre.

Ainsi le Cameroun est l'une des esplanades d'Afrique où la dignité de la femme passe par son organe sexuel de procréation; c'est une question d'honneur familiale dans la mesure où la femme donne du sens à la société (Mwami de kabare, 2012). Cependant une femme prise de haut par le cancer du col de l'utérus brise sa famille et sa communauté, la maladie remet en cause les qualités à être à l'image de « l'idéale de femme » en tant qu'épouse et mère parce qu'il y'a souillure (Atlani, 1997). Le contexte culturel place la sexualité au centre de la vie conjugale. Cette maladie qui vient violenter la femme, évolue en elle, touche la dignité de toute une culture (Guinamard, 2010).

La sexualité fait l'objet d'une cristallisation toute particulière dans certaines régions du Cameroun à cause de nombreuses valeurs et de multiples tabous, tant sur le plan personnel que sur le plan social ceci ayant une forte densité sur la dynamique psychique chez les patientes. Autrement dit, le cancer du col de l'utérus est dès lors une maladie honteuse, de désillusion maternelle résultante de certaines pratiques à forts risques parce que c'est une maladie sexuellement transmissible par le VPH tout comme le VIH Sida, il est important de préciser que la relation sexuelle est permise avec un seul partenaire dont le mari, qui répond à des critères spécifiques, mais l'envisager dans tout autre cadre est proscrit.

Le non-respect de ces règlements socioculturels expose parfois les patientes à l'opprobre, au déshonneur, au bannissement qui génèrent en elles des blessures de l'âme (rejet; humiliation; abandon, etc.). Il existe en outre d'autres aspects à risque tel que la pauvreté, les conflits armés, le mariage précoce, l'alphabétisation, la prostitution, les viols, la pratique des rapports sexuels précoces, la multiplication des partenaires sexuels, l'utilisation de la pilule ou du stérilet comme méthode contraceptive, la consommation des drogues et de l'alcool qui forment des causes directes et indirectes de l'apparition du cancer du col de l'utérus chez la femme. Et à cet effet, il est le premier au Cameroun ayant un fort taux de mortalité (Globancan, 2018).

Paradoxalement, cette maladie est aussi soumise à l'impact du phénomène de l'entre-deux qui s'explique par le fonctionnement de la femme africaine contemporaine qui est marqué par une tension permanente qui oppose les valeurs de la tradition aux sollicitations diverses de la modernité. Cette situation potentiellement conflictuelle imprègne les rapports intrafamiliaux en remettant en question les rôles des uns et des autres. Contraint de se déterminer pour continuer à exister donc à réduire son mal-être, le sujet familial malade doit prendre acte de son environnement afin de s'y adapter. Bien plus, en se nucléarisant, la nouvelle famille sollicite davantage pour le sujet malade une posture de disponibilité fantassin dont en tant que femme a jusqu'à présent été protégé par le respect de la hiérarchie traditionnelle des rôles familiaux. Tsala Tsala (2004).

Pour cela, face au cancer du col de l'utérus en cas de perte de l'organe atteint, Winnicott (1969) va présenter une hypothèse sur les aspects métapsychologiques du sentiment subjectif de la rupture dans la continuité de l'environnement qui est un champ culturel et du soi qui s'imprègne à l'origine sur le sentiment éprouvé lors des premières expériences de rupture qu'a dû vivre le sujet. Il révèle par conséquent que la privation d'un objet d'amour est fonction du temps subjectif pendant lequel est vécue la rupture ; celle-ci s'apaise soit par le retour de l'objet, soit par le rétablissement des régulations internes grâce au choix d'un objet équivalent. Les conséquences sont aussi une fonction de l'attitude active qu'à l'environnement à travers un retour du sujet vers des modes de défenses primitifs et archaïques.

Ainsi le phénomène de réorganisation psychique a permis de dégager deux de ces théories afin de positionner l'étude mettant en évidence que dans un contexte de désorganisation psychique que représente le cancer du col de l'utérus, le dépassement de la rupture des temporalités présente des possibilités de désenkystement après-coup de l'évènement externe effritant les victimes par une interaction dynamique avec leurs conditions internes qui mettent à disposition certains processus psychiques. (Cicchetti, 1990, Lehmann, 2014). De même, les travaux de Marty (2001) montrent qu'à l'absence de troubles mentaux et psychosomatiques considérables, les femmes malades possèdent des ressources internes leur permettant de dépasser la rupture créée par le bouleversement à l'atteinte du corps afin qu'elles puissent continuer d'avancer et de se projeter dans la vie.

Selon Freud (1920), la réorganisation psychique d'un sujet atteint de maladies chroniques se produit au sein des processus primaires où temps et espace sont en contiguïté par le biais de la régression qui assure les conditions d'une adaptation pour l'accommodation aux données nouvelles de l'espace interne et de l'environnement. En postulant à travers sa métapsychologie que « les états primitifs peuvent toujours être réinstaurés. Le psychisme

primitif est, au sens plein est impérissable ». Pour Pucheu (2008) la réorganisation psychique d'un sujet confronté à une maladie somatique grave, chronique ou non est un processus subjectif dynamique qui nécessite un ajustement continu du Moi pour rétablir et maintenir, dans la durée, un équilibre intrapsychique. Ce travail du Moi est modulé par l'importance des mécanismes de dégagement et la qualité des relations intersubjectives et dépend de l'équilibre entre investissements narcissiques et objectaux.

Selon Pucheu(2008), Roques (2011) et de Lehmann (2014) bien que la potentialité d'une réorganisation psychique ne permet pas de situer la réorganisation psychique dans le fonctionnement économique du psychisme de l'ordre de l'organisation mentale autour des retentissements comprenant l'atteinte corporelle, sexuelle et féminine dans après-coup, il est un travail continu du Moi pour le maintien du rétablissement psychique, de l'équilibration énergétique libidinale, de dépassement de la rupture des temporalités. (Lehmann,2014).

Selon ces théorisations de la réorganisation psychique (Freud, 1915; Pucheu 2008 ; Lehmann 2014), la réorganisation psychique chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus est sous-tendue par la régression, les mécanismes de dégagement et la qualité des relations intersubjectives qui assurent l'ajustement continu du Moi. Or, à la suite de Lehmann(20014), lors des stages académiques auprès des femmes atteintes de cancer du col de l'utérus pendant les entretiens cliniques semis directifs, l'on a observé dans leur discours que la réorganisation psychique est sous-tendu par le dépassement de la rupture des temporalités à travers la mise en place des processus psychiques avec des indices que sont : le sentiment de cohérence dans le récit, la réévaluation des priorités, des changements dans la perception du temps, l'attribution d'un sens à la survenue de la maladie, l'adoption de nouvelles perspectives de vie...

1-3-QUESTION DE RECHERCHE

Le problème de recherche ainsi formulé est concrétisé par la question : « *Comment le dépassement de la rupture des temporalités contribue-t-il à la réorganisation psychique chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus ?* »

1-4-HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

Dans une perspective psychodynamique, la réorganisation psychique prise comme processus implique le ressaisissement de soi ; d'où le dépassement de la rupture après coup ou encore suite à la reconstruction psychique de la femme malade, malgré les effets propres à une désorganisation psychique, permet à cette dernière, un maintien et un équilibre avec une force

mobilisée résultante de son mode de représentativité préconsciente et de ses mécanismes de défense pour privilégier des formes de protection (Anaut,2006; 2008).

L'approche de Lehmann (2014) met en évidence et l'accent sur la capacité du sujet à réorganiser sa psyché pour faire face aux défis émotionnels, cognitifs et relationnels liés à la maladie.

De ce fait, notre hypothèse de recherche est la suivante « *Le dépassement de la rupture des temporalités œuvre dans la réorganisation psychique à travers la mise en place des processus psychiques chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus.* ».

1-5-OBJECTIF DE RECHERCHE

L'objectif de cette étude est de comprendre comment la réorganisation psychique à travers la mise en place des processus psychiques dans le dépassement de la rupture des temporalités à l'œuvre chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus.

1-6-L'INTÉRÊT DE LA RECHERCHE

Cette étude portant sur « le dépassement de la rupture et la réorganisation psychique chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus » présente un intérêt significatif sur les plans social, scientifique et professionnel.

L'on fait référence ici à l'application de la notion de dépassement de la rupture des temporalités et de la réorganisation psychique dans le domaine de la psychooncologie, tel que décrit par Lehmann (2014) qui est une branche de la psychologie qui se concentre sur le soutien psychologique des personnes atteintes du cancer et leurs proches. L'idée de dépassement de la rupture des temporalités et la réorganisation psychique peut être particulièrement pertinente dans ce contexte.

Lorsqu'une femme est confrontée à un diagnostic de cancer du col de l'utérus, cela peut entraîner une rupture de sa perception du temps dans sa vision de l'avenir. Ses plans et ses projets peuvent être remis en question, et il peut y avoir une perte de repères temporels à la suite d'une désorganisation importante. C'est en ce moment que le dépassement de la rupture des temporalités entre en jeu (Lehmann, 2014).

En travaillant sur le dépassement de la rupture des temporalités et la réorganisation psychique, l'on a fait le constat que la plupart des précédentes recherches se focalisent plus sur le caractère psychopathologique et le retentissement psychique du cancer du col de l'utérus chez patientes de par les schémas de pensées et des comportements ne favorisant pas

l'ajustement psychique les aidants à trouver un nouvel équilibre et à vivre au quotidien leur vie de manière significative.

1-6-1-L'intérêt social

Une telle étude pourrait tout d'abord, contribuer à une meilleure compréhension des défis psychologiques auxquelles les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus sont confrontées. L'annonce du diagnostic, les traitements entamés et le pronostic peuvent entraîner une rupture des temporalités de vie, perturbant ainsi les rôles sociaux et les projets futurs. Dès lors, comprendre comment les femmes font face à cette rupture et parviennent à se réorganiser psychiquement peut aider à développer des interventions et soutiens appropriés.

Ensuite, une étude sur le dépassement de la rupture ses temporalités et la réorganisation psychique pourrait sensibiliser le grand public à la réalité psychique de la maladie et ses conséquences psychologiques. Ce qui peut contribuer à réduire les stigmatisations, les rejets, l'abandon et l'humiliation en favorisant une meilleure empathie envers les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. Une prise en charge consciente accrue du volet psychologique peut également amener à des changements dans les politiques de santé public et à l'amélioration des services de soutien offerts aux patientes pour différentes maladies graves et chroniques.

Enfin, une telle étude peut aussi fournir des informations précieuses aux professionnels qui participent au projet de soins des patientes dans le but de comprendre les stratégies d'adaptations et la réorganisation psychique pouvant aider de base de soutien efficace et ciblé, en reconnaissant les besoins spécifiques de ces femmes dans leur parcours de guérison.

1-6-2-L'intérêt scientifique

Le cancer du col de l'utérus peut avoir une répercussion significative sur la vie d'une femme, tant sur le plan physique que psychologique. La rupture des temporalités peut se produire lorsque la maladie perturbe les projets de vie et les attentes futures. La réorganisation psychique fait référence aux processus internes que les victimes mettent en place pour faire face à ces perturbations et se reconstruire.

L'étude que l'on a envisagée peut contribuer à dégager des pistes pour le développement de stratégies d'intervention et de soutien psychologique adaptées à ces femmes.

Il a été important de tenir compte de l'aspect éthique lors de la réalisation de cette étude. En s'assurant d'obtenir les consentements nécessaires des participants et de respecter leur autonomie. De plus, il peut être bénéfique de collaborer avec des professionnels de la santé et d'autres experts pour garantir une approche holistique et rigoureuse.

L'intérêt scientifique d'explorer le dépassement de la rupture des temporalités et la réorganisation psychique chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus est multiple. En outre, l'étude de la réorganisation psychique chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus peut les aider à traverser cette période difficile et à identifier les mécanismes psychologiques qui favorisent l'adaptation du Moi. Comprendre comment ces femmes reconstruisent leur vie et leur identité après le diagnostic peut permettre de développer des approches de soutien psychologique plus efficaces et personnalisées.

Enfin, une telle étude pourrait également contribuer à sensibiliser davantage à l'expérience des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. En mettant en évidence les défis spécifiques auxquels elles sont confrontées sur le plan psychologique, nous pouvons aider à lutter contre les stigmates associés à cette maladie et encourager le soutien social et émotionnel approprié pour ces femmes.

Il a été essentiel de mener cette étude de manière rigoureuse et éthique, en respectant la confidentialité des participants et en obtenant leur consentement éclairé. Travailler en collaboration avec d'autres professionnels de la santé et des chercheurs spécialisés dans le domaine a également renforcé la validité et l'applicabilité des résultats obtenus.

1-6-3-L'intérêt professionnel

L'intérêt professionnel d'une étude sur le dépassement de la rupture des temporalités et la réorganisation psychique chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus est également significatif. En tant que professionnel de la santé mentale, une telle étude permet de développer une expertise approfondie dans ce domaine spécifique.

En menant cette recherche, l'on peut contribuer à l'avancement des connaissances en psychopathologie et en clinique en ce qui concerne les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. Les résultats obtenus pourraient fournir des informations précieuses sur les processus psychiques qui régissent l'adaptation et la réorganisation psychique de ces femmes face à la maladie.

De plus, en réalisant cette étude, l'on a l'occasion de mettre en pratique des compétences de recherche, d'analyse et d'interprétation des données. Cela pourrait renforcer l'expertise professionnelle et permettre de développer des compétences en recherche clinique plus avancées. Ces connaissances et compétences acquises peuvent ensuite être appliquées dans la pratique clinique pour mieux comprendre les besoins psychologiques spécifiques des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. L'on peut également développer des approches de

traitement et de soutien plus individualisées et efficaces, en aidant ces femmes à faire face à la rupture des temporalités et à la réorganisation psychique.

En somme, une telle étude a un impact significatif sur le parcours professionnel, en élargissant les compétences, l'expertise et en permettant en exergue une meilleure prise en charge des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus.

1-7-CLARIFICATION DES CONCEPTS

1-7-1-Réorganisation psychique

Selon Pheulpin et al., (2011) la réorganisation psychique à l'atteinte corporelle désigne la prise en compte des modifications des effets de la désorganisation psychique induit par l'annonce du diagnostic, des traitements, des pronostics et les retentissements de la maladie par des processus psychiques.

Du point de vue psychanalytique, la réorganisation psychique est un travail psychique, dynamique et continu du Moi consistant à rétablir et à maintenir un équilibre entre les investissements narcissiques et objectaux, tout en prenant en compte la sévérité ou encore la réalité de la maladie. (Pucheu-Paillet, 2008). C'est également un aménagement défensif et développemental, dans une durée, un équilibre intrapsychique modulé par des mécanismes appropriés.

Ce processus est pour plusieurs auteurs une phase de restauration avec Lindmann (1944) qui parle de la phase de compensation de la perte; pour Fauré (1990) il s'agit de restructuration; tandis que pour Bacqué (1999) il est question d'adaptation et Hanus (1997) d'une période de rétablissement. La terminologie peut certes varier, mais le processus, lui, reste le même. À la suite d'un choc et une désorganisation psychique (Bertrand-Gauvin,2003).

Les circonstances de maladie étant particulièrement stressante, la réorganisation psychique des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus ne pouvant se battre face aux traitements engagent la restructuration psychique qui ne se fera pas autour de la résignation plutôt autour du dépassement de la rupture à travers la mise en place des processus psychiques lorsqu'il y'a désinvestissement et dépassement du trop-plein d'excitations du choc de manière temporelle. C'est une opération mentale qui nécessite une profonde élaboration au sein de la configuration des éléments disponibles, surtout utiles et efficaces dans un promu de reconstruction le psychisme et permettant l'installation des processus psychiques. (Atlani, 1997).

1-7-2-Processus psychiques

Selon le grand dictionnaire de psychologie, les processus psychiques sont analysés dans les discours et développés sur le plan empirique, méthodologique et théorique partant du point de départ qui fonde certains phénomènes qui sont pris pour des structures intrapsychiques construites. (Potter et Wetherrell, 1987).

Freud (1905) montre que « les processus de pensée les plus parfaits peuvent se dérouler sans exciter le conscient. De ce point de vue, ce sont les phénomènes psychiques conscients qui constituent la plus petite partie de la vie psychique sans être pour autant indépendants de l'inconscient », c'est-à-dire que la description des processus psychiques se fait sous les rapports dynamiques, topiques, économiques, systémique, écologique de l'appareil psychique.

Le processus psychique peut se définir tout à la fois comme l'agent et le résultat de ce qui, au sein de la communication, va permettre la transformation, à plus ou moins longue échéance, d'éléments psychiques, sources de souffrance, en objets symbolisés qui viennent enrichir la vie psychique et permettre de mieux appréhender la réalité de l'existence d'une situation de manière holistique. Dans une certaine mesure, le processus réécrit l'histoire du sujet, en même temps qu'il en « subjective » le sens (Cahn, 1991).

Les psychanalystes Heymans et Wiersma (1909) tendent à destituer même le principe de la caractérologie des processus psychiques en rendant compte de la pluralité de ceux-ci.

1-7-3-Femme

La revue de la littérature a révélé que la majorité des femmes atteintes par le cancer du col de l'utérus sont pour la plupart des jeunes femmes adultes entre 25-55 ans en moyenne. D'après Mareau et Dreyfus (2007) le mot adulte vient du latin « *adultus* » qui signifie « qui a fini de croître ». Ces auteurs précisent que ce mot s'oppose à l'enfance et à l'adolescence, car il recouvre l'idée d'achèvement. Allant dans le même sens que Piéron (1979), il présente l'aspect d'un adulte comme « *l'état de l'organisme humain quand le développement se trouve achevé, avant que soit manifeste l'évolution sénile du vieillard* ». Mareau et Dreyfus (2007) disent que :

Dans la société moderne, le passage à l'âge adulte est encadré par un code civil désignant un âge de la majorité. Dans les sociétés traditionnelles, ce sont des rites d'initiation qui symbolisent le passage de l'enfant à l'âge adulte.

Selon Velay (2013), la loi stipule qu'un adulte est celui ou celle qui a atteint l'âge de la majorité (fixé à 21 ans par la loi camerounaise pour la jeune fille). Il présente certains critères qui permettent de distinguer l'adulte de l'enfant et de l'adolescent à savoir dans le cas d'espèces, les femmes adultes sont entrées dans la vie professionnelle, assumant des rôles actifs et des responsabilités familiales, ayant déjà une expérience directe avec les questions existentielles se référant à la thématique de cette recherche sur l'atteinte corporelle, la sexualité, la féminité et la vie quotidienne en lien avec la maladie. Il considère que ces adultes sont sortis du type de relation de dépendance, caractéristique de l'enfance et de l'adolescence, qu'elles ont accédé à un type de relations sociales d'interdépendance. Il montre qu'elles sont susceptibles de se prendre en charge elles-mêmes dans l'organisation de leur vie et de leurs projets personnels et sociaux. Les adultes ont un réalisme et un pragmatisme efficient, une conscience suffisante de leur insertion sociale, de leur potentialité, de leur situation et de leur aspiration.

Parmi ces critères, pour être une femme et adulte, il faut tenir compte de l'âge, du vécu, de la maturité et du sens des responsabilités. Pour Reboul (1973), le mot adulte renvoie au fait qu'un être vivant soit parvenu au terme de sa croissance et a la capacité de se reproduire. Dans la présente étude, l'on s'intéresse à femme adulte atteinte du cancer du col de l'utérus, se situant dans la tranche d'âge de 25 à 65 ans, selon le stade de générativités d'Erickson (1959).

L'expérience d'une femme à soit en début de ménopause soit déjà ménopausée, atteinte du cancer du col de l'utérus comme c'est le cas dans cette étude est complexe et multidimensionnelle. Elle implique des défis médicaux, psychologiques et sociaux qui impactent profondément sa sexualité, sa féminité et son vécu global. Le diagnostic de cancer du col de l'utérus est un choc pour toute femme, mais il est particulièrement éprouvant pour celles en ménopause. Il représente une menace pour leur santé reproductive, leur féminité et leur sexualité (Ashing-Giwa et al., 2004). Les traitements, qu'ils soient chirurgicaux, radiothérapeutiques ou chimiothérapeutiques, peuvent engendrer des effets secondaires importants qui affectent directement la sexualité. La sécheresse vaginale, la dyspareunie, la perte de libido et les troubles de l'image corporelle sont des conséquences fréquentes (Frumovitz et al., 2005). De plus, la ménopause précoce induite par les traitements entraîne une perte de fertilité définitive, ce qui peut être vécu comme un deuil (Park et al., 2009).

La femme ménopausée atteinte du cancer gynécologique est confrontée à une remise en question profonde de son identité de femme, de mère et d'être sexuel (Lagana et Evangelia, 2019). Elle peut ressentir une perte de contrôle sur son corps et sa féminité, ce qui peut générer de l'anxiété, de la dépression et une baisse de l'estime de soi (Kornblith et al., 1998). Les bouleversements hormonaux et physiques peuvent perturber son schéma corporel et son rapport

à la sensualité et à la sexualité (Denton & Monach, 2020). Enfin, elle doit composer avec le regard de son entourage et de la société, ce qui peut engendrer un sentiment de stigmatisation (Bober et al., 2021).

Les modifications du désir et de la fonction sexuelle peuvent affecter l'intimité et la qualité de la vie de couple (Bergmark et al., 1999). Le partenaire peut également vivre difficilement ces changements, nécessitant un travail de communication et d'ajustement mutuel (Wittmann et al., 2015). Un accompagnement psychothérapeutique du couple peut être bénéfique pour faciliter l'adaptation à ces bouleversements (Boehmer et al., 2014).

En conclusion, la femme ménopausée atteinte du cancer gynécologique fait face à de multiples défis psychologiques, identitaires et relationnels. Un suivi médical et psychosocial pluridisciplinaire est essentiel pour la soutenir dans cette épreuve et préserver au mieux sa qualité de vie (Gilbert et al., 2020).

1-7-4-Dépassement de la rupture

Le dépassement est l'adoption d'un mode de « résistance » ou encore c'est une forme de phase où l'activité même des représentations, des fantasmatisations et d'adaptation à une situation particulièrement difficile. (Rivolier, 1989). En d'autres termes, c'est un travail paradoxal avec Selye (1956) à différentes étapes d'hibernation des images mentales de la biographie des patients de leur vie antérieure avec celle de leur présent selon le syndrome de l'adaptation où se développe quelque chose de symbolique avec leur corps.

Le dépassement est aussi un recours à la culture construit autour des images psychiques où s'organise progressivement un faisceau de représentations mentales permettant de penser la maladie qui au départ était source d'inhibition et de sidération. C'est pourquoi il est possible par des sujets d'avouer dans les discours leurs éprouvés, contraintes, tourments et impasses en temps de crise, d'angoisse, de malaise, de déni et de choc (Tordo, 2020).

Il est également une activité mentale à la hauteur des retentissements psychiques auxquels les patients ont été confrontés comme, il est évalué dans la présente étude, les manifestations du dépassement de la rupture des temporalités à l'œuvre pour la réorganisation psychique permettant l'équilibre psychique, la transparence psychique et l'expression des processus psychiques chez les femmes atteintes de cancer du col de l'utérus. (Bydlowski, 2001).

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans le présent chapitre, l'on fait référence aux différents tiroirs qui entourent le contexte et l'objet de cette étude dans le but de rendre encore plus pertinent la compréhension de la problématique clinique de la femme adulte ayant une atteinte corporelle et psychique par le cancer du col de l'utérus qui est comme embrigadée par cette une situation. Cette « situation conflictuelle sans issue » est un retentissement psychique important du fait de la présence du cancer du col de l'utérus (Nonnotte, 2016).

Dans ce cas, Bateson (1980) va caractériser l'ensemble de ces situations comme étant des vécus psychiques des patientes qui sont constamment ramenés à une fermeture des processus psychiques. Ce qui n'est donc pas due simplement à l'incapacité de ces dernières à trouver une issue. Plutôt il s'agit d'une sorte de désorganisation et réorganisation du psychique.

Dans ce qui suit, l'on aura des concepts théoriques qui rendent compte d'une part de la situation d'atteinte corporelle et des traitements associés en termes de retentissements et d'autre part, le dépassement de la rupture des temporalités pour la reconstruction psychique fondamentale à l'œuvre pour l'aboutissement de la réorganisation psychique par la mise en place des processus psychiques (Ali,2000).

2-1- Physiologie du cancer du col de l'utérus

Chaque année, environ deux millions de cas de cancer d'origine infectieuse sont recensés dans le monde. Parmi ces cancers, les plus fréquents sont le cancer du foie, le cancer du col de l'utérus et le cancer de l'estomac. Il est important de souligner que ces types de cancers pourraient être évités, car des moyens de prévention existent, et dans certains cas, des traitements sont particulièrement efficaces lorsqu'ils sont détectés précocement. La prévention joue un rôle crucial dans la réduction du risque de ces cancers. Par exemple, dans le cas du cancer du col de l'utérus, la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) est un moyen efficace de prévention. De plus, des programmes de dépistage réguliers, tels que les frottis cervicaux, permettent de détecter les lésions précancéreuses et le cancer à un stade précoce, ce qui améliore les chances de traitement réussi (Sankarayanan, 2015).

Toutefois sans s'écarter trop loin du sujet, ni même du référent psychologique qui s'intéresse aux dégâts physiques due au cancer du col de l'utérus et à sa réalité psychique, l'on n'a pas besoin de l'absolu jargon médical. Il est néanmoins nécessaire d'avoir un savoir minimal de ce lexique médical employé par les médecins et les patientes elles-mêmes pour la

compréhension de leur discours ; en le remplaçant dans la posture en lien avec la réalité psychique de la maladie de ce que subi les patientes (Del Volgo, 2003).

Le cancer du col de l'utérus est une forme de cancer qui affecte les organes génitaux de la femme, notamment les ovaires, le vagin et la vulve, à la fois à l'extérieur et à l'intérieur du corps. Il fait partie d'un groupe plus large de cancers gynécologiques, communément appelés « cancers sexuels ». Il est important de noter que le cancer du col de l'utérus se développe principalement dans le col de l'utérus lui-même, qui est la partie inférieure de l'utérus reliée au vagin. Cependant, il peut également se propager aux autres organes génitaux féminins, tels que les ovaires, le vagin et la vulve, en fonction de la progression de la maladie.

Il convient de souligner que les cancers gynécologiques, y compris le cancer du col de l'utérus, sont spécifiques aux femmes en raison de leur anatomie reproductive. Ces types de cancers sont souvent associés à des facteurs tels que les infections sexuellement transmissibles, comme le virus du papillome humain (VPH), ainsi que d'autres facteurs de risque spécifiques aux organes génitaux féminins.

Ainsi le « cancer *du col de l'utérus attaque les organes internes* », l'on cible dans cette étude l'atteinte du corps plus précisément celle du sexe interne et féminin qui est victime de castration à la fois biologique et psychique, afin de mettre en évidence des tendances et les processus psychiques autant communs qu'individuels en réponse à la situation prise ici comme adverse de manière linéaire et chronologique pour mettre une évolution vers une reconstruction psychique contribuant à l'objet de cette étude (Hich, 2005).

Afin d'appréhender cette rubrique, c'est à travers un ensemble de questions adressées à l'un des spécialistes oncologiques sur le terrain dans ce travail de recherche à l'HGY au Cameroun et son équipe dans le but de mieux cerner les diagnostics, pronostics et les traitements qui découlent très souvent du cancer du col de l'utérus. Quels sont les symptômes visibles ? Quelles sont les conséquences biologiques de la pathologie sur le corps ? Définir les traitements proposés par la prise en charge médicale et les conditions, le cadre dans lequel ils sont administrés ici au Cameroun ? Quelles sont les conséquences anatomo-physiologiques des traitements pour la femme ? Comment abordez-vous le plan psychologique des femmes atteintes du cancer col de l'utérus?

Le cancer du col de l'utérus est principalement causé par une infection virale par le virus du papillome humain (VPH). Près de tous les cas de ce cancer sont attribuables à cette infection. Il est la première cause de mortalité en Afrique. Le cancer se développe à partir de cellules anormales qui se multiplient de manière incontrôlée, entraînant des dommages à l'organisme.

Des mutations génétiques sont à l'origine de l'apparition de ces cellules anormales. (Aubry et Bernard, 2020).

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur différentes techniques, notamment la colposcopie, l'étude cytologique des frottis cervicaux ou des biopsies des lésions, ainsi que le test du VPH qui détecte la présence du virus dans les cellules du col de l'utérus grâce à des techniques de biologie moléculaire. Le test du VPH permet de dépister des lésions à un stade plus précoce que le frottis classique. En Afrique, et particulièrement au Cameroun, il est rarement possible de réaliser un dépistage efficace. Par conséquent, la prévention par le biais de la vaccination est essentielle. Trois vaccins sont disponibles : - Le vaccin quadrivalent (Gardasil®), qui protège contre les types de VPH 16, 18, 6 et

- Le vaccin bivalent (Cervarix®), qui protège contre les types de VPH 16 et 18.

- Le vaccin nonavalent (Gardasil 9®), qui protège contre les types de VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58.

Ces vaccins sont hautement efficaces contre les tumeurs bénignes et malignes, d'où l'intérêt actuel pour un dépistage actif et une vaccination prophylactique des jeunes filles. L'OMS recommande la vaccination des filles âgées de 9 à 13 ans, avant le début de l'activité sexuelle, en tant que groupe cible pour la vaccination (recommandations de 2020). Cette approche vise à prévenir l'infection par le VPH et à réduire le risque de développement ultérieur du cancer du col de l'utérus.

La vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) permet non seulement de prévenir le cancer du col de l'utérus, mais également d'autres types de cancers, notamment les cancers de l'oropharynx (partie de la gorge comprenant l'arrière de la langue, les amygdales et les parois latérales de la gorge). C'est pourquoi le "nouveau" vaccin nonavalent (Gardasil 9®) est particulièrement intéressant, car il offre une protection contre neuf souches de VPH. Ce vaccin est destiné à remplacer le Gardasil® précédent. En plus de protéger contre les souches de VPH qui sont les principales responsables du cancer du col de l'utérus, le vaccin nonavalent offre une protection supplémentaire contre d'autres types de VPH qui peuvent causer des cancers de l'oropharynx. Ces cancers de l'oropharynx sont en augmentation et sont souvent associés à une infection par certaines souches de VPH.

En utilisant le vaccin nonavalent, il est donc possible de réduire le risque de développer plusieurs types de cancers liés aux infections par le VPH. C'est pourquoi ce vaccin est recommandé pour une protection étendue contre ces infections virales et leurs conséquences cancéreuses potentielles. L'on remarque dans les lectures que la vaccination pour les hommes est largement discutée à cause du statut de vecteur de VPH : elle pourrait diminuer également

le risque des cancers concernés des organes (pénis, anus, cavité buccale, oropharynx). Elle doit être aussi discutée chez les homosexuels masculins (Hessel, 2009).

2-1-1- Facteurs de risques du cancer du col de l'utérus

Le risque a des origines multifactorielles et augmente à travers l'association des facteurs cancérigènes et aussi avec l'exposition au risque pour ce qui est de la quantité (effet/ dose) et le temps (précocité et durée à l'exposition) au cancer du col de l'utérus. Parmi ceux-ci le facteur professionnel est d'abord pour beaucoup dans le risque de développer cette maladie avec l'utilisation abusive des méthodes médicales de contraception, dont les pilules et les stérilets, dans le but de contrecarrer les grossesses; ensuite le facteur social avec le manque de sensibilisation et de dépistage, le manque d'éducation sur la sexualité de la jeune fille, la pratique à risque de la génitalité en alternant le nombre de partenaires sexuels et la précocité des rapports sexuels chez la jeune fille, le tabagisme, l'alcool, et enfin des facteurs viral où des patientes sont atteintes au préalable des maladies telles que les hépatites et le VIH Sida (OMS, 2005).

2-1-2- Prévention des lésions précancéreuses chez les jeunes femmes

La prévention du cancer invasif du col de l'utérus repose sur le dépistage des lésions précancéreuses, suivi d'un traitement approprié. Le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus est crucial pour détecter les anomalies cellulaires avant qu'elles ne se transforment en cancer invasif. Le dépistage vise à identifier les femmes présentant des lésions précancéreuses afin de leur fournir un traitement approprié avant que le cancer ne se développe.

Les lésions précancéreuses sont classées en deux types principaux :

- Les lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade (LSIL - anciennement appelées CIN1) ;
- Les lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade (HSIL - anciennement appelées CIN2 et CIN3);

2-1-2-1- Les principales techniques utilisées

Les méthodes de dépistage les plus couramment utilisées sont le frottis cervico-utérin (Pap test) et l'inspection visuelle après application d'une solution acide acétique à 4% (IVA) ou d'une solution de Lugol (IVL). Le frottis cervico-utérin consiste à prélever des cellules du col de l'utérus pour les examiner au microscope afin de détecter d'éventuelles anomalies. L'IVA et l'IVL sont des techniques d'inspection visuelle qui permettent de visualiser les lésions

précancéreuses grâce à des réactions chimiques spécifiques. Plusieurs techniques sont utilisées pour le dépistage. L'examen cytologique des cellules du col de l'utérus, également connu sous le nom de frottis cervico-utérin (ou Pap test dans les pays anglo-saxons). Le dépistage par inspection visuelle après application d'une solution acide acétique à 4% (IVA) pour détecter les zones acido-blanches. Le dépistage par inspection visuelle après application d'une solution de Lugol (IVL) pour détecter les zones iodonégatives.

Des projets de démonstration coordonnés par l'OMS (2016) dans six pays de la région africaine ont montré l'efficacité, l'innocuité et la performance de la méthode de dépistage par examen visuel (IVA).

2-1-2-2- Points forts de l'IVA

C'est une méthode simple et facile à apprendre, ne nécessitant qu'une infrastructure minimale notamment. Les coûts de mise en place et de maintenance sont faibles, elle peut être réalisée par du personnel de santé non médecin, les résultats des tests sont disponibles immédiatement, elle ne nécessite qu'une seule visite et peut être intégrée aux services de santé primaires.

2-1-2-3- Points faibles de l'IVA

Sa spécificité modérée peut entraîner des traitements inutiles chez les femmes qui n'ont pas de lésion précancéreuse, en particulier dans une approche de visite unique ; Les implications financières et pour la santé liées au surtraitement ne sont pas clairement établies, notamment dans les régions où la prévalence du VIH est élevée ; Des méthodes de formation standardisées et des mesures d'assurance qualité doivent être développées ; elle peut être moins précise chez les femmes ménopausées ; son interprétation peut dépendre de l'évaluateur.

2-1-3- Traitement des lésions précancéreuses

Lorsqu'une lésion précancéreuse est détectée, un traitement approprié est nécessaire pour prévenir la progression vers un cancer invasif. Plusieurs options de traitement sont disponibles :

- Cryothérapie : Cette technique consiste à détruire les lésions précancéreuses en les congelant à l'aide d'un dispositif spécial. Le froid extrême détruit les cellules anormales, permettant la régénération de tissu sain.

- -Traitement au laser : Il s'agit d'une méthode qui utilise un faisceau de lumière intense pour détruire sélectivement les lésions précancéreuses. Le laser cible les cellules anormales tout en préservant les tissus sains environnants.
- -LEEP (*Loop Electrosurgical Excision Procedure*) : Cette procédure consiste à exciser les lésions précancéreuses à l'aide d'une boucle diathermique, qui utilise un courant électrique pour couper et enlever les tissus anormaux. Cette technique permet également de cautériser le col de l'utérus pour prévenir les saignements.
- -Conisation : Il s'agit d'une intervention chirurgicale plus extensive au cours de laquelle un fragment en forme de cône est prélevé du col de l'utérus, y compris les lésions précancéreuses ou un petit cancer. Cette procédure peut être réalisée à l'aide d'un bistouri ou d'un laser.

Il est important de noter que le choix du traitement dépend de la taille et de l'étendue des lésions, ainsi que de la situation individuelle de chaque patiente. Le médecin évaluera ces facteurs et recommandera la meilleure option de traitement pour chaque cas. Il est essentiel de souligner que le dépistage régulier et le traitement précoce des lésions précancéreuses du col de l'utérus peuvent réduire considérablement le risque de développer un cancer invasif. Les programmes de dépistage et de vaccination contre le VPH jouent un rôle crucial dans la prévention et la réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus.

2-1-4 - Traitements du cancer du col de l'utérus

Si les symptômes précurseurs du cancer du col de l'utérus sont confirmés, généralement caractérisés par des saignements vaginaux anormaux non liés au cycle menstruel et des sécrétions inhabituelles, les traitements deviennent beaucoup plus complexes et peuvent impliquer la chirurgie, la radiothérapie et/ou la chimiothérapie. Nous mentionnons ci-dessous ces traitements accompagnés de leurs complications oncologiques.

- Hystérectomie totale (ablation de l'utérus, du col de l'utérus et de la partie supérieure du vagin) :

Il s'agit de l'ablation de l'utérus par voie abdominale (hystérectomie abdominale ou par césarienne) ou par voie vaginale (hystérectomie réalisée par les voies naturelles ou par voie basse). Cette procédure peut également inclure l'ablation des annexes utérines, c'est-à-dire des ovaires et des trompes de Fallope. L'hystérectomie enlève le corps de l'utérus ainsi que les trompes de Fallope.

Tableau 1 : Traitements du cancer du col de l'utérus

Hystérectomie totale (Utérus, col, partie haute du vagin)	<ul style="list-style-type: none"> • À subtotale ou supravaginale : Hystérectomie qui laisse en place une partie ou la totalité du col de l'utérus. • À totale : Ablation complète de l'utérus (corps et col). 	Complications : <ul style="list-style-type: none"> – Raccourcissement du vagin – Suture du vagin (cicatrice de colpectomie) – Aménorrhée secondaire - ménopause (fonction de l'âge) – Stérilité (fonction de l'âge) – Impossible de vider sa vessie durant quelques semaines
Radiothérapie et Curiethérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement par des isotopes radioactifs (radium, cobalt 60, phosphore 32, etc.). 	Complications : <ul style="list-style-type: none"> – Brûlures – Sécheresses – Asialie – Avant la ménopause : <ul style="list-style-type: none"> – Stérilité partielle ou définitive – Ménopause (forte dose) – Aménorrhée secondaire (faible dose) – Après ménopause : <ul style="list-style-type: none"> – Vagin plus fragile et étroit – Saignement – Douleur durant rapport – Sténose post-radique – Abstention sexuelle durant la période traitée
Hormonothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Emploi thérapeutique des hormones 	Complications : <ul style="list-style-type: none"> – Neutralise les œstrogènes – Action directe sur ovaires : – Symptômes pré- ménopause – Tamoxifène: <ul style="list-style-type: none"> – Bouffées de chaleur – Modifications anatomiques du vagin (humidité, longueur, largeur) – Progestatifs : <ul style="list-style-type: none"> – Prise de poids – Antiaromatases: <ul style="list-style-type: none"> – Sécheresse vaginale – Bouffées de chaleur
Chimiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste à perfuser en intraveineuse des médicaments en fonction des caractéristiques des métastases ayant pour principal objectif d'optimiser l'efficacité de la radiothérapie. 	Complications : <ul style="list-style-type: none"> – Stérilité partielle ou totale – Aménorrhée secondaire, mais pas forcément de stérilité – Ménopause induite – Mucite – Mycoses – Retentissement général (fatigue, douleur...) – Problèmes digestifs (nausées, vomissements, etc.)

Source : <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/cervical/treatment&ved=2ahUKEwijn8f7Fnb2IAxWM9rsIHQDREeYQFnoECDUQAO&usg=AOvVaw3sRldF5dRNbXh8uDpJFbGo>

2-2- Le temps du remaniement psychique du cancer du col de l'utérus sur la féminité

La chronicité décrite ici fait référence à une situation ou à un l'avènement du cancer du col de l'utérus qui persiste dans le temps, et qui a un effet durable et une perte significative qui perturbe profondément le cours normal de la vie quotidienne d'une malade. C'est une chronicité qui se caractérise comme un élément perturbateur dans le déroulement d'une vie, entraînant une rupture. Pour cela, il a été qualifié de « traumatisme » par de nombreux chercheurs, imposant des remaniements psychiques à plusieurs niveaux. Lorsqu'il est qualifié de "traumatisme", cela signifie que cet événement perturbateur qu'est le cancer du col de l'utérus a des répercussions psychologiques importantes sur la femme concernée. Ce qui implique des changements dans la manière dont elle perçoit le monde, se comprend elle-même et interagit avec les autres.

La temporalité de cet événement est également soulignée. Cela signifie qu'il est important de prendre en compte la période précédant l'événement perturbateur pour comprendre pleinement ses conséquences. Par exemple, l'âge de la femme au moment de son apparition, la personnalité, les dynamiques familiales, l'environnement social et culturel dans lequel elle évolue, ainsi que les facteurs psychologiques pouvant tous jouer un rôle dans la manière dont elle réagit et fait face à la situation. (Bondil, 2009)

Cependant, il est noté que les facteurs déterminants spécifiques liés au cancer du col de l'utérus n'ont pas encore été identifiés. Cela signifie que, dans le cadre de cette étude, il n'y a pas d'informations accessibles sur les prédispositions biologiques ou psychologiques particulières à ce type de cancer. Au lieu de cela, l'accent est mis sur les facteurs qui influencent les processus psychiques de réorganisation chez le sujet et dans sa vie en relation avec le cancer du col de l'utérus. (Janne, 2001).

Certaines études mettent en évidence l'importance du fonctionnement psychique préexistant d'une personne avant le diagnostic du cancer du col de l'utérus. Ce fonctionnement psychique peut avoir des répercussions significatives sur le pronostic de la maladie ainsi que sur son impact sur la sexualité, l'image corporelle, la féminité et la vie quotidienne d'une femme.

L'une des dimensions abordées est la capacité d'adaptation et les mécanismes de défense psychologiques. Une femme qui possède des ressources psychologiques solides et des mécanismes de défense adaptatifs peut être mieux préparée pour faire face aux défis émotionnels et physiques liés au cancer du col de l'utérus. Ces ressources peuvent contribuer à son processus de deuil de l'utérus, à la résolution des pertes associées à la maladie, ainsi qu'à la reconstruction de son identité féminine, de sa sexualité et de sa perception de la maternité. Il est également important de souligner que le cancer du col de l'utérus peut solliciter des

remaniements psychiques autour d'axes essentiels tels que la féminité, la sexualité et la maternité. Cela signifie que la maladie peut remettre en question la perception de soi en tant que femme, la relation avec son corps, sa sexualité et ses aspirations maternelles. La capacité d'ajuster ces dimensions psychiques sollicitées par le cancer peut jouer un rôle dans l'expérience et la gestion de la maladie. (Graesslin, 2002).

L'impact des différents traitements du cancer du col de l'utérus peut varier en fonction de plusieurs facteurs, dont le vécu psychique antérieur de la femme. Cela fait référence à la manière dont elle a intégré sa sexualité, son érotisme corporel et l'image qu'elle a de son corps, ainsi que son expérience en tant que mère, qu'elle ait déjà donné naissance ou non (Yazbeck, 2004). Ces facteurs peuvent jouer un rôle dans la manière dont elle réagit aux traitements et fait face aux changements physiques et émotionnels associés à la maladie.

Dans cette optique, l'approche comportementaliste a examiné les comportements des femmes atteintes de cancer. Des chercheurs ont mis en évidence différents éléments, notamment des prédispositions précoces, des schémas d'interaction familiale, des pertes vécues précocement, l'évitement des conflits, la suppression des émotions négatives et une hypercoopération (Janne, 2001). Ces caractéristiques comportementales peuvent influencer la manière dont une femme réagit face à la maladie et aux traitements, ainsi que sa façon de s'adapter aux défis psychologiques qui en découlent.

L'étude menée par Hirsch (2005) met en évidence plusieurs éléments concernant les vulnérabilités préalables et l'impact du cancer du col de l'utérus sur la sexualité, la qualité de vie et les mécanismes d'adaptation.

Tout d'abord, l'auteur souligne l'importance de la structure de la personnalité dans la manière dont une femme réagit à la maladie. Certaines femmes peuvent avoir des difficultés dans leurs relations aux objets, ce qui se traduit par des difficultés à établir et à maintenir des liens solides avec les autres. Cette fragilité dans les relations interpersonnelles peut influencer leur capacité à faire face aux défis émotionnels et psychologiques associés au cancer du col de l'utérus.

En outre, la construction de la féminité et le rapport à l'autre sexe sont également des éléments importants qui peuvent être affectés par la maladie. Le cancer du col de l'utérus peut remettre en question l'image corporelle d'une femme, sa perception de sa féminité et ses relations intimes avec les partenaires sexuels. Les femmes qui ont déjà des problèmes liés à leur féminité et à leur image corporelle peuvent être particulièrement vulnérables aux altérations de l'image corporelle induites par la maladie, ce qui peut entraîner des troubles sexuels et une difficulté à maintenir une bonne qualité de vie.

De plus, Hirsch (2005) émet l'hypothèse selon laquelle les femmes présentant une défaillance narcissique peuvent être plus vulnérables aux perturbations de l'image corporelle et de la sexualité. Une faible estime de soi et une fragilité narcissique peuvent rendre plus difficile la résilience et l'adaptation face aux défis liés à la maladie.

D'un autre côté, l'annonce et les traitements déclenchent durant ce temps des angoisses fondamentales pour la femme, peu importe son contexte socioculturel. (Girard, 2006).

Ces angoisses sont l'angoisse d'abandon, car la patiente redoute, plus encore que la mort, le rejet et l'isolement à cause d'un organe génital défectueux; l'angoisse de morcellement, provoquée par l'atteinte importante et intime de l'intégrité du corps; la crainte de perdre totalement la maîtrise face à une perte d'autonomie du corps et à l'imprévisibilité du cancer.

Lorsqu'il s'agit d'un « cancer sexuel » et de la dynamique de couple, les résultats de l'étude menée en 2006 mettent en évidence des taux élevés de troubles anxiodépressifs tant chez les patientes atteintes de cancer que chez leurs conjoints. Environ 54% des patientes ont présenté ces troubles, tandis que chez les conjoints, le taux s'est élevé à environ 62%, selon les résultats obtenus à l'aide du questionnaire HAD.

Ces chiffres soulignent l'impact psychologique considérable que peut avoir le cancer sur le bien-être émotionnel des femmes touchées, ainsi que sur leur relation de couple. Lorsqu'une femme est confrontée au diagnostic de cancer du col de l'utérus, elle fait face à une série de défis émotionnels tels que l'anxiété, la peur, la tristesse et la détresse. Ces émotions peuvent également affecter le conjoint, qui peut ressentir du stress, de l'inquiétude et une charge émotionnelle importante liée à la maladie de sa partenaire.

La littérature scientifique a identifié deux mécanismes de défense psychopathologiques couramment utilisés pour faire face à ces angoisses suscitées par le cancer. Le premier mécanisme est la « projection ». Il s'agit d'attribuer à autrui ses propres sentiments, pensées ou traits de personnalité indésirables. Dans le contexte du cancer du col de l'utérus, cela peut se traduire par le fait de projeter la peur, l'anxiété ou la colère sur le partenaire, plutôt que de les reconnaître et de les gérer subjectivement. Le deuxième mécanisme de défense est le « déni ». Il implique de refuser ou de minimiser la réalité de la maladie. C'est une façon de se protéger contre les émotions négatives associées au cancer en évitant d'y faire face ou en niant son impact sur la vie quotidienne. Tant les patientes que les conjoints peuvent utiliser le déni comme mécanisme pour maintenir une certaine stabilité émotionnelle face à la maladie.

Ces mécanismes de défense peuvent être compris comme des stratégies psychologiques destinées à faire face à la détresse émotionnelle engendrée par le cancer. Cependant, ils peuvent également entraîner des difficultés de communication et de compréhension mutuelle au sein du

couple. Lorsqu'ils sont utilisés de manière excessive ou non adaptative, la projection et le déni peuvent entraver la capacité des couples à faire face ensemble à la maladie et à ses répercussions affectives.

Dans le domaine de la sexualité chez les femmes atteintes de cancer, Hannoun-Levi (2005) fait le lien entre un "climat psychologique fragile" et les contraintes physiques, ce qui conduit ces femmes à refuser la sexualité. Ce refus peut se manifester par une opposition agressive ou par un désintérêt progressif et une indifférence. Pour ces femmes, la sexualité est souvent "déniée" ou reléguée au second plan en attendant la fin de la maladie et un hypothétique retour à la normale. Dans une situation de danger, la sexualité, tout comme les autres plaisirs de la vie, peut être mise de côté.

Le rejet ou le déni de la sexualité, en termes de plaisir sensoriel, caractérise une situation où il devient difficile de se détendre et de s'abandonner, éléments nécessaires pour éprouver du désir sexuel et atteindre le plaisir. L'attention portée au corps sensuel devient problématique, car il est devenu une source d'anxiété (Hoarau, 2007).

En d'autres termes, le contexte émotionnel fragile associé au cancer et les contraintes physiques que la maladie impose peuvent entraîner un rejet ou un désintérêt pour la sexualité chez les femmes concernées. La sexualité peut être perçue comme un aspect de la vie qui est mis de côté en raison de la maladie et des préoccupations liées à la santé. Le corps, qui est à la fois source de plaisir et d'anxiété, peut devenir un terrain difficile à explorer sur le plan sensuel.

L'étude menée par Bondil et Habold (2009) met en évidence des similitudes entre la collision du cancer du col de l'utérus sur la sexualité du couple et les troubles sexuels d'autres origines. Tant le dysfonctionnement sexuel que le cancer du col de l'utérus ont un effet sur l'intimité et les émotions du couple ainsi que sur chaque partenaire individuellement, ce qui définit cinq sphères distinctes ayant une incidence les unes sur les autres : la sexualité, le cancer du col de l'utérus, la femme, le conjoint et le couple. Cet impact commun se manifeste tout d'abord par des conséquences psychologiques chez la patiente et son partenaire, qui éprouvent souvent un sentiment de culpabilité l'un envers l'autre de manière récurrente. Ensuite, des mécanismes et des comportements réactifs se mettent en place, tels que l'évitement de l'intimité et de la tendresse, ce qui entraîne une désorganisation négative de la sexualité du couple.

Autrement dit, le cancer et les troubles sexuels, qu'ils soient liés au cancer du col de l'utérus ou à d'autres causes, ont des répercussions similaires sur la vie sexuelle du couple. Ils affectent à la fois la dimension émotionnelle et l'intimité entre les partenaires. Cela peut entraîner des sentiments de culpabilité, des difficultés à établir une intimité émotionnelle et à exprimer la tendresse, ce qui a un impact négatif sur la vie sexuelle du couple dans son

ensemble. « *Ainsi, cet impact délétère pour la sexualité du couple n'est souvent pas directement induit par la maladie (cancéreuse ou non), mais plutôt indirectement par le biais d'une réaction psychique aux conséquences physiques de la maladie.* » (Bondil et Habold, 2009).

Les conséquences du cancer du col de l'utérus sur la sexualité du couple peuvent être complexes et variées. Outre les aspects psychologiques et émotionnels évoqués précédemment, il existe également des facteurs physiques qui peuvent influencer la sexualité des patients atteints de cancer et de leurs partenaires.

Les traitements contre le cancer tels que la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie peuvent avoir des effets indésirables sur la fonction sexuelle. Par exemple, une chirurgie pelvienne ou une ablation des organes reproducteurs peut entraîner des changements anatomiques et fonctionnels qui peuvent affecter la capacité d'une personne à avoir des rapports sexuels ou à ressentir du plaisir. De même, la radiothérapie peut causer une sécheresse vaginale, une diminution de la libido ou des problèmes d'érection chez les hommes. Les effets secondaires des médicaments utilisés en chimiothérapie peuvent également jouer un rôle dans la diminution de la fonction sexuelle.

En plus de ces aspects physiques, les préoccupations liées à la santé, la fatigue, l'anxiété et la dépression associées au cancer peuvent également influencer la sexualité. La communication et l'intimité émotionnelle au sein du couple peuvent être perturbées, ce qui peut entraîner une diminution de l'activité sexuelle ou des problèmes de satisfaction sexuelle.

Dans cette même étude, ces auteurs distinguent les spécificités de l'impact du cancer retentissant sur la sexualité du couple qui sont :

- Les modifications corporelles et conséquences esthétiques dues aux traitements et notamment à la chirurgie.
- Les modifications iatrogéniques sexuelles
- La symbolique des organes touchés : la valeur symbolique du « mauvais organe » (sexuel ou non) qui menace son propre corps de mort, plus encore si l'organe est sexuel (utérus, ovaires...) et représente la procréation.
- Le temps du cancer, qui sidère et hiérarchise : la connotation mortifère, la réalité de la menace vitale et la crainte de la rechute modifient les priorités du patient, du conjoint et du couple.

Une donnée intéressante révélée par Bondil et Habold (2009) est que 4,5% des admissions en milieu psychiatrique sont liées à une récente intervention chirurgicale gynécologique. Cela suggère qu'il existe un choc psychologique et significatif associé à ces interventions, et que certaines femmes peuvent éprouver des difficultés émotionnelles et

psychiatriques après une chirurgie gynécologique ou tout autre traitement nécessaire. Les raisons exactes de ces admissions en milieu psychiatrique peuvent varier, mais il est possible que des facteurs tels que le stress-posttraumatique lié à l'intervention, les changements corporels, les douleurs postopératoires, les inquiétudes concernant la santé ou la sexualité, ainsi que d'autres facteurs psychosociaux, puissent contribuer à ces difficultés.

Il convient de noter que cette donnée spécifique provient d'une étude spécifique et peut ne pas être généralisable à toutes les populations ou contextes. Cependant, elle souligne l'importance de prendre en compte les aspects psychologiques et émotionnels lors de l'évaluation et de la prise en charge des femmes subissant des interventions chirurgicales gynécologiques ou tout autre traitement.

2-3- Les liens entre le cancer du col de l'utérus et la sexualité

En 2005, l'étude menée par Poinot et ses collègues examine l'impact des traitements sur la qualité de vie, en mettant l'accent sur la sexualité des patientes atteintes d'un cancer. Les résultats révèlent la prévalence des troubles sexuels liés au cancer et à ses traitements. Les données du National Cancer Institute aux États-Unis en 2004, rapportées par Waldir (2005), indiquent que 40 à 100% des femmes atteintes de cancer connaissent des dysfonctions sexuelles après le diagnostic et les traitements spécifiques. En ce qui concerne les cancers gynécologiques, ces dysfonctions sexuelles persistent dans environ 50% des cas.

Plusieurs études quantitatives ont établi une corrélation entre le cancer et la sexualité. L'étude belge CARES menée par Reynaert et al. en 2006 présente les résultats suivants basés sur l'analyse de 382 patientes atteintes de cancer et de leurs proches :

Tableau 2 : Répercussions du cancer du col sur la sexualité du couple

	Souffrance psychologique et état émotionnel perturbé :	Difficultés et troubles sexuels	Diminution du désir sexuel	Déficits relationnels dans la communication entre partenaires	Obstacles dans les relations amoureuses
Patientes :	84%	73%	61%	40%	48%
Partenaires :	82%	59%	40%	46%	42%

Source : https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/download/2958/2680/8129&ved=2ahUKEwiD-Zb7nr2IAxVZg_0HHeqlApcQFnoECBQQAQ&usq=AOvVaw1Ren8hyY7KltCYd_sqn7DV

L'étude menée par Le Corroller-Soriano et ses collègues en 2006 met en évidence l'impact quantitatif et significatif du cancer sur la sexualité. Les résultats de l'étude montrent que la sexualité est perturbée dans 65% des cas, même chez les patientes déclarées guéries. Cela souligne l'importance des conséquences du cancer sur la vie sexuelle des patientes.

Une autre étude menée par Bondil en 2009 s'est intéressée aux dispositifs de prise en charge de la sexualité des couples dont l'un des partenaires est atteint de cancer. Les résultats de cette étude ont révélé que les cancers de la cavité pelvienne sont ceux qui affectent le plus négativement la vie sexuelle des patients. Ces cancers ont un impact significatif sur la sexualité, ce qui souligne l'importance de fournir un soutien et des interventions spécifiques pour aider les couples à faire face à ces problèmes.

D'autres recherches, telles que celle menée par Hannoun Levi en 2005, ont également constaté une diminution de la libido dans environ 30% des cas de cancers du col de l'utérus. Cela met en évidence les défis spécifiques auxquels sont confrontées les femmes atteintes de ce type de cancer en ce qui concerne leur sexualité et leur désir sexuel. Il convient de noter que la littérature scientifique présente parfois des résultats contradictoires. Par exemple, plusieurs études ont suggéré que l'hystérectomie (ablation de l'utérus) a des répercussions psychosexuelles limitées. Cependant, ces études ont été réalisées sans entretien psychologique approfondi et à l'aide de questionnaires succincts. Il est important de prendre en compte les données cliniques des praticiens et d'approfondir la recherche pour mieux comprendre les impacts réels de l'hystérectomie sur la sexualité des femmes. (Graesslin et al, 2002).

Dans l'ensemble, ces études soulignent l'importance de reconnaître les conséquences du cancer sur la sexualité et de mettre en place des approches de prise en charge globales qui tiennent compte des besoins psychologiques et sexuels des patients.

Effectivement, au-delà des données chiffrées et des facteurs biophysiques, les études sur le cancer gynécologique s'accordent pour dire que cette maladie affecte tous les aspects de la sexualité, tels que la sphère reproductive, identitaire, ludique, amoureuse et relationnelle. Elle perturbe ces différents aspects et entraîne une désorganisation globale. Le cancer gynécologique a un impact direct et indirect sur la sexualité, touchant les domaines qui influencent la réponse sexuelle, à savoir le corps, l'esprit et les relations. Les symptômes psychologiques associés à cette maladie sont souvent liés à des questionnements sur la féminité, comme l'a souligné Waldir en 2005.

Il est important de comprendre que la sexualité ne se limite pas à la dimension physique, mais englobe également des aspects émotionnels, relationnels et psychologiques. Le cancer

gynécologique peut altérer la perception de soi, l'estime de soi, l'image corporelle, la confiance en soi et la connexion émotionnelle avec le partenaire. Ces changements peuvent avoir un impact significatif sur la vie sexuelle des patientes touchées et entraîner des difficultés sur plusieurs plans.

Il est important de comprendre que la sexualité ne se limite pas à la dimension physique, mais englobe également des aspects émotionnels, relationnels et psychologiques. Le cancer gynécologique peut altérer la perception de soi, l'estime de soi, la féminité, l'image corporelle, l'identité, la confiance en soi et la connexion émotionnelle avec le partenaire. Ces changements peuvent avoir un impact significatif sur la vie sexuelle des personnes touchées et entraîner des difficultés sur plusieurs plans.

Après avoir décrit au mieux les symptômes, les études reconnaissent les liens existants entre le cancer du col de l'utérus et la sexualité. Cependant, elles soulignent également la complexité de la sexualité humaine, qui ne peut être réduite à des paramètres opératoires et techniques, comme l'ont souligné Fatton et ses collègues en 2009. Les conséquences du cancer du col de l'utérus sur la sexualité vont au-delà des traitements spécifiques et peuvent avoir un impact sur l'estime de soi, l'image corporelle, les relations intimes et la satisfaction sexuelle.

Lorsque les études statistiques notent un « aspect positif » du traitement physiologique sur la sexualité, il convient de noter que les études qualitatives et descriptives apportent souvent des nuances en prenant en compte les témoignages des patientes. Ces études mettent en évidence un large éventail d'émotions complexes, principalement liées à l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et à ce qui les définit en tant que femmes. Les termes tels que « incomplétude », « incompétence » et « perte » sont souvent utilisés pour décrire ces sentiments.

Les études qualitatives permettent une compréhension plus approfondie des expériences vécues par les femmes atteintes de cancer gynécologique et de leurs répercussions sur leur sexualité. Elles mettent en évidence les défis auxquels elles sont confrontées en termes d'estime de soi, d'acceptation de leur corps modifié, de désir sexuel et de satisfaction sexuelle.

Ainsi dans une étude menée par Girard en 2006, il est observé que l'excitation sexuelle chez les femmes est influencée par leurs pensées et leurs émotions, ce qui peut perturber leur désir sexuel. Les effets psychologiques secondaires des traitements médicaux ont également un impact sur la sexualité, les rendant difficilement accessibles, selon les conclusions d'Inccroci en 2007. Ces constatations sont corroborées par les recherches de Fatton et ses collègues en 2009, qui soulignent l'importance d'une évaluation rigoureuse des interventions de soins, car elles peuvent avoir un impact significatif sur la sexualité des femmes atteintes de cancer gynécologique.

Le cancer du col de l'utérus met en place un retentissant sur la sexualité à cause de sa localisation anatomique et les traitements particuliers qui lui sont associés. En effet, cette maladie provoque des dégâts indéniables sur la sexualité féminine et sur l'intégrité psychique d'une part et d'autre part l'état psychologique de ces patientes est défini dans la littérature existante en termes d'angoisse, de perte, de deuil, des modifications corporelles et d'identité. La sexualité de la femme est, quant à elle, qualifiée d'hyper compensatoire ou d'absente, reléguée au dernier plan d'une vie complexifiée par ce type de « cancer ».

2-4- L'image du corps de la féminité

Sur le plan psychologique, le cancer du col de l'utérus peut avoir un impact sur la féminité des femmes, qu'il se manifeste à un stade précoce ou avancé. Il affecte le sentiment d'être une femme et la perception de devenir une femme. Les changements corporels associés à la maladie peuvent être visibles ou non dans le miroir, mais ils existent à la fois dans l'imagination et dans les sensations, altérant ainsi le miroir interne. Même si les traitements ne laissent pas de traces visibles sur le corps extérieur, ils peuvent être ressentis comme une castration sur le plan imaginaire. L'atteinte des organes génitaux féminins remet en question l'identité féminine (High, 2005). Il est donc essentiel de mener des études sur la sexualité des femmes dont les organes en lien direct avec la sexualité ou la reproduction sont affectés par le cancer. Ces études permettent de mieux comprendre les changements liés à la perception de l'image corporelle et à la sexualité (Dupont, 2007).

À cet effet, l'étude de Janne en 2001 sur le cancer du sein fait, quant à elle, la différence entre l'organe externe et l'organe interne en ce qui concerne l'impact sur la personnalité des patientes. Elle suggère que le fonctionnement des patientes atteintes d'un cancer du sein est caractérisé par l'externalité, c'est-à-dire qu'elles vont se tourner plus facilement vers des facteurs extérieurs à elle-même, par exemple la chance, plutôt que d'intérioriser la cause des événements. Ce fonctionnement serait inversé pour les patientes atteintes d'un cancer pelvien à l'instar du cancer du col de l'utérus. Cela est corrélé par l'étude de Reich en 2007, stipulant que la castration effective confrontée par les femmes à l'expérience de la perte, au deuil et aux remaniements identitaires que cela impose, et oblige donc la patiente à se tourner vers ses ressources internes. Malgré la pénurie d'études sur le sujet, les auteurs s'accordent à dire que les modalités psychiques mises en place par les patientes atteintes d'un cancer gynécologique sont différentes de celles des patientes atteintes d'un cancer du sein (Haie-Meder, 2005).

L'étude à propos du regard de la femme malade sur la sexualité et son couple de Hoarau et al., (2007) dit qu'un « *corps qui souffre réveille et fait parler les représentations du corps sur*

la sexualité ». La maladie du cancer du col de l'utérus peut engendrer ou intensifier une représentation fantasmatique du corps et des traitements, ce qui peut perturber la perception du couple et de la sexualité. Lorsque le corps subit des changements et qu'il peut y avoir une perte de sensations au niveau des zones érogènes, il devient également difficile de ressentir une connexion avec une partie du corps qui est investie par les techniques médicales et perçue comme nécessitant une "réparation" à tout prix. Au-delà des interventions concrètes réalisées sur le corps, ces techniques imposent aussi des contraintes selon Haie-Meder dans l'une de ses interventions d'Amnistie internationale en 2018 au sujet des cancers gynécologiques.

Lorsqu'une patiente reste allongée en position gynécologique pendant de longues heures, entourée d'une équipe médicale, la pudeur n'est plus une préoccupation. Des câbles de trois mètres sortent du vagin et sont reliés à des machines. Ainsi, le corps sensuel et le corps sensoriel sont remplacés par un corps mécanique. Il devient nécessaire de rapidement dissocier toute sensation de cette partie du corps, par où passe toute une identité. Ce clivage devient incontournable pour faire face à "l'injonction brutale à se séparer de son féminin" (Yazbeck, 2004). Cette description met en évidence les aspects intrusifs et déshumanisants des procédures médicales associées au cancer du col de l'utérus. Les câbles et les machines impliqués dans les traitements peuvent créer une distance émotionnelle et sensorielle, altérant la perception du corps en tant qu'entité sensuelle et intime. Il peut être difficile pour les femmes de maintenir une connexion avec leur féminité et de gérer l'impact psychologique de ces interventions médicales invasives.

Les médecins interdisent pendant un temps la génitalité à cause de la cicatrisation du traitement puis l'autorisent à nouveau ; ils exercent un contrôle sur le corps de la femme et tout se passe comme si celle-ci devait se cliver de son propre corps. Il n'y a plus de place pour l'autonomie, pour l'instinct des sens, pour laisser parler le désir. Le corps est contrôlé par la maladie, les soins, les médecins et, peut-être, la patiente. Celle-ci, pour se réappropriier son corps, peut décider paradoxalement de ne plus s'en servir et de ne pas répondre aux prescriptions d'acte sexuel (en prévention d'une sténose) ce qui joue un rôle considérable dans les processus psychiques en général (Haie-Meder, 2018).

2-5- La pudeur féminine face au cancer du col de l'utérus

De ce qui précède, la pudeur met en reflet la compréhension des enjeux des traitements nécessaires par lesquels passent ces femmes. La spécificité du cancer du col de l'utérus pose la question de la pudeur en intervenant directement là où se situent la sexualité et l'intimité la plus profonde. La pudeur est une notion qui varie en fonction des lieux géographiques, des sociétés,

des époques, dépendante de l'individu, de son sexe et de son âge. Elle est toujours liée à la sexualité et plus précisément au sexuel que l'on place, pour ne pas dire que l'on cache, dans les choses.

L'étymologie du mot vient du latin « pudor » qui signifie la honte, la modestie ou encore la timidité. Dans une dimension historique, la pudeur est primordialement associée à la nudité, elle s'éloigne petit à petit d'une simple pudeur du corps nu, pour s'étendre à la dissimulation pudique en général, pouvant concerner affects, sentiments et désirs, s'inscrivant ainsi dans la relation à l'autre. C'est le regard de l'autre qui instruit et justifie le jeu de la pudeur. L'homme, seul face à son reflet, ne sera pas gêné par sa nudité même s'il est capable de se déprécier. C'est l'entrée en scène d'un autre sujet regardant qui induit la pudeur (Arendt, 1972). Courtault, (2011) affirme pour cela que :

Ce refus de partager ou de mettre sur la place publique ses émotions, ses affects et/ou son image corporelle trouve des justifications différentes selon les individus et peut s'analyser tant comme une force que comme une faiblesse.

L'acte médical dans sa fonction, convoque le corps, la nudité et donc inéluctablement la pudeur. Mais celle-ci est particulière et évolutive ; c'est la « *pudeur médicale* » qui interpelle les deux parties de la relation soignante soignée. L'acte médical est associé à la notion de pudeur et, tout comme l'art, s'organise autour de l'évolution sociale et historique de celle-ci.

Le corps perd peu à peu son caractère sacré et, alors que la médecine se libère de ses entraves subjectives à lui survient « une forme de pudeur médicale qui se dévoile et les patientes, ne veulent plus se dénuder devant un médecin » (Courtault, 2011). Ainsi, la médecine trifouille le corps jusque dans l'intimité profonde et impose la nudité, convoque une pudeur spécifique à son acte. (Bologne, 1997).

La situation de la consultation est toujours exceptionnelle parce qu'elle met à la fois soignant -soigné en scène. Sans la « *reconnaissance d'un corps sujet dans le corps objet des soins, l'authentique respect de la pudeur du malade est impossible* » (Mietkiewicz, 2011). Le mécanisme de pudeur semble renforcé par les positions dissymétriques intersubjectives à l'œuvre dans la consultation : actif / passif, nu / habillé. Si les mots n'entourent pas l'investigation médicale et particulièrement celles qui sont intrusives, la pudeur est mise à mal. La honte « *pudere* » n'est jamais très loin de la pudeur et tout dépend du regard et de l'attitude

de l'autre pour que l'inversion s'opère, et que d'une gêne de dévoiler ce que le sujet voudrait cacher, s'attise une honte liée à l'exhibition (Fiat, 2007).

Dans le travail freudien, la pudeur est d'abord verbale, une barrière à lever dans le cadre de l'analyse (1895). La pudeur, comme la moralité, sont constituées par le refoulement et s'opposent au plaisir scopique (1905). Elle apparaît donc comme un contenant de la pulsion participant au développement psychosexuel de l'enfant. Dégoût, pudeur et moralité sont des formations réactionnelles aux contraintes externes inhibitrices qui forment les motions pulsionnelles sexuelles de l'enfance pour limiter les sensations de déplaisir.

Dans le texte de 1931 apparaît l'interprétation freudienne concernant la « *vanité corporelle* »; Freud relie alors la pudeur féminine à la « *défectuosité des organes génitaux à dissimuler* ». La pudeur intervient comme une caractéristique de la féminité et concerne le corps dans ce que la femme montre, ce qui se perçoit, à l'attention de l'autre sexe et en lien avec le sien. Dolto (1996) confirme qu'au départ la pudeur de la jeune fille est une pudeur de sentiment, c'est-à-dire qu'elle concerne ses émois, mais intéresse peu son corps, puis la pudeur touche le corps au début de l'installation des « *symptômes* » de la féminité qu'elle valorise pour en faire quelque chose de précieux et d'intime. La pudeur permet la construction des rapports au sexe, à son sexe et à l'autre sexe.

Les caractéristiques de la pudeur déterminées par Selz (2006) sont : la présence indispensable d'un autre, son association à la dimension sexuée du corps, elle dépend du regard, mais de la manière à faire moduler le désir, elle protège le narcissisme. Pour approfondir encore cette notion, à travers notamment son importance dans le transfert, on reprend la proposition de Cournut (1993), à propos du dégoût concernant le rôle protecteur de ce dégoût contre la passivité liée au débordement psychique.

Les patientes expriment fréquemment leur préoccupation concernant leur intimité, soulignant ainsi que celle-ci est affectée, en particulier dans le cas du cancer du col de l'utérus. Elles décrivent la maladie comme sollicitant leur intimité ou s'inscrivant sur "un endroit intime", selon leurs propres termes. Le mot latin "intimus" fait référence à ce qui est intérieur et profond. Ces remarques mettent en évidence l'importance symbolique et émotionnelle de la région génitale féminine et du col de l'utérus en tant qu'espaces intimes et personnels. Le fait que le cancer affecte ces zones sensibles renforce le sentiment de violation de l'intimité et de l'identité féminine.

C'est-à-dire l'intimité d'un sujet est construite à partir de son monde relationnel et donc, en premier lieu, de la relation à sa mère primaire. En second lieu, l'intimité est un espace, un lieu personnel et privé qui ne peut être créé que dans la sécurité face à l'absence d'un « *premier*

autre sur lequel on peut compter au point de l'ignorer » (Aubert-Godard, 2007), donc la capacité à être seul accompagné de ses objets internes. En troisième lieu, l'intimité est indubitablement liée à la sexualité ; pour Aubert-Godard (2007), c'est dans cet espace que naît la sexualité humaine ou du moins une sexualité sereine référée au désir et non une sexualité pathologique comparable à une quête, une revendication ou une réparation autrement prise dans une confusion entre un intime comme part du soi et le public, le social, le convenu.

D'ailleurs, la « *partie intime* » lorsqu'elle n'est pas nommée peut renvoyer à l'intimité psychique. « *L'intime* » c'est « *ce qui est le plus en dedans, au fond* ». Le terme renvoie au « *domaine privé, secret* » du sujet et qualifie ce qui est « *strictement personnel et généralement tenu caché aux autres, en particulier ce qui se manifeste par un contact charnel* » (Del Volgo, 2007). Comme la pudeur, l'intime se définit en regard de l'extérieur à soi, du non-soi, du public, ce qui se montre en opposition à ce que l'on cache, ce que l'on garde pour soi. On pense évidemment là, au « *sexuel* » défini par Vanier (2009) : les trésors constitués qui socles le féminin, l'éthique, la pudeur, l'intimité et permettent d'être au monde sans se perdre soi-même.

Dans la relation médicale, c'est l'intimité en tant qu'espace intermédiaire qui permet à la sexualité de prendre sens ou de garder un sens. Intimité et pudeur sont deux choses distinctes, la première est un espace psychique et subjectif qui se projette sur le corps défendu par la seconde, comme une barrière à ne pas franchir.

2-6- Le rôle de la mentalisation dans la réorganisation psychique

Le rôle de la mentalisation dans la réorganisation psychique prend essor dans les approches psychopathologiques de la maladie, qu'elle soit bénigne ou chronique. Elles ont été répertoriées par deux écoles de savoirs scientifiques. Il s'agit donc de l'école américaine d'Alexander (1964), qui était aussi élève et collaborateur de Ferenczi (1933) au sein de l'École de Chicago à travers deux théories et celle de l'école française par Marty (1976,1980) avec la notion de mentalisation ; qui sont : l'approche psychosomatique médicale qui envisage le malade à partir de sa maladie et l'approche psychanalytique, quant à elle, envisage le malade à partir du repérage, dans son fonctionnement psychique, d'un processus de somatisation.

La théorie de la névrose des organes issue des conceptions freudiennes (1905) de la névrose actuelle postule que les émotions durablement réprimées sur le plan psychique sont véhiculées par des voies nerveuses autonomes jusqu'aux organes qu'ils modifient dans le fonctionnement, dans un premier temps, aboutir à des troubles fonctionnels, puis dans un second temps, à des maladies organiques. Par conséquent ici, l'inconscient serait impliqué dans

le processus de somatisation. Pour Valabrega (1964) il existe chez tout sujet un noyau conventionnel, car le corps est conçu comme un préconscient chargé d'une mémoire signifiante.

La théorie de la spécificité dans la littérature scientifique est corrélée à celle de la « médiation » autrement nommée théorie de « *l'anthropologie clinique* » de Otis Whitman (1894) avec un modèle d'analyse en sciences humaines en général et plus particulièrement en psychopathologie des processus psychiques spécifiques mis en œuvre par le sujet dans divers domaines de la vie psychique grâce à l'apport des travaux de Gagnepain (1987) et ceux de Freud (1905). C'est dans le cadre de l'apparition et le développement de certaines pathologies organique qui introduit une certaine cohérence explicative et non réductive en postulant qu'à chaque émotion correspond un syndrome physiopathologique spécifique.

Le postulat commun de ces approches s'appuie sur l'étude des processus psychiques mobilisés dans les manifestations psychopathologiques des maladies graves et refuse toutes dimensions classificatoires. Pour ces écoles, ce sont les processus psychiques qui portent à la souffrance à l'instar des maladies organiques dites somatoformes.

L'approche psychanalytique vient définir la somatisation comme étant la manifestation corporelle avec une atteinte organique ou biologique médicalement prouvée ayant pour origine et évolution psychologiques. Freud (1905) a soulevé le problème des relations existant entre psychés et le corps à travers le concept de la pulsion, qui naît dans le corps pour parvenir au psychisme. Laplanche et Pontalis. (1961), dans leur abrégé des travaux de la psychanalyse freudienne, vont conclure que Les phénomènes que nous avons étudiés ne sont pas uniquement d'ordre psychologique, ils ont également un aspect organique et biologique... Toutefois, ne quittons pas pour le moment le domaine de la psychologie. C'est pourquoi pour Green (2004) le processus psychique de somatisation inconscient vise à transférer et à transformer des difficultés affectives en troubles somatiques fonctionnels.

De ce fait, la problématique que soulève le cancer du col de l'utérus dans le contexte culturellement vécu comme un opaque coup du destin devient grâce à un travail interne dans l'appareil mental, un ensemble de représentations qui permettent une association d'idées, des pensées et de réflexion intérieure. La maladie est à elle seule un objet d'élaboration psychique (entre les signifiants culturels et la symbolique des contenus de sens de la maladie). En effet, ce qui est à l'œuvre ici, ce sont à la fois la quantité et la qualité des mouvements psychiques d'investissement économique engagé par le sujet pour donner du sens à sa souffrance. On note que le sens peut survenir après coup dans ou par le travail de réorganisation psychique permettant ainsi la réintégration de l'événement somatique qui devient un facteur de soulagement voir de guérison (Mayi, 2010).

La notion de mentalisation est un concept à l'ordre du jour, introduite par l'École de Paris comme concept fondamental pour la clinique psychosomatique par Marty (1976,1980). Il explique que les somatisations dérivent d'un défaut de mentalisation, des représentations au niveau du psychisme qui vont prendre la voie du soma et constituer ou donner naissance à un trouble mental ou participer à l'enkystement d'une affection organique. Ces manifestations proviennent d'une forte excitation interne et/ou externe dont le sujet est incapable d'élaborer psychiquement. Ce qui entraîne l'apparition d'une dépression suivie d'une désorganisation somatique, ceci quelques soient les caractéristiques de l'organisation psychique du sujet ; soutenir la fonction mentale, favorise l'élaboration et améliore l'économie psychosomatique générale.

Selon Aisenstein (2008), l'évaluation de la mentalisation peut se faire en prenant en compte son épaisseur, sa fluidité, sa permanence, ainsi que la prédominance du principe de plaisir-déplaisir ou des automatismes de répétition et de programmation dans l'activité de représentation. L'épaisseur : Il s'agit du nombre de couches de représentations accumulées et stratifiées tout au long de l'histoire individuelle, La fluidité : Cela concerne la qualité des représentations et leur circulation, à la fois à travers les différentes périodes de la vie et dans le moment présent, La permanence : Il s'agit de la disponibilité à tout moment de l'ensemble des représentations, tant du point de vue quantitatif que qualitatif, La domination de l'activité de représentation par le principe de plaisir-déplaisir ou par des automatismes de répétition et de programmation.

Marty (1976,1980) va également illustrer la mentalisation à travers la « *fonction maternelle* » comme génératrice des mesures visant à protéger et faire évoluer un trouble dans l'avènement de la somatisation chez le sujet en remplacement des « *imagos* » par automatisation et programmation. Ainsi, le principe d'automatisme va obéir à la loi de répétition d'un d'état précédent évolutivement à sa programmation. Le principe de programmation quant à lui est un éveil du programme et la mise en route de celui-ci et qui suit l'automatisme (Pirlot, 2007).

Le processus inconscient dans la somatisation des personnes souffrantes a pour fil conducteur une sorte de « *complaisance somatique* » décrite par Freud en 1905, le trouble psychosomatique naît d'une rupture de l'homéostasie psychosomatique qui est faite à travers les principes d'automatisme (pulsion d'autoconservations) et de programmation (pulsions sexuelles). À ce niveau, la somatisation est donc issue soit, d'un inconscient primaire (urgence d'une décharge, caractère stéréotypé, quasi somatique et compulsif de ses actualisations, la connotation de violence, la sensibilité de l'inconscient à certaines excitations) et l'autre côté

soit d'un inconscient secondaire issue (des avatars du complexe d'œdipe et de la sexualité infantile), on observe cela chez les adultes par les troubles somatoformes (Pirlot, 2007).

Le processus de somatisation par régression quant à lui revient généralement sous la même forme chez un même sujet. C'est-à-dire qu'il survient souvent chez les sujets dont le fonctionnement psychique est organisé sous un mode névrotico normal. Leur mentalisation est habituellement satisfaisante ou peu altérée. Ces processus conduisent habituellement à des maladies somatiques bénignes et réversibles, par exemple : des crises d'asthmes, des crises céphalalgiques ou rachialgies, des crises ulcéreuses, coliques ou des crises hypertensives. Ici, les somatisations surviennent au décours de variations du fonctionnement psychique que Marty (1980) qualifiait « *d'irrégularité du fonctionnement mental* ». Les fluctuations dans le fonctionnement mental peuvent être attribuées à de discrets changements de régime par rapport au fonctionnement mental habituel. Ces changements sont réversibles et entraînent temporairement des modifications dans l'économie psychosomatique. Ces variations peuvent donner lieu à des activités sublimatoires ou perverses, à des traits de caractère ou de comportement spécifiques, ainsi qu'à des symptômes somatiques bénins (Fain, 2001).

Lorsque le travail de liaison du moi au sein du préconscient est surchargé, la libido est dirigée vers ses sources somatiques. Cela entraîne un surinvestissement libidinal de la fonction organique, ce qui peut engendrer un trouble somatique caractérisé par un hyperfonction ou un hypofonction. Ce processus de régression soulage temporairement le travail psychique, qui peut ensuite retrouver son efficacité habituelle après un certain laps de temps. Selon l'approche psychosomatique, cela correspond également à ce qu'on appelle "le travail de la maladie" (Anzieu, 1995).

Le processus de somatisation par déliaison pulsionnelle est un processus psychique qui aboutit généralement à des maladies évolutives voir graves à l'instar des cancers, des maladies auto-immunes pouvant conduire à la mort. Ce processus se produit généralement soit chez des sujets ayant une organisation non névrotique du moi, soit chez des ceux ayant vécu des traumatismes psychiques qui ont ravivé des blessures narcissiques profondes et précoces (Aisenstein, 2008).

La dimension de perte narcissique donne lieu à un état de déliaison pulsionnelle qui perturbe l'équilibre psychosomatique global du sujet. Au fil de l'évolution, on constate d'abord des modifications psychopathologiques, puis ultérieurement, les modifications physiopathologiques mentionnées précédemment. Sur le plan psychique, on observe divers symptômes regroupés sous le terme de « vie opératoire » à travers une dépression essentielle et pensée opératoire.

Cette vie opératoire peut s'installer à la chronicité ou prendre la forme d'état critique, momentané et réversible avec les caractéristiques d'une maladie psychosomatique à travers une absence d'érotisation ; de refoulement ; de symbolisation ; de solution du compromis entre les conflits ; la présence de répression. Pour Valabrega (1964) il existe un noyau confessionnel chez tout sujet qui est le corps chargé de mémoire signifiante où tout symptôme somatique contient du sens.

La vie opératoire se caractérise généralement par un équilibre psychosomatique fragile et instable. Dans les formes graves, on observe souvent une détérioration de la qualité du Surmoi et son remplacement par un puissant système idéalisant appelé le « Moi Idéal » selon Marty (1976). Ce « Moi Idéal » se caractérise par une toute-puissance narcissique et se manifeste par des comportements excessifs. Il repose sur des demandes insatiables que le sujet impose à lui-même et aux autres. Il est important de repérer cet « idéal du Moi » chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus, car il implique une absence de capacités régressives et de passivité psychique, ce qui représente un risque de désintégration tant sur le plan psychique que somatique.

Une fois établie, la vie opératoire dépend de la qualité de l'environnement dans lequel les patients évoluent, notamment de la mise en place d'un cadre de traitement de soutien adapté aux traitements médicaux souvent douloureux. Il est important de considérer la vie opératoire comme un mode de fonctionnement de survie, car elle limite la capacité à intégrer mentalement les événements traumatiques, ce qui représente un risque de désorganisation somatique. Par conséquent, il est possible que cela conduise au développement d'une affection somatique grave, ce qui renforce la désorganisation psychique (Marty, 1976).

La dépression essentielle qui découle de la vie opératoire est une forme dépressive caractérisée par l'absence de symptômes manifestes. Elle se caractérise par une diminution générale de l'énergie vitale, sans justification apparente. En effet, dans l'expérience de la dépression essentielle, il n'y a ni tristesse, ni sentiment de culpabilité, ni auto-accusation mélancolique. La dépression essentielle se manifeste donc par une symptomatologie négative. Les patientes se sentent vides, sans rêves ni désirs. D'un point de vue métapsychologique, la dépression essentielle témoigne d'une perte de libido à la fois narcissique et objectale, et représente, de manière négative, la trace du courant autodestructeur de la déliaison pulsionnelle (Marty, 1976).

La pensée opératoire est un mode de pensée concret, axé sur les faits, dépourvu de métaphores et sans lien avec l'activité fantasmatique ou la symbolisation. Elle accompagne les faits plutôt que de les reprendre. En réalité, il s'agit d'une forme de "non-pensée" car elle a perdu

ses liens avec sa source pulsionnelle (Marty, 1976). Il convient de la distinguer de la pensée obsessionnelle. D'un point de vue métapsychologique, le surinvestissement du perceptif, sur lequel elle repose, vise à protéger le sujet des effets de la privation de réalisation hallucinatoire du désir et de la détresse traumatique qu'elle est susceptible de générer dans l'appareil psychique.

« *On peut dire que la bascule dans la somatique signale un événement psychique, donc le processus doit s'interrompre et non refoulé* » (Marty, 1980). De ce fait, on observe que le refoulement inconscient et la répression (consciente, préconsciente, inconsciente) peuvent coexister chez les malades atteints de maladies somatiques et/ou chroniques. Ici, le corps, précisément raconte une histoire réelle et non symbolique, car l'affection d'origine est organique et médicalement démontrable. En somme, il ressort qu'avoir le cancer du col de l'utérus aboutit toujours à une somatisation (Derby, 2004). Ainsi ce processus n'est que réversible par un travail au niveau de la gestion de la douleur (Lionel, 2018).

2-7- Facteurs de protection et processus de résilience dans la réorganisation psychique

2-7-1- Facteurs de protections

Ce qui vient distinguer une patiente cancéreuse résiliente d'une autre serait l'existence, dans sa vie, de facteurs de protection à même de « *contrebalancer* » les facteurs négatifs de la maladie tant bien psychologique que somatique, du débordement des pensées ; des affects, des tensions générées par leur état, du traitement à différents niveaux, de l'environnement culturel de la maladie, de l'expression d'une surcharge émotionnelle qui seuls, auraient conduit à des développements comportementaux moins favorables.

En effet, les facteurs de protection font parfois référence aux facteurs médiateurs introduits par Abbott (1995). Il dit à cet effet que certains de ces facteurs peuvent être difficiles à classer, étant des entre-deux sur ces différentes formes (positive et négative). Par ailleurs, les théoriciens de ce modèle de la résilience ne font pas allusion de manière spécifique aux facteurs médiateurs, cette expression peut avoir été inspirée en partie des travaux de Durkheim (1897) sur le rôle de certains facteurs qu'il qualifie plutôt de facteurs « *d'immunité* ». L'on remarque toutefois par-là une dimension plus sociale des facteurs de protection chez les patientes, étant liée au degré d'intégration de ces dernières dans la société et davantage axées sur une forme de cohérence individuelle. Quoi qu'il en soit, ce qui différencie une patiente résiliente faisant face à l'adversité de la maladie cancéreuse de ses pairs ayant développées des problèmes de vulnérabilités et de risques, est qu'elle a eu dans sa vie suffisamment de facteurs protecteurs pour faire un contre- poids aux facteurs négatifs.

Pour Rutter (1999), ayant beaucoup travaillé sur les facteurs de protection, précise non seulement que la nature de ce caractère quelque peu mathématique des divers facteurs ne fait pas que s'additionner les uns aux autres pour rivaliser avec le pôle adverse de la maladie, mais aussi que leur interaction a un effet multiplicateur. En effet, pour lui, un facteur négatif isolé a peu d'effet sur la santé mentale des malades, alors que le risque psychiatrique devient aigu quand plusieurs d'entre eux cohabitent et, surtout, que la croissance des risques est exponentielle. Bien plus importante que celle du nombre de facteurs protecteurs qui la déterminait.

La dimension multiplicatrice notée est conçue par Garmezy (1974) dans la prise en compte de la proximité des facteurs protecteurs sur l'ampleur de la nocivité de la maladie (de son effet bénéfique). C'est en ces termes que certains sont de nature « *distale* », n'agissant qu'indirectement sur le corps des sujets à travers des médiateurs. Tandis que d'autres sont de nature « *proximale* », touchant directement le corps du sujet et sa personnalité. Ainsi, ces recherches ont mis en évidence qu'il y a des continuités et des discontinuités dans le développement des patientes ayant été exposées à certains facteurs négatifs, c'est à dire prêter attention aux permanences des effets de ces derniers, mais aussi à leur annulation, à leur dépassement ou à leur retournement grâce à certains facteurs qualifiés de ce fait de « *protecteurs* ».

L'on est donc en présence d'un modèle où la « source » finale semble être le résultat d'une lutte entre facteurs négatifs et facteurs de protection, lutte ne prenant pas la forme action-réaction, mais confrontant deux faisceaux d'actions dont aucun n'est déclenché par l'autre.

Force est de constater qu'ils sont désignés comme « *protecteurs* » et non comme « *positifs* ». Ces facteurs ont une dimension de dédommagement et sont inhérents ou encore peuvent présenter une force réellement positive. Dans une étude de Kauai (2003), l'auteur s'appuie sur les conclusions de Masten et Coatsworth (1998) pour affirmer que :

Beaucoup de facteurs de protections qui fusionnaient la résilience entre le boréal exposé à plusieurs facteurs de risque étaient bénéfiques pour ceux qui vivaient dans des environnants plus favorables, mais ils ont eu une puissance prédictive plus forte pour des ventes de développement positif pour les personnes particulièrement contestées par l'adversité.

Les facteurs de protection semblent être distingués de facteurs qui pourraient être dits « *positifs* » en ce que, comme l'explique Rutter (2002) : « *Les expériences positives sont celles*

qui généralement prédisposent à un résultat adapté un effet bénéfique direct ». À l'opposé, les facteurs de protection peuvent ne pas avoir d'effet détectable en l'absence de facteur de stress consécutif ; leur rôle est de modifier la réponse à l'adversité ultérieure plutôt que d'alimenter le développement normal de quelque manière. Selon lui, il y'a une réelle distinction à faire entre ces facteurs et les expériences « agréables » dans la mesure où ils peuvent être déplaisants tout en alimentant le développement normal, mais aussi peuvent être vécu comme des « expériences » tout court, étant donné que les facteurs de protection peuvent être des qualités ancrées à un sujet malade par exemple.

La grande partie de la littérature des études empiriques sur la résilience réalisée par Werner et Smith (1982) consistant à répertorier un ensemble d'attributs de facteurs de protections et de circonstances propres aux parcours des personnes étant parvenue à connaître un développement positif en dépit de conditions adverses telles que la maladie. Werner (1982) identifie plus globalement trois pôles : facteurs internes au sujet, relatif à la famille, et relatif à la communauté.

Cependant cette tendance à donner lieu aux propriétés individuelles du processus de résilience, constitue une tendance descriptive, moins problématique pour cette étude, incarnée par la constitution de faire le portrait de la femme résiliente atteinte du cancer du col de l'utérus « type ». (Anthony 1987). Dès lors, il est question dans ce modèle de « *dépeindre* » la *personne résiliente*, d'en tracer les contours le plus précisément et exhaustivement possible, partant du principe qu'il en existe une forme « *pure* » avec caractéristiques les énoncées ci-dessus. Les travaux de Block (1980) ont proposé le concept de la « *résilience de l'égo* » comme un trait de personnalité en quelque sorte, caractérisé par quatre composantes principales : « *la capacité d'être heureux, la capacité de s'engager dans un travail productif, une bonne sécurité émotionnelle et la capacité à nouer des relations satisfaisantes avec les autres* ». Cyrulnik (2001) décrit également ce qu'il estime être le « *profil de l'individu résilient* » dont Anaut (2015) retranscrit les grandes caractéristiques : *QI élevé, autonomie, capacités d'adaptation, relationnelles et d'empathie, capacité d'anticipation et sens de l'humour*.

La force de ce modèle de résilience jaillie du concept dynamique de traits de personnalité bien précis. Toutefois certains inconvénients, au premier rang parmi lesquels une impossibilité de trop généraliser la portée de ce modèle à tous. L'on se réfère en effet à ce niveau de la problématique au culturalisme et aux travaux de la « *personnalité de base* » impulsés notamment par Kardiner (1939,1945), qui met en lumière l'impact du social sur le psychisme et sur l'existence des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus, de ce fait, de

traits de personnalité communs évoluant dans une même société ou encore dans un même milieu.

Cet ensemble de traits qu'il appelle la personnalité de base constitue l'invariant caractéristique des sujets soumis aux mêmes institutions, injonctions sociales, etc. Aussi, les formes « pures » de personnalité résiliente que certains auteurs tentent de mettre au jour semblent avoir une valeur autre que circonstanciée. Cette façon pour ce modèle de tracer un profil, apparaît en outre plus problématique dans la mesure où elle implique que certaines femmes atteintes du cancer du col de l'utérus n'ont pas « *ce qu'il faut* » pour faire face à l'adversité, en réduisant pour ainsi dire les facteurs de protection à des caractéristiques constitutives, ce qui peut également tendre à orienter l'usage du concept vers des pratiques prévisionnelles, elles aussi discutables.

La compréhension de la résilience sur le mode de la performance permet de ne pas en faire une capacité individuelle, semblant prédisposer les uns à une meilleure résistance et condamner les autres à s'effondrer au premier choc à l'instar de l'annonce du diagnostic de cancer et de ses traitements associés, avec tout le fatalisme du travail du trépas que cela comporte, d'abandon, d'angoisse de séparation et de perte des personnes qui seraient « *non résilientes* » à leur sort que cela peut logiquement induire (De M'Uzan 1976).

Ainsi, si les considérations dispositionnelles donnent éventuellement lieu à des formes de prévisions, elles peuvent également relever, à l'inverse, d'une approche où l'on retrouve quelque chose de l'ordre de ce que Bergson (1946) appelle le « *mouvement rétrograde du vrai* ». Ici l'idée est que face à la survenue d'un événement tel que le cancer, le sujet a tendance à être convaincu qu'il existait déjà auparavant, sur le mode de la puissance. Dans le cas présent, cela revient à estimer que si une femme cancéreuse « *a résilié* », c'est qu'elle était résiliente, qu'elle avait une disposition à la résilience, qu'elle était vouée, en un sens, à résilier. De nombreuses études se contenteront donc de relever les facteurs protecteurs observés, sans prétendre les ériger en caractéristiques fondamentales d'un « *processus résilient* », comme si une telle entité figée existe. Encore que les travaux Rutter (1999) parlent de « résilients » en indiquant davantage que c'est une « *performance* » effectivement observée qu'à un trait de personnalité de certains sujets, ce qui n'est cependant pas sans prêter à confusion.

Dans cette théorie de Werner et Smith (1982) des facteurs de protections induisant le processus de résilience, il désigne comme « résilientes » les personnes exposées à l'adversité, étant parvenues, au terme d'un processus plus ou moins long, à en surmonter les potentielles conséquences néfastes et à conjurer les risques importants d'une issue négative, de sorte que la

résilience renverrait à un processus de construction de soi entre l'enfance et l'âge adulte, en tant que cette construction se fait dans des conditions de stress et de maladie.

Ainsi pour eux, le processus de résilience est donc tant une forme de résistance ponctuelle à un événement éprouvant qu'un processus de longue durée, dont le succès apparaît plus qu'à un certain âge. À première vue ils semblent désigner ici le processus de résilience à un résultat. D'un autre œil pour cette même théorisation, le processus de résilience comme la vulnérabilité renvoient à l'état du sujet présentant un certain degré de sensibilité au « désordre » en termes de degré que les facteurs protecteurs ou négatifs contribuent respectivement à diminuer et accroître l'un comme l'autre. Ce qui mène à interroger la notion de « *cercles vicieux* » ou « *boucle continue* » qui mérite d'être soulignée en ce qu'elle implique certes une tendance à l'autorenforcement de la vulnérabilité du fait même que les facteurs qui l'alimentent s'attirent les uns les autres ; et il en serait de même pour la résilience qui est son envers (Werner et Smith, 1982).

Selon Werner et Smith (1982) le processus de résilience comme état est une sorte de graphique visuelle qui communique pour une disposition de facteurs protecteurs à la résistance face à l'adversité qui incline vers certains comportements, réactions et représentations contribuant à le renforcer en retour. Il y a comme un jeu de va-et-vient entre processus résilience et facteurs protecteurs, de même qu'il en existe aussi un entre vulnérabilité et facteurs négatifs.

Cependant on va pointer avec Rutter (1999) le fait que les facteurs négatifs et positifs s'attirent entre eux, sans pour autant venir créer de disposition (résiliente ou vulnérable) chez un sujet, ce qui implique une intériorisation complète des facteurs dont certains sont environnementaux et ponctuels. Pour lui, la résilience est bien un processus ou un phénomène. En effet, ce qui vient distinguer une patiente cancéreuse résiliente d'une autre serait l'existence, dans sa vie, de facteurs de protection à même de « *contrebalancer* » les facteurs négatifs de la maladie tant bien psychologique que somatique, du débordement des pensées ; des affects, des tensions générées par leur état, du traitement à différents niveaux, de l'environnement culturel de la maladie, de l'expression d'une surcharge émotionnelle qui seuls, auraient conduit à des développements comportementaux moins favorables.

Les facteurs de protection font parfois référence aux facteurs médiateurs introduits par Abbott (1995). Il dit à cet effet que certains de ces facteurs peuvent être difficiles à classer, étant des entre-deux sur ces différentes formes (positive et négative). Par ailleurs, les théoriciens de ce modèle de la résilience ne font pas allusion de manière spécifique aux facteurs médiateurs, cette expression peut avoir été inspirée en partie des travaux de Durkheim (1897) sur le rôle de certains facteurs qu'il qualifie plutôt de facteurs « *d'immunité* ». L'on remarque toutefois par-

là une dimension plus sociale des facteurs de protection chez les patientes, étant liée au degré d'intégration de ces dernières dans la société et davantage axées sur une forme de cohérence individuelle. Quoi qu'il en soit, ce qui différencie une patiente résiliente faisant face à l'adversité de la maladie cancéreuse de ses pairs ayant développées des problèmes de vulnérabilités et de risque, est qu'elle a eu dans sa vie suffisamment de facteurs protecteurs pour faire un contre-poids aux facteurs négatifs.

Pour Rutter (1999), ayant beaucoup travaillé sur les facteurs de protection, précise non seulement que la nature de ce caractère quelque peu mathématique des divers facteurs ne fait pas que s'additionner les uns aux autres pour rivaliser avec le pôle adverse de la maladie, mais aussi que leur interaction a un effet multiplicateur. En effet, pour lui, un facteur négatif isolé a peu d'effet sur la santé mentale des malades, alors que le risque psychiatrique devient aigu quand plusieurs d'entre eux cohabitent et, surtout, que la croissance des risques est exponentielle. Bien plus importante que celle du nombre de facteurs protecteurs qui la déterminait.

La dimension multiplicatrice notée est conçue par Garmezy (1974) dans la prise en compte de la proximité des facteurs protecteurs sur l'ampleur de la nocivité de la maladie (de son effet bénéfique). C'est en ces termes que certains sont de nature « *distale* », n'agissant qu'indirectement sur le corps des sujets à travers des médiateurs. Tandis que d'autres sont de nature « *proximale* », touchant directement le corps du sujet et sa personnalité. Ainsi, ces recherches ont mis en évidence qu'il y a des continuités et des discontinuités dans le développement des patientes ayant été exposées à certains facteurs négatifs, c'est à dire prêter attention aux permanences des effets de ces derniers, mais aussi à leur annulation, à leur dépassement ou à leur retournement grâce à certains facteurs qualifiés de ce fait de « *protecteurs* ».

L'on est donc en présence d'un modèle où la « source » finale semble être le résultat d'une lutte entre facteurs négatifs et facteurs de protection, lutte ne prenant pas la forme action-réaction, mais confrontant deux faisceaux d'actions dont aucun n'est déclenché par l'autre. Par conséquent, si les facteurs protecteurs semblent indépendants des facteurs négatifs, ont-ils une aptitude particulière dans le processus de la résilience ou sont-ils simplement des compensateurs pour les patientes ?

Force est de constater qu'ils sont désignés comme « *protecteurs* » et non comme « *positifs* ». Ces facteurs ont une dimension de dédommagement et sont inhérents ou encore peuvent présenter une force réellement positive. Dans une étude de Kauai (2003), l'auteur s'appuie sur les conclusions de Masten et Coatsworth (1998) pour affirmer que :

Beaucoup de facteurs de protections qui fusionnaient la résilience entre le boréal exposé à plusieurs facteurs de risque étaient bénéfiques pour ceux qui vivaient dans des environnements plus favorables, mais ils ont eu une puissance prédictive plus forte pour des ventes de développement positif pour les personnes particulièrement contestées par l'adversité.

Les facteurs de protection semblent être distingués de facteurs qui pourraient être dits « *positifs* » en ce que, comme l'explique Rutter (2002)

Les expériences positives sont celles qui généralement prédisposent à un résultat adapté un effet bénéfique direct. À l'opposé, les facteurs de protection peuvent ne pas avoir d'effet détectable en l'absence de facteur de stress consécutif ; leur rôle est de modifier la réponse à l'adversité ultérieure plutôt que d'alimenter le développement normal de quelque manière.

Selon lui, il y'a une réelle distinction à faire entre ces facteurs et les expériences « agréables » dans la mesure où ils peuvent être déplaisants tout en alimentant le développement normal, mais aussi peuvent être vécu comme des « *expériences* » tout court, étant donné que les facteurs de protection peuvent être des qualités ancrées à un sujet malade par exemple.

La grande partie de la littérature des études empiriques sur la résilience réalisée par Werner et Smith (1982) consistant à répertorier un ensemble d'attributs de facteurs de protections et de circonstances propres aux parcours des personnes étant parvenues à connaître un développement positif en dépit de conditions adverses telles que la maladie. Werner (1982) identifie plus globalement trois pôles : facteurs internes au sujet, relatif à la famille, et relatifs à la communauté.

Cependant cette tendance à donner lieu aux propriétés individuelles du processus de résilience, constitue une tendance descriptive, moins problématique pour cette étude, incarnée par la constitution de faire le portrait de la femme résiliente atteinte du cancer du col de l'utérus « type ». (Anthony 1987). Dès lors, il est question dans ce modèle de « *dépeindre* » la *personne résiliente*, d'en tracer les contours le plus précisément et exhaustivement possible, partant du principe qu'il en existe une forme « *pure* » avec caractéristiques les énoncées ci-dessus. Les travaux de Block (1980) ont proposé le concept de la « *résilience de l'égo* » comme un trait de

personnalité en quelque sorte, caractérisé par quatre composantes principales : « *la capacité d'être heureux, la capacité de s'engager dans un travail productif, une bonne sécurité émotionnelle et la capacité à nouer des relations satisfaisantes avec les autres* ». Cyrulnik (2001) décrit également ce qu'il estime être le « *profil de l'individu résilient* » dont Anaut (2015) retranscrit les grandes caractéristiques : *QI élevé, autonomie, capacités d'adaptation, relationnelles et d'empathie, capacité d'anticipation et sens de l'humour*.

La force de ce modèle de résilience jaillie du concept dynamique de traits de personnalité bien précis. Toutefois certains inconvénients, au premier rang parmi lesquels une impossibilité de trop généraliser la portée de ce modèle à tous. L'on se réfère en effet à ce niveau de la problématique au culturalisme et aux travaux de la « *personnalité de base* » impulsés notamment par Kardiner (1939,1945), qui met en lumière l'impact du social sur le psychisme et sur l'existence des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus, de ce fait, de traits de personnalité communs évoluant dans une même société ou encore dans un même milieu.

Cet ensemble de traits qu'il appelle la personnalité de base constitue l'invariant caractéristique des sujets soumis aux mêmes institutions, injonctions sociales, etc. Aussi, les formes « pures » de personnalité résiliente que certains auteurs tentent de mettre au jour semblent avoir une valeur autre que circonstanciée. Cette façon pour ce modèle de tracer un profil, apparaît en outre plus problématique dans la mesure où elle implique que certaines femmes atteintes du cancer du col de l'utérus n'ont pas « *ce qu'il faut* » pour faire face à l'adversité, en réduisant pour ainsi dire les facteurs de protection à des caractéristiques constitutives, ce qui peut également tendre à orienter l'usage du concept vers des pratiques prévisionnelles, elles aussi discutables.

La compréhension de la résilience sur le mode de la performance permet de ne pas en faire une capacité individuelle, semblant prédisposer les uns à une meilleure résistance et condamner les autres à s'effondrer au premier choc à l'instar de l'annonce du diagnostic de cancer et de ses traitements associés, avec tout le fatalisme du travail du trépas que cela comporte, d'abandon, d'angoisse de séparation et de perte des personnes qui seraient « *non résilientes* » à leur sort que cela peut logiquement induire (De M'Uzan 1976).

Ainsi, si les considérations dispositionnelles donnent éventuellement lieu à des formes de prévisions, elles peuvent également relever, à l'inverse, d'une approche où l'on retrouve quelque chose de l'ordre de ce que Bergson (1946) appelle le « *mouvement rétrograde du vrai* ». Ici l'idée est que face à la survenue d'un événement tel que le cancer, le sujet a tendance à être convaincu qu'il existait déjà auparavant, sur le mode de la puissance. Dans le cas présent,

cela revient à estimer que si une femme cancéreuse « *a résilié* », c'est qu'elle était résiliente, qu'elle avait une disposition à la résilience, qu'elle était vouée, en un sens, à résilier. De nombreuses études se contenteront donc de relever les facteurs protecteurs observés, sans prétendre les ériger en caractéristiques fondamentales d'un « *processus résilient* », comme si une telle entité figée existe. Encore que les travaux Rutter (1999) parlent de « résilients » en indiquant davantage que c'est une « *performance* » effectivement observée qu'à un trait de personnalité de certains sujets, ce qui n'est cependant pas sans prêter à confusion.

Dans cette théorie de Werner et Smith (1982) des facteurs de protections induisant le processus de résilience, il désigne comme « résilientes » les personnes exposées à l'adversité, étant parvenues, au terme d'un processus plus ou moins long, à en surmonter les potentielles conséquences néfastes et à conjurer les risques importants d'une issue négative, de sorte que la résilience renverrait à un processus de construction de soi entre l'enfance et l'âge adulte, en tant que cette construction se fait dans des conditions de stress et de maladie.

Ainsi pour eux, le processus de résilience est donc tant une forme de résistance ponctuelle à un événement éprouvant qu'un processus de longue durée, dont le succès apparaît plus qu'à un certain âge. À première vue ils semblent désigner ici le processus de résilience à un résultat. D'un autre œil pour cette même théorisation, le processus de résilience comme la vulnérabilité renvoient à l'état du sujet présentant un certain degré de sensibilité au « désordre » en termes de degré que les facteurs protecteurs ou négatifs contribuent respectivement à diminuer et accroître l'un comme l'autre. Ce qui mène à interroger la notion de « *cercles vicieux* » ou « *boucle continue* » qui mérite d'être soulignée en ce qu'elle implique certes une tendance à l'autorenforcement de la vulnérabilité du fait même que les facteurs qui l'alimentent s'attirent les uns les autres ; et il en serait de même pour la résilience qui est son envers (Werner et Smith, 1982).

Selon Werner et Smith (1982) le processus de résilience comme état est une sorte de graphique visuelle qui communique pour une disposition de facteurs protecteurs à la résistance face à l'adversité qui incline vers certains comportements, réactions et représentations contribuant à le renforcer en retour. Il y a comme un jeu de va-et-vient entre processus résilience et facteurs protecteurs, de même qu'il en existe aussi un entre vulnérabilité et facteurs négatifs.

Cependant on va pointer avec Rutter (1999) le fait que les facteurs négatifs et positifs s'attirent entre eux, sans pour autant venir créer de disposition (résiliente ou vulnérable) chez un sujet, ce qui implique une intériorisation complète des facteurs dont certains sont environnementaux et ponctuels. Pour lui, la résilience est bien plutôt un processus ou un

phénomène psychique qui s'opère sous l'effet de divers facteurs protecteurs qu'il n'est une capacité.

Toutefois chez Werner (1982) comme chez Rutter (1999), ils se rejoignent en ceci que la résilience et la vulnérabilité apparaissent toutes deux gouvernées par des interactions complexes entre les différents facteurs, protecteurs comme négatifs.

2-7-2-Processus psychique de résilience :

Le rapport entre ce qui est de l'identification des facteurs de protections, est le même rapport qui exige la compréhension des mécanismes de protection eux-mêmes, sur le fonctionnement psychique du processus de résilience. Les facteurs protecteurs constituent seulement ce que Tisseron (2014) indexe avec Anaut (2002) de ce qui est descriptif et explicatif chez une patiente résiliente. C'est pourquoi elle va taxer les facteurs protecteurs de « *mécanismes médiateurs* » qui « *permettent l'émergence des processus psychiques* », chose bien entendu questionnée dans ce travail recherche. Toutefois ces facteurs protecteurs ne suffisent pas à appréhender la totalité des modalités exactes qui sous-entend le processus de résilience.

Les études psychologiques jusqu'ici de la résilience ont pu susciter des recherches ayant comme objet d'étude à des sphères biologique et neuroscience. Notamment l'essentiel pour ces chercheurs consiste à tenter d'identifier les phénomènes hormonaux, facteurs génétiques ou circuits cérébraux pouvant sous-tendre ce que la psychopathologie et clinique nomme aujourd'hui de processus de résilience, avec d'éventuels rapprochements entre celle-ci et la plasticité cérébrale (Tisseron, 2014).

Selon Anaut (2002) « *l'étude des processus intrapsychiques lors des atteintes traumatiques en cas de situation stressante* » telle que le cancer du col de l'utérus chez la femme, fait « *la référence à la métapsychologie freudienne (1905)* » et suppose une acception restreinte de l'approche du processus résilient qui s'articule essentiellement avec la gestion de la désorganisation psychique (Didier et Rechtman, 2016).

Le temps du cancer du col du cancer de l'utérus est avant tout une notion somatique selon Marty (1991) renvoyant aux lésions produites mécaniquement par des agents dont la force d'action excède sur les forces de résistance qu'un élément organique est en mesure de lui opposer. La psychanalyse quant à elle avec Laplanche et Pontalis (1967) transpose sur le plan psychique que :

Les trois significations qui y étaient impliquées dans le vécu subjectif d'un sujet à atteinte corporelle de maladie : celle d'un choc violent à

l'annonce du diagnostic, celle d'une effraction de sa réalité psychique, celle de conséquences socioculturelles sur l'ensemble de l'organisation.

Janet (1889) est le premier à avoir identifié quelque chose de l'ordre de la désorganisation psychique en termes : des excitations associées à l'événement violent pénétrant le psychisme par effraction et y demeurant alors à la manière d'un « *corps étranger* » dont la présence donne lieu à une « *dissociation de la conscience* ». (Lehmann 2014).

En raison de la survenance brute, préconsciente (corps somatique) de l'événement (maladie cancer du col de l'utérus) suscite des manifestations psychiques inadaptées alors même que la conscience continue par ailleurs à élaborer normalement. Freud (1921) reprend, quelques années après, ces hypothèses en associant métaphoriquement le psychisme à une « *vésicule vivante* » protégée des excitations externes par une couche « *pare-excitations* » qui agit à la manière d'un filtre, ne laissant passer que des quantités modérées d'excitation.

Or, cette couche protectrice peut subir une forme d'effraction liée à un afflux d'excitation en quantité excessive par rapport au seuil de tolérance de l'appareil psychique. Si Freud (1921) reconnut qu'il existe des cas où un événement, par sa nature même, suffit à déborder les ressources défensives du psychisme et alors par lui-même. C'est pour ainsi dire, qu'un caractère désorganisant est ce que Bettelheim (1960) nomme de « *situation extrême* » du « *corps étranger* » qu'on assimile au cancer du col de l'utérus dont ici est un « *cancer psychique* » dans la « *vésicule vivante* » de l'appareil psychique qui va présenter un fort potentiel d'excitation pulsionnelle rendant les liaisons particulièrement importantes ; ce dernier est en général dû à l'existence de certaines circonstances. Les conditions psychologiques dans lesquelles se trouve le sujet, le caractère exigeant de sa situation concrète peuvent réduire fortement le seuil d'excitation que le psychisme est à même de recevoir et de gérer à un instant « *t* », la « *susceptibilité* » des patientes de basculer ou de rebondir est donc déterminante.

C'est ainsi que pour Crocq (2006) le concept de trauma chez Freud (1921) est « *relatif, et dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état constitutionnel et conjoncturel de la barrière de défenses qui les reçoit* ».

Tout au long de ses travaux, Freud(1921) a pu tout d'abord désigner par la notion de trauma un « *élément déclenchant, révélateur d'une structure névrotique préexistante* » à l'entrée de la « *névrose traumatique* » (il s'agit alors d'une scène parfois anodine, mais à même d'évoquer un événement choquant de l'enfance et de produire en vertu de ce fait un afflux d'excitation qui survient donc seulement après coup, sur le mode de la réminiscence corporelle après un second événement de confirmation du diagnostic)

Ce qui apparaît avec Laplanche et Pontalis (1967) comme une tentative répétée pour « lier » et abréagir le trauma se manifestant dans l'atteinte par la maladie chronique ; une pareille fixation au trauma s'accompagne d'une inhibition plus ou moins généralisée de l'activité du sujet, de sorte que se développe à partir de l'annonce du diagnostic, du pronostic et des traitements un canal entre le corps et le psychisme produisant un afflux d'excitation et qui ne soit pas en amont de ceux-ci.

Dans ce cas le travail de la maladie a ceci de spécifique qu'il a un caractère débordant et désorganisateur pour le psychisme dont les défenses et les capacités de liaison sont dépassées par cet afflux d'excitation trop important. Cette « rupture ou désorganisation » peut d'ailleurs survenir soudainement soit sous le coup d'un événement particulier à l'instar de l'annonce du diagnostic dans l'histoire du sujet, soit par accumulation des cellules cancéreuses chargées d'excitations qui auraient été isolément tolérables, mais que l'appareil psychique finit par ne plus parvenir à décharger à cause de l'impact de la douleur à la fois de la maladie et des traitements. (Terry, 1991).

En fait, l'approche psychosomatique met en exergue que « *la blessure psychique n'a jamais le temps de cicatriser, elle est sans cesse rouverte, devient de plus en plus béante avec le temps et la répétition* », pour reprendre la formule imagée à l'épreuve de la réalité psychique et de son actualisation de Roussillon (2000). Il souligne que dans un tel tableau d'une menace de désorganisation psychique introduite d'une part par l'annonce médicale presque mécanique et physiologique d'une incrustation du cancer du col de l'utérus et d'autre part, l'image de « *cancer psychique* » au sein de la « *vésicule vivante* » Freud (1921), présente un phénomène parenté de structure avec l'événement de rupture somatique (Marty 1976).

On note ici qu'il s'agit dans le travail psychique du Moi d'un processus de symbolisation qui consiste à maîtriser les excitations. (Bertrand & Doray, 2000). On constate bien comme le montre la définition de l'abréaction psychique que l'appareil psychique puisse survenir presque immédiatement, à bloquer toute dérive pathogène, ou bien après, que le processus de résilience englobe bien les mécanismes, consistant finalement dans l'effectuation, à retardement, ce que le psychisme a tout d'abord échoué à faire. Ce qui n'est donc rien de plus que la reprise du fonctionnement normal du psychisme (même si cela peut prendre du temps et ne jamais être pleinement mené à bien), vis-à-vis de ce qu'il n'avait pas été en mesure de gérer. Cyrulnik (2001)

Pour Anaut (2015) le processus psychique de résilience se réalise par deux grands mouvements ; une première phase de protection et une seconde phase d'élaboration. Toutefois elle ne considère pas que la seconde phase renvoie exclusivement à l'enclenchement des

mécanismes d'élaboration de la réorganisation psychique auparavant entravés par la rupture des temporalités qui se veut être dépassé. Elle insiste aussi sur l'abandon des mécanismes de défense mobilisés dans l'urgence lors du premier mouvement parce qu'ils peuvent eux-mêmes avoir un caractère pathologique à l'exemple du déni et de la projection.

En effet, elle penche plus sur la mobilisation normale des mécanismes de défense plus adaptés mis alors en place pour faire face à des événements n'impliquant aucune surcharge d'excitation. Par conséquent elle n'intègre pas que le processus de résilience consiste en l'instauration de mécanismes psychiques exceptionnels pouvant exiger la mobilisation de ressources inhabituelles et de certaines mesures facilitant la mise en place du processus en question pour le dépassement de la rupture des temporalités venant en réponse à la désorganisation dans cas de cancer du col de l'utérus.

On remarque que le processus de résilience et les facteurs de protection mettent en connections permanente et permettant au psychisme de réinsérer dans le continuum de l'existence et de lui conférer un sens dont il a été jusqu'alors dépourvu de « *signifiant* » comme désigne Lacan (1953) avec l'expression du « *corps symbolique* » de la femme atteinte de cancer du col de l'utérus.

Tout comme Freud (1921) a ainsi pointé du doigt les deux aspects du trauma : « l'aspect dynamique d'effraction au travers des défenses du psychisme et l'aspect d'absence de signifiant ». Ce qui peut bien s'avérer crucial sur ce qui confère le dépassement de la rupture par le processus et les facteurs de résilience. (Crocq 2006). La possibilité pour la femme malade de « *se représenter* » (soit de simplement voir se former une image ou représentation dans l'esprit alors relativement passif) et « *de donner sens* » (soit le fait de lier les représentations entre elles et de leur conférer ainsi une signification qui est dimension plus active de la conception mentale) des expériences auxquelles elle est confrontée constitue en effet une dimension importante de résilience, qu'elle soit conçue comme capacité ou comme processus, et qu'elle soit considérée strictement comme réponse à un événement traumatique ou comme un type de phénomène plus large comme celui du vécu subjectif de la maladie du cancer du col de l'utérus. En effet, le fait de donner du sens à cela peut avoir un rôle dans chacun des deux mouvements de la résilience identifiée par Anaut (2015).

Ainsi le premier mouvement est la phase de protection, certains auteurs se focalisent sur la capacité à trouver du sens aux *compétences* (cognitives, dynamiques, relationnelles...) de premier ordre associé au processus de résilience dans la mesure où elle permet de faire face à la maladie. Anthony (1984) écrit ainsi que : « *l'une des facettes les plus intéressantes de la compétence a été qualifiée de « représentationnelle »* et concerne la capacité du sujet à donner

ce que Jaspers (1963) a appelé un « *sens significatif* » aux événements chaotiques auxquels il est confronté. (Anthony, 1984). L'idée étant que cette faculté à tirer du sens de ce qui survient autour de la situation cancéreuse aide à maîtriser les retentissements psychiques.

Les travaux d'Antonovsky (1998) sont intéressants dans la mesure où le « *sens* » est composé de trois dimensions, parmi lesquelles figure la « *réhabilitée* », qui semble donner un aspect relativement pragmatique au fait de donner du sens aux choses. Il parle ainsi de « *compréhensibilité* » en seconde dimension pour mettre en évidence une analyse et une compréhension de la situation qui est pour ces femmes souvent indispensable du fait d'être dans une certaine chronicité de la maladie. En fin de « *sens* » qui est fait, de donner un sens à la situation éventuellement en lien avec le sens que le sujet donne à sa vie en général et de « *réhabilité* » ira vers l'utilisation des ressources disponibles pour faire face à la situation, chacune de ces dimensions étant bien sûr liée aux autres. Ainsi le fait de donner un sens aux épisodes constituant l'état de souffrance, des répercussions et des bénéfices apparaît donc bien ici comme un atout en vue d'une bonne capacité de dépassement de la rupture des temporalités.

Au-delà des horizons pragmatiques du sens symbolique qu'accorde l'approche psychodynamique au bout de la mentalisation pour le processus de résilience, il existe surtout un enjeu lié à la simple possibilité de « rebondir » après la survenue d'un diagnostic probant d'un cancer du col de l'utérus conduit par des facteurs de risques en lien avec son apparition. Dans ce cas, la quête de sens peut être réalisée *a posteriori*, non pas pour gérer la situation sur le moment, mais pour endiguer en partie les conséquences néfastes de sa survenue sur le psychisme (Rutter, 1999).

On trouve une place dans le second mouvement du processus de résilience identifié par Anaut (2015) avec une articulation plus nette. Si dans le modèle d'Antonovsky (1998), une dimension cognitive est au point de départ du « *sens de la cohérence* », il s'agit de moins tirer quelque chose de la situation que de simplement parvenir à la faire échapper à l'absurdité et à l'irreprésentabilité. Autrement dit, Lacan (1953) traite de la situation d'annonce de cancer du col de l'utérus et ses traitements, de trauma que de façon à proposer une conception qui se départit de la dimension « *énergétique* » du modèle freudien pour mettre l'accent sur l'idée, qu'on trouve également chez ce dernier, que le trauma constitue une « *lacune dans le psychisme* » comme un défaut ou comme un dysfonctionnement. Il est comme un « *trou* » dans le signifiant symbolique et de la qualité « *traumatisme* » de l'imaginaire dans le travail de la maladie. La maladie dans ce cas « *traumatique* » Lacan (1976).

Ce point de vue vient parfaitement qualifier la conception lacanienne fondée tout entière sur l'idée d'un manque (de symbolisation) insupportable que le psychisme cherchera à combler

à tout prix et à l'aide de moyens plus ou moins adaptés et bénéfiques. Ce modèle a été, d'après Crocq (2006), en grande partie illustré et explicité par les apports plus récents de deux cliniciens dont Briole et Lebigot (1994), pour qui « *ce qui fait essentiellement trauma dans la maladie, c'est la confrontation inopinée avec le réel de la mort* ». Pour Lacan (1976), une réalité via les signifiants de l'historicité (symboles, langage, représentation mentale, perception, pensées, affects, etc.) est la réalité interne qui n'est dès lors qu'une version édulcorée du monde réel où le sujet est confronté à l'annonce d'un diagnostic et même des traitements du cancer du col de l'utérus souvent très violents.

Dans le discours subjectif c'est « *le réel de la maladie et/ou de la mort* » qui est relevé sans qu'il ait eu le temps ni même la possibilité, car démunie de « *représentations* » de la mort, faute d'avoir bénéficié d'une « *présentation* » préalable d'interposer devant cette perception l'écran « *protecteur d'un système de signifiant et d'habiller ce réel en réalité* ».

Le processus de résilience dans la perspective psychodynamique dans le cas du cancer du col de l'utérus, consiste essentiellement en la confrontation avec un réel « *brut* » souvent fataliste chez les victimes, non encore converti en une « *réalité que le psychisme* » qui est à même de s'intégrer parmi toutes les autres. Il y a alors dans le psychisme un réel pulsionnel qui échappe aux processus de symbolisation, mais qui, de par ce caractère pulsionnel, est sans cesse ramené à la présence. Il y a dans ce modèle une dimension de non-préparation caractéristique de l'« *effroi* » que le modèle freudien associe déjà étroitement à la désorganisation psychique. (Laplanche et Pontais 1938).

Ainsi, selon Anaut (2006) l'importance pour la résilience vient du « *processus de mentalisation, qui fait appel aux représentations psychiques et à la symbolisation des affects* », et qui permet de « *mettre en pensée les excitations internes* ». (Anaut 2006). Bergeret (1995) souligne que cette « *mentalisation* » met en mots les images, impressions, les expériences subjectives associées à ce qui fait souffrir et affirme que « *le travail de la pensée permet de traduire les excitations liées aux représentations communicables, mais en premier lieu de s'en saisir en leur attribuant une signification, pour soi et pour les autres.* » (Anaut, 2006). Tisseron (2014) préfère quant à lui mobiliser le terme de « *symbolisation* » en ceci que « *toute mentalisation est une « opération symbolique* ». Et que « *celle-ci engage à la fois les mots, les affects, la motricité et les images psychiques.* » ; par ailleurs, il stipule que « *la richesse de l'espace imaginaire* » aide à établir le processus de résilience, facteurs de protection et le dépassement de la rupture chez les femmes atteintes de souffrances du retentissement de leur maladie.

CHAPITRE 3 : INSERTION THÉORIQUE

Il est question dans le présent chapitre d'aborder l'ancrage théorique de cette étude d'après son objet : réorganisation psychique chez les femmes atteintes de cancer du col de l'utérus à travers la mise en place des processus psychiques dans le dépassement de la rupture des temporalités. À cet effet, les modèles théoriques psychanalytiques de la réorganisation psychique, de la rupture des temporalités et du dépassement de la rupture des temporalités de la maladie chronique serviront de levier à ce travail.

3.1. MODELÈS PSYCHANALYTIQUES DE LA RÉORGANISATION PSYCHIQUE

Dans cette section, il sera question de présenter les modèles psychanalytiques de la réorganisation psychique.

3-1.1. Approche métapsychologique freudienne

Les processus psychiques primaires et la réorganisation psychique proviennent des travaux élaborés par Freud (1920) dans la compréhension du fonctionnement complexe de l'appareil psychique ; en particulier les aspects liés aux pulsions, à l'inconscient et à l'adaptation du sujet adulte(femme) et à la réalité externe comme c'est le cas de la maladie du cancer du col de l'utérus.

Freud (1920) stipule que le temps de crise dans la maladie ne s'écoule pas véritablement. Il pense de ce fait que le sujet est entièrement bouleversé par la crise et la rupture des temporalités, qu'il traverse, ce qui correspond selon lui à la coexistence entre les processus psychiques primaires et réorganisation psychique. Pour lui, les processus psychique primaires sont fondateurs et premiers dans le temps de la psyché pouvant être réactivés et influencés l'état du Moi. Ainsi, les processus psychiques primaires tels qu'ils sont décrits dans la psychanalyse sont considérés comme étant présents tout au long du développement psychique du sujet. Ils sont associés au fonctionnement de l'inconscient et sont caractérisés par le principe de plaisir, cherchant la satisfaction immédiate des pulsions sans tenir compte des contraintes et des éprouvés liés à la maladie.

La régression est perçu dans cette approche comme une notion d'un emploi très fréquent des mouvements psychiques; faire appel à cette notion, démontre du fait que certains sujets usent des processus psychiques primaires pour se réorganiser parce que le plus souvent ils font un retour à des formes antérieures de leur développement de la pensée, des relations d'objet et de la structuration du comportement où à ce niveau est considéré comme une tentative de

trouver un sentiment de sécurité et soulagement en revenant à des schémas de pensée et de comportement primitif (Laplanche & Pontalis, 1967).

Du point de vue terminologique, on notera d'ailleurs que régresser signifie marcher en faisant un retour en arrière, un repli, un retour vers un état moins évolué, ce qui peut se concevoir aussi bien dans un sens logique ou spatial que temporel pour qui le second se substitue au premier (Freud, 1915).

C'est ainsi que Freud (1915) va définir trois sortes de régressions en citant : une régression « topique » pour faire allusion au recul dans l'évolution attendue du fonctionnement des systèmes psychiques, d'une régression « temporelle » en postulant que le sujet retourne à des étapes antérieures de son développement et une régression formelle lorsque les modes habituels d'expression et de comportement sont remplacés par des modes d'expression et de comportement plus primitifs du point de vue de la complexité, de la structuration et de la différenciation .

Ces trois types de régression n'en font pourtant qu'un à la base et se rejoignent dans la plupart des cas, car ce qui est le plus ancien dans le temps est aussi le plus primitif du point de vue formel et est situé dans la topique psychique le plus près de l'extrémité perception (Freud, 1915).

En d'autres mots, il existe dans la vie des sujets malades, des moments d'éprouvés, de stress, d'anxiétés et de contraintes où les sujets réaccèdent à des temps plus primitifs de leur histoire personnelle, et ceci s'exprime tant dans leurs gestes, leurs langages et leurs comportements que dans le fonctionnement même de leurs psychés. En ce sens, pour Freud (1915) la régression se présente comme le moteur des processus psychiques primaires et représente une articulation entre l'intemporalité de l'inconscient qui se manifestent par des expressions émotionnelles intenses ; des fantasmes ; des rêveries déconnectées de la réalité ou encore par des mécanismes de défense tels que le déni et la projection, et la temporalité du processus de la réorganisation psychique pour le travail du moi. La régression est donc à la fois source de danger et potentiel de renouveau. D'où Freud va soutenir dans la deuxième théorie des pulsions, que la régression « *devient constitutive de la pulsion de mort et peut amener un risque de destruction des structures psychiques, mais elle prend aussi le sens d'un mécanisme dont le moi peut se servir* ».

C'est que le temps des processus psychiques primaire, l'inconscient, est à la fois origine et genèse, ce temps primordial auquel le sujet malade retourne sans cesse puiser pour se connaître au présent : « *Les mêmes symboles ont en quelque sorte deux vecteurs : d'un côté ils répètent le passé, en tous les sens, temporel et non temporel, de la répétition ; de l'autre, ils explorent la vie adulte malade* ». C'est donc ce qui rejoue le passé, au sein même de la pathologie, est aussi ce qui permet une réorganisation psychique au présent afin de permettre aux sujets d'avancer dans le futur. À travers cette élaboration de Freud (1915), l'on peut penser qu'il en va de même pour toutes les femmes atteintes de cancer du col de l'utérus : dans toute l'intensité de leur douleur, qu'elles réaccèdent aux relations qui font désormais partie de leur passé pour éventuellement retrouver leur réorganisation psychique. Pourtant la régression qui sert de passage aux processus primaires qui l'induisent de la réorganisations psychique pour Freud (1920) entraîne une perte temporaire des capacités adaptatives et une difficulté à faire face aux exigences de la réalité pour les patientes. (Mijolla,1981).

En effet, Freud (1920) a utilisé le concept de régression dans la réorganisation psychique afin d'expliquer des phénomènes tels que les rêves, les lapsus et les actes manqués. Selon lui, ces manifestations peuvent être interprétées comme des expressions symboliques de désirs refoulés ou de conflits psychiques. En ce qui concerne les rêves, Freud (1920) considère qu'ils étaient le résultat d'un processus de censure psychique, dans lequel les désirs inconscients étaient déguisés et déformés pour devenir acceptables à la conscience. Selon sa théorie, les rêves permettent à certains désirs refoulés de trouver une voie d'expression, en utilisant des symboles et des images qui peuvent être interprétés lors de l'analyse du rêve.

De même, les lapsus et les actes manqués, tels que les erreurs de parole ou les oublis, étaient considérés par Freud (1920) comme des actes involontaires qui révèlent des pensées ou des désirs qui ont été refoulés. Selon lui, ces erreurs étaient des manifestations de la régression, où des pensées inconscientes refoulées remontaient à la surface à travers des lapsus ou des actes manqués. Ainsi, le concept de régression dans la réorganisation psychique était utilisé par Freud (1920) pour expliquer comment les désirs refoulés ou les conflits psychiques peuvent se manifester de manière symbolique dans des phénomènes tels que les rêves, les lapsus et les actes manqués. Ces manifestations étaient considérées comme des fenêtres vers l'inconscient et étaient utilisées dans la pratique de la psychanalyse pour explorer et interpréter les couches plus profondes du psychisme.

Il est important de souligner que le concept de régression dans la réorganisation psychique n'est pas spécifiquement attribué à un auteur ou une théorie particulière, mais plutôt à une compréhension générale du fonctionnement psychique. Néanmoins, certains auteurs ont exploré ce concept et ont contribué à la compréhension de la régression dans la réorganisation psychique. À l'instar de Klein (1882-1960) et de Winnicott (1896-1971).

Klein (1930) a mis en évidence l'importance des mécanismes de défense primitifs, tels que le clivage et la projection, dans le développement. Selon elle, les sujets sont confrontés à des conflits émotionnels intenses dès les premiers stades de leur développement, et ces conflits peuvent déclencher des mécanismes de défense primitifs. Le clivage, par exemple, est la capacité de diviser les expériences internes et les objets en bons et mauvais, créant ainsi une séparation entre les aspects positifs et négatifs de soi et des autres. La projection, quant à elle, consiste à attribuer à autrui des sentiments, des désirs ou des intentions inconscients que l'on refuse de reconnaître en soi-même. Elle a également mis l'accent sur le concept de régression. Elle a observé que les sujets peuvent régresser à des stades de développement antérieurs lorsqu'ils sont confrontés à des conflits ou à des perturbations émotionnelles importantes. Selon elle, la régression est une tentative de réparer les blessures narcissiques et de restaurer un sentiment de sécurité et de contrôle. Par exemple, la femme malade confrontée à une situation stressante lors de ses traitements peut revenir à un comportement plus infantile, comme chercher un objet transitionnel, pour retrouver un sentiment de sécurité et de confort.

Dans le même ordre d'idées, Winnicott (1971) a souligné que la régression est un processus normal et sain dans le développement. Selon lui, la capacité de régresser à des étapes antérieures du développement permet au sujet de réparer les blessures et de restaurer l'intégrité du self pour une réorganisation psychique adéquate.

3-1.2- Modèle théorique de Pucheu (2008) et de Lehmann (2014)

Il est de coutume dans l'approche des modèles psychanalytiques que les processus psychiques mettent en exergue l'assimilation de leur application comme c'est le cas ici des processus psychiques qui rendent compte de la réorganisation psychique dans un contexte de maladie grave qu'est le cancer du col de l'utérus.

Notamment dans ce cadre entre conscient et inconscient, le travail du Moi, de représentation de la maladie, des investissements objectaux et narcissiques sont des déterminants du processus de réorganisation psychique dans la mesure où le Moi non seulement s'harmonise et mobilise presque continuellement les mécanismes défensifs tels que le déni et

le clivage qui coexistent avec la réalité de la maladie. C'est-à-dire que la réorganisation psychique est concrètement effective lorsqu'il y'a aménagement d'un meilleur niveau du Moi dans un fonctionnement psychique fluide qui n'est ni entravé par certaines morbidités du psychisme ni par l'expérience subjective à la survenue de la maladie qui suppose dans ce processus l'acceptation de la réalité de la maladie (Pucheu, 2008)

En effet, la mise en représentation de la maladie par les sujets dans des contextes de maladie chronique ou de réminiscences est ce que Pedinielli (1994) a postulé sous le vocable de « travail de la maladie », signalant que le processus de la réorganisation psychique est un processus dynamique du Moi qui agit dans un champ de forces pour un travail psychique de manière à ce que les contraintes et d'expressions affectives des éprouvés liés à la maladie soient contenues dans le récit de la maladie en particulier dans un continuum d'équilibre de l'instance psychique du Moi qui se situe entre deux extrêmes : d'un côté, une effraction émotionnelle débordante (avec ou non-verbalisation, et souvent traumatique parce que non verbalisable) et de l'autre, une alexithymie (avec l'abrasement des affects, c'est-à-dire sans identification des émotions ressenties). Dès lors, la réorganisation psychique correspondrait au rétablissement d'un équilibre entre investissements narcissiques et objectaux : « *les mécanismes de dégageant obéissent au principe de l'identité de pensée et permettent au sujet de se libérer de la répétition et de ses identifications aliénantes* » (Laplanche et Pontalis, 1967; Damas; Pontau ; Amiel, 2011)

Du point de vue dynamique de la désorganisation à la réorganisation psychique l'inadaptabilité est évaluée pour la continuité de l'histoire du sujet par les autoquestionnaires où il s'observe au niveau individuel du sujet une forme souvent de compromis où le sujet trouve les forces supplémentaires pour continuer à investir sa vie selon que la sévérité de la maladie l'éprouve. Voilà pourquoi du point de vue subjectif, les effets de souffrances psychiques et d'éprouvés par les sujets confrontés à la réalité de leur état de malades « incompressible », constitue en soi un facteur de réorganisation psychique dans l'opportunité d'expression de leur plainte et contrainte (Coulet, 2009).

Ici, il est clair que la réorganisation psychique est un processus subjectif de l'adaptation qui est véhiculée d'après cette orientation psychanalytique comme étant un processus jamais acquis définitivement, se construisant continuellement à l'interface du fonctionnement intrapsychique; de la réalité environnementale, de l'espace intersubjectif et enfin, de la réalité de la maladie et des traitements (Pucheu, 2008).

Du point de vue normatif, il est question ici d'intégrer qu'il ne s'agit pas seulement d'une simple acceptation de l'avènement du cancer col de l'utérus pour se réorganiser. Selon son

histoire dans le but d'esquiver la souffrance, en choisissant un certain mode d'adaptation qui peut dès lors être inapproprié à l'adaptation et permettre en réponse à un bon nombre de certaines exigences, des types d'organisations de la personnalité en apparence pathologique s'opposant à des modes sains d'organisation psychique, une capacité à répondre aux exigences du monde interne (souvent inconscientes) et celles du monde externe (Ménoret, 1999).

Du point de vue intrapsychique selon l'approche de Pucheu (2008) pour cerner le processus de réorganisation psychique, cela se fait par l'annulation de souffrance psychique. Selon cette approche, il revient à pouvoir reconnaître ses affects tout en n'étant pas envahi par l'angoisse spécifique suscitée par la maladie, en l'occurrence, ce qui se manifeste par la capacité à réaménager les systèmes inconscient et conscient des sujets qui retrouvent leur autonomie. À travers un sentiment de liberté alors que la maladie les oblige à changer leur quotidien et leurs habitudes apparentées à la rupture de contact avec le Moi lors de la désorganisation psychique dans leur réalité psychique, et, qui impacte potentiellement la créativité et la qualité des relations intersubjectives.

Outre que le processus de réorganisation psychique est un facteur « significatif » déterminant dans la maladie, les sujets bien adaptés partagent de manière efficiente un équilibre satisfaisant entre autres des investissements narcissiques par une bonne estime de soi avec le sentiment d'un sens à leur vie (valeurs existentielles), la prédominance dans la personnalité, de mécanismes de dégageant et la possibilité de se référer à des modèles d'identificateurs « solides » ; et des investissements objectaux aussi bien dans l'enfance (qualité de l'étayage précoce) que dans la vie d'adulte (capacité du sujet à se créer des liens intersubjectifs et à pouvoir en bénéficier).

Par contre, chez les sujets mal réorganisés à la maladie (présence d'un névrosisme élevé avec des difficultés émotionnelles et/ou présence d'une dépression et/ou de traits alexithymiques dans les auto-questionnaires), la difficulté de réorganisation psychique se traduit par : l'absence ou l'insuffisance des investissements narcissiques et objectaux ; et, d'autre part, la représentation de la maladie devient envahissante (poids de la maladie et ressenti émotionnel) dans la mesure où elle réactive des traumatismes précoces (notamment les séparations d'avec la mère). L'énergie libidinale est alors retirée essentiellement sur le Moi « souffrant » au détriment des autres investissements narcissiques et objectaux.

Ce qui serait complémentaire à la théorie de Pucheu (2008) est l'approche de la réorganisation psychique selon Lehmann (2014) en lien avec le cancer qui fait référence à un processus psychique par lequel les sujets malades ajustent leur fonctionnement psychique en

réponse à des situations de crise, de changement ou de perturbation psychologique majeure à la suite d'un diagnostic et des traitements. Elle soutient que le cancer est souvent vécu comme une crise qui remet en question l'identité féminine des femmes, leur sexualité, l'image de leur corps, de leurs valeurs et de la vision qu'elles ont du monde, etc. La réorganisation est donc considérée comme un processus nécessaire pour faire face à cette crise et pour intégrer le cancer dans la vie des patientes.

Selon cette perspective, Lehmann (2014) met l'accent sur les ressources internes pour faire face à la maladie et considère que la réorganisation psychique peut conduire à une transformation positive chez les patientes atteintes du cancer en générale et tout particulièrement celui du col de l'utérus en favorisant la résilience, l'adaptation et le développement de nouvelles ressources psychologique.

Ainsi, l'approche de la théorie de la réorganisation psychique en cancérologie se produit d'après Lehmann (2014) en plusieurs étapes qui sont : désorganisation psychique initiale, réorganisation psychique, reconnexion, transformation.

L'auteur postule que quand la crise perturbatrice se produit, il y'a résonance des blessures antérieures et les sujets peuvent connaître une désorganisation initiale de leurs structures psychiques. Les schémas de pensée, les croyances, les émotions et comportements habituels peuvent être remis en question ou ébranlés. Cela peut entraîner de l'anxiété, de la confusion, des éprouvés ou une perte de repères. Seul un travail psychique Moi aidera ces femmes à sortir de cette situation critique où passé et présent sont étroitement intriqués.

À mesure que la désorganisations initiale diminue, les sujets entament une mise en place des processus psychiques pour la réorganisation psychique. En d'autres termes, pour ces femmes qui utilisent ce processus, c'est à travers un deuil de l'organe atteint avec ses remaniements psychiques que se réinvestit une nouvelle image du corps et de soi qui implique le renoncement de la précédente. Cela implique de reconstruire de nouveaux schémas de pensée, de nouvelles significations et de nouvelle façon d'appréhender la réalité parce que le cancer du col de l'utérus mutile un organe objet de plaisir sexuel et de procréation. La réorganisation peut nécessiter des ajustements cognitifs, émotionnels et comportementaux, ainsi que les efforts pour trouver de nouvelles sources de soutien, de sens et stabilité.

Au fur et à mesure que la réorganisation psychique se poursuit, les patientes cherchent à se reconnecter avec leur environnement, leurs relations et leur identité. Cela peut impliquer de renouer avec des activités significatives, de rétablir des liens sociaux et de retrouver un sentiment d'appartenance. La reconnexion peut contribuer à la guérison et la reconstruction d'un nouvel équilibre psychique.

La réorganisation psychique peut également entraîner une transformation personnelle. Les patientes peuvent développer une grande résilience et une meilleure compréhension de soi. Elles peuvent également acquérir de nouvelles compétences d'adaptation et nouvelles ressources internes.

3.1.3. La rupture des temporalités

Au départ en psychanalyse, la notion de rupture des temporalités a été plus abordée sous différents angles. Le modèle des névroses traumatiques selon Freund (1915) ouvre le débat sur les névroses qui sont souvent liées à des événements traumatisants du passé qui continuent à exercer une influence sur le présent. Dans cette perspective, la rupture des temporalités se produit lorsque le traumatisme du passé interfère avec le fonctionnement psychique dans le présent, créant des symptômes névrotiques.

Certains psychanalystes ont développé le modèle du clivage temporel qui est une notion de clivage pour expliquer la rupture des temporalités observée chez certains sujets. Selon cette théorie, certaines parties de la psyché peuvent rester fixées dans le passé, tandis que d'autres parties sont orientées vers le présent. Cette division temporelle interne peut entraîner des conflits internes et perturbations psychiques.

Le modèle de la répétition pour Freud (1915) montre que les sujets ont tendance à répéter des schémas et des expériences du passé, parfois de manière inconsciente. Cette répétition peut entraîner une rupture des temporalités, parce que les événements passés peuvent se reproduire dans le présent, créant ainsi une continuité temporelle altérée.

La notion d'après-coup est au cœur de la psychanalyse. C'est un modèle qui suggère que certains événements du passé peuvent acquérir une signification psychique seulement plus tard, lorsqu'ils sont réélaborés dans le contexte de nouvelles expériences. Cette théorie implique une rupture des temporalités parce que le sens qu'à un événement peut évoluer et se transformer avec le temps.

Ces modèles ci-dessus sont des concepts psychodynamiques complexes et il convient dans cette recherche de noter qu'à travers eux, l'on peut explorer les dimensions inconscientes et symboliques des expériences des sujets sur une base empirique. C'est pourquoi, lorsqu'il s'agit de la rupture des temporalités dans le contexte de cancer, l'on s'appuie sur plusieurs référents psychanalytiques qui marquent la rupture des temporalités.

Dans le cadre de la maladie et des traitements administrés il existe chez les patientes une sorte d'angoisse existentielle. Lorsque les sujets sont confrontés au cancer du col de l'utérus, cela engendre une angoisse intense en eux, ce qui remet en question le sens de leur vie,

de la mort et de la temporalité elle-même. Mazano, (2009) et Pireyre (2015) définissent cette angoisse comme étant :

Une réaction qui se présente au sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation plus ou moins traumatisante ; autrement dit, qu'il soit soumis à un afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origines externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles.

Dans cette rupture le « temps est déphasé » ce qui rend compte du fait que le cancer du col de l'utérus est un événement stressant ou traumatique qui survient dans le parcours de vie. Cette rupture temporelle peut avoir provoqué un désalignement entre la perception interne du temps et la réalité objective du sujet par rapport à la maladie. Ainsi les patientes peuvent se sentir coincées dans le passé avant la maladie ou revivant constamment les expériences douloureuses, ou bien elles peuvent se projeter dans un futur incertain, ce qui peut créer de l'anxiété et de l'anticipation.

Pendant la rupture des temporalités l'on peut également noter la « perte de continuité temporelle ». Ici, la rupture des temporalités se produit lorsque les repères temporels habituels sont perturbés. Les routines quotidiennes, les activités régulières et les événements prévisibles peuvent être bouleversés, ce qui peut entraîner une perte de sens du temps et une difficulté à organiser sa vie. Il existe également un moment du « temps suspendu » dont on a déjà discuté dans le contexte du cancer du col de l'utérus. Il s'agit d'une expérience temporelle où l'on peut avoir l'impression que le temps est en suspens ou ralenti, souvent en raison de circonstances stressantes des hospitalisations répétées ou traumatisantes.

En effet, dans l'expérience subjective de chaque patiente, l'angoisse décrite par les patientes tient lieu d'un ensemble d'incertitudes et d'impuissances à la suite de l'annonce de la maladie et des traitements entamés. Elle est inhérente à la condition de malade et peut accentuer en évidence cette angoisse existentielle, créant ainsi une rupture des temporalités où le passé, le présent et l'avenir sont vécus de manière différente durant certains états de préoccupations (hospitalisations fréquentes, attentes des résultats des examens, attentes de nombreuses réponses à la suite des traitements). Il y'a dans ce contexte d'angoisse existentielle une redondance de pertes.

En cancérologie, le corps met à mal le sujet dans sa croyance en son immortalité. Il contraint l'appareil psychique à se représenter ses modifications, la conviction de la continuité

d'existence est perturbée, et cela dès l'annonce du diagnostic. L'irréversibilité de la réalité, difficile à vivre et à accepter, laisse le patient dans un état d'inconfort émotionnel. L'expérience subjective de chaque patiente en cancérologie, le corps met à mal le sujet dans sa croyance en son immortalité. Il contraint l'appareil psychique à se représenter ses modifications, la conviction de la continuité d'existence est perturbée, et cela dès l'annonce du diagnostic.

L'irréversibilité de la réalité, difficile à vivre et à accepter, laisse le patient dans un état d'inconfort émotionnel « même » au travers du temps. Ainsi c'est sur « un sentiment continu d'exister suffisant » que repose la structuration du Moi, permettant au sujet de faire face aux « menaces d'annihilations ». Mais lorsque ce sentiment de continuité d'existence fait défaut, apparaissent les agonies primitives, angoisses massives et archaïques. Ces angoisses sont appelées archaïques, car elles sont présentées avant l'installation du langage. Au fil du développement et grâce aux interactions précoces « suffisamment bonnes » de l'enfant à son environnement, l'élaboration du Moi permet l'établissement de différents mécanismes de défense, les angoisses sont alors surmontées, mais pas oubliées (Didier Anzieu 1995 ; Razavi et Delvaux ; 2008 ;)

3-2- LE DÉPASSEMENT DE LA RUPTURE DES TEMPORALITES

Il est possible d'aborder cette problématique du dépassement de la rupture des temporalités en utilisant des concepts psychologiques et en s'appuyant sur des théoriciens et des approches connexes.

3-2-1 La théorie de la crise, de la rupture et du dépassement de Kaes(1978)

Kaes(1978) est un psychanalyste connu pour ses travaux sur la théorie des groupes et la psychanalyse des processus de rupture et de dépassement. Selon Kaes(1978), la crise et la rupture sont des éléments inhérents à la vie psychique individuelle et collective. Il soutient que les sujets et les groupes de sujets sont confrontés à des moments de crise comme c'est le cas pour le cancer du col de l'utérus qui remettent en question leur continuité et leur stabilité. Cette rupture de temporalités peut être déclenchée par des événements traumatiques, des perturbations relationnelles ou des remaniements identitaires liés à la maladie. Dans ses écrits, Kaes(1978) met l'accent sur l'importance de traverser ces moments de crise et de rupture. Selon lui, ils offrent des opportunités pour la transformation et le dépassement des situations antérieures. La capacité à dépasser ces crises repose sur la capacité des femmes atteintes de cancer du col de l'utérus à élaborer et à symboliser les expériences traumatiques liées à la maladie, à reconstruire des liens sociaux et à restaurer un sentiment de continuité et de cohésion.

Kaes (1978) souligne également l'importance du travail psychanalytique dans la compréhension et la résolution des crises et des ruptures. Il propose dans le contexte des crises et des ruptures, des concepts tels que l'élaboration, la réélaboration et la symbolisation comme des processus psychiques clés dans la transformation des expériences traumatiques liées au cancer, aux éprouvés, aux ressentis et la reconstruction des liens psychiques et sociaux. Il a développé sa théorie de la crise, de la rupture et du dépassement à travers plusieurs éléments fondamentaux qui sont la crise, la rupture, le dépassement et les processus psychiques. La crise comme étant un moment de désorganisation et de déstabilisation psychique. Cela peut se produire à la fois au niveau interne du sujet et dans le contexte des groupes ou des institutions. Les crises peuvent résulter de conflits internes, de perturbations relationnelles ou de traumatismes vécus. La rupture comme étant la rupture des liens psychiques et des temporalités et en soulignant que cette rupture implique une rupture des liens psychiques avec les autres, avec soi-même et avec le temps.

Cela peut se manifester par des ruptures dans les relations, des pertes, des traumatismes ou des conflits internes. La rupture remet en question la continuité de l'identité féminine, sexuelle, l'image de soi et des liens sociaux chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. Le dépassement comme étant le processus de transformation selon Kaes (1978), qui est le processus par lequel les patientes et leur pairs peuvent surmonter les crises et les ruptures. Cela implique la capacité à élaborer et à symboliser les expériences de la maladie, à rétablir des liens sociaux et à reconstruire une continuité psychique et sociale renouvelée. Le dépassement de la rupture des temporalités permet une transformation dans un sens à la fois personnelle et collective. Les processus psychiques dans le processus de dépassement de la rupture des temporalités mettent en évidence l'importance des processus psychiques tels que la désorganisation, l'organisation et la réorganisation psychique dans le dépassement des crises et des ruptures. Dès lors, la réorganisation psychique implique la capacité à donner du sens aux expériences subjectives, à les intégrer dans une trame narrative cohérente par le sujet. Dans le but de réorganiser les représentations psychiques perturbées en créant de nouveaux symboles et en restaurant un sentiment de continuité.

Kaes (1999) considère que la psychanalyse joue un rôle essentiel dans la compréhension et la résolution des crises et des ruptures des temporalités à travers le processus de dépassement. La relation analytique offre un espace pour explorer les vécus, les conflits et les perturbations relationnelles. Le travail psychanalytique permet d'élaborer et de symboliser les expériences, de restaurer les liens psychiques et de faciliter le dépassement des crises et des ruptures. C'est ainsi qu'il accorde une attention particulière à la dimension collective des crises et des ruptures

des temporalités. Il explore comment les phénomènes individuels s'inscrivent dans des contextes groupaux ou institutionnels. Il examine les processus de transmission intergénérationnelle des traumatismes et des conflits, ainsi que les dynamiques de groupe qui influencent les crises et les ruptures.

Selon Kaës (1993), les patientes sont enracinées dans des liens sociaux et familiaux qui influencent profondément leur développement psychologique. Il met l'accent sur l'importance des liens précoces et de la continuité des objets d'attachement dans la construction de l'identité et du sentiment de sécurité. Dans le contexte de la rupture des temporalités chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus, qu'elle soit liée à un traumatisme suite à l'annonce soudaine du diagnostic ; du pronostic ; ou des traitements, à la séparation ou au deuil de l'organe qui affecte la féminité ; l'image du corps et la sexualité, Kaës(1993) souligne que la capacité à dépasser cette rupture dépend de la présence de liens de substitution et de processus de symbolisation. Les liens de substitution font référence à la possibilité de trouver un soutien, une reconnaissance et une sécurité affective auprès d'autres personnes significatives. Ces liens peuvent être familiaux, amicaux ou thérapeutiques. Les processus de symbolisation, quant à eux, impliquent la capacité des femmes atteintes par le cancer du col de l'utérus à donner du sens à l'expérience de crise et de rupture des temporalités, à exprimer ses émotions et à intégrer cette expérience dans sa propre histoire de vie.

Kaës (1976) souligne également l'importance des dispositifs groupaux dans le processus de dépassement de la rupture des temporalités. Les groupes thérapeutiques ou de soutien peuvent offrir un espace où les patientes peuvent partager leurs expériences de crise, de rupture, se sentir écoutées et comprises par d'autres personnes qui ont vécu des situations similaires. Dans l'optique de Kaës (1978), le dépassement de la rupture des temporalités ne signifie pas nécessairement un retour à l'état antérieur à la rupture, mais plutôt une transformation et une réorganisation de la psyché à la suite de cette expérience. Il met en avant la capacité de symbolisation et de création de nouveaux liens pour reconstruire un sentiment de continuité et de cohérence dans la vie. Il explore comment les processus psychiques interagissent avec les crises et les ruptures, et comment la dynamique de groupe peut être mobilisée pour soutenir le dépassement de la rupture des temporalités. Aussi, la théorie examine le rôle des institutions dans la gestion des crises et des ruptures des temporalités. Elle analyse comment les institutions peuvent être à la fois des lieux de soutien et de résistance au dépassement de la rupture des temporalités. Les institutions peuvent offrir des cadres de symbolisation et des espaces transitionnels favorables à la reconstruction, mais elles peuvent également reproduire des schémas de rupture et d'exclusion.

Pour Kaes (1978) les processus de réparation qui interviennent dans le dépassement des crises et des ruptures des temporalités suggèrent que la réparation se produit grâce à des processus de symbolisation, de réélaboration et de renégociation des liens. Ces processus permettent de restaurer le sentiment de continuité et de cohésion psychique et sociale chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. Il en est de même de considérer la dimension temporelle dans l'analyse des crises et des ruptures des temporalités. Il explore comment les événements passés depuis l'annonce du diagnostic, du pronostic et les traitements appliqués peuvent continuer à exercer une influence sur le présent et comment les expériences présentes peuvent réactiver des traumatismes passés. La prise en compte de cette dimension temporelle permet de mieux comprendre les processus de rupture et de dépassement.

Kaes (2000) développe également la notion de travail psychique dans le contexte des crises et des ruptures des temporalités. Il souligne que le travail psychique implique la capacité de symboliser et de mentaliser les expériences liées à la maladie, ainsi que de construire des narrations cohérentes. Ce travail psychique est essentiel pour transformer les expériences de crise et rétablir un équilibre psychique. Il s'appuiera sur les concepts de la psychanalyste britannique Bion (1961) pour souligner l'importance des fonctions conteneur et contenue dans le dépassement des crises et des ruptures des temporalités. La fonction conteneur fait référence à la capacité de contenir les émotions et les expériences traumatiques, tandis que la fonction contenue concerne la capacité de donner un sens et de symboliser ces expériences. Ces deux fonctions sont essentielles pour faciliter le dépassement de la rupture des temporalités. La psychanalyse des groupes offre un cadre pour analyser les interactions entre les individus, les mécanismes de défense collectifs et les processus de symbolisation partagée.

Les enjeux identitaires qui se manifestent dans les crises et les ruptures des temporalités chez les femmes confrontées à des remaniements identitaires et à des questionnements profonds sur leur féminité, image et sexualité peuvent remettre en question les identifications antérieures et nécessiter un travail de reconstruction identitaire (Kaes, 1978). L'auteur souligne l'importance des récits et des narrations dans le processus de dépassement des crises et des ruptures. Les patientes ont besoin de raconter leur histoire et de donner un sens à leurs expériences subjectives de la maladie. Les récits permettent de mettre en place des liens symboliques et de construire une continuité narrative qui favorise le dépassement de la rupture des temporalités et la réorganisation psychique.

La dimension sociale et culturelle est soulignée dans cette théorie et nécessite d'être considéré dans l'analyse des crises et des ruptures. Elle explore comment les contextes sociaux et culturels influencent les expériences traumatiques de la maladie, les réponses individuelles

et collectives, ainsi que les possibilités de dépassement de la rupture des temporalités. Comprendre ces dimensions permet de prendre en compte les facteurs environnementaux et sociaux dans le processus de transformation et de la réorganisation psychique.

La notion de travail de deuil examine la place du travail de deuil dans le processus de dépassement des crises et des ruptures. Son intervention explore comment les sujets et les groupes peuvent faire face à la perte de l'organe malade, à la séparation ou à la discontinuité engendrées par les ruptures des temporalités. Le travail de deuil implique la capacité d'élaborer les pertes des repères, de faire le deuil des attentes non réalisées et de trouver des formes de continuité dans un nouvel équilibre. Kaes (1994) accorde une attention particulière aux dynamiques de groupe dans les processus de dépassement. Il explore comment le travail de deuil dans les groupes de sujets atteints par le cancer peut être un espace de soutien, de confrontation et de transformation lors des crises et des ruptures des temporalités. A ce niveau, Le dépassement de la rupture des temporalités est un travail dynamique qui peut faciliter l'élaboration des expériences, offrir un soutien mutuel et favoriser la construction de nouvelles significations pour une réorganisation psychique efficiente.

De même, il met en exergue les processus de reconstruction qui suivent les crises et les ruptures des temporalités. Il examine comment les sujets peuvent reconstruire leurs identités féminine et sexuelle, leurs relations et leurs systèmes de croyances après des expériences de l'annonce du diagnostic, du pronostic et même pendant les traitements du cancer du col de l'utérus. La reconstruction implique souvent de repenser les schémas anciens, de réorganiser les ressources internes et externes, et de créer de nouvelles formes de fonctionnement.

Après une crise ou une rupture des temporalités, les sujets peuvent entreprendre un processus de redéfinition de leur identité. Cela peut impliquer une exploration introspective, la réévaluation des valeurs personnelles, la redéfinition des objectifs de vie et la construction d'une nouvelle image de soi. Par exemple, une femme atteinte du cancer du col de l'utérus qui a perdu son emploi suite à ses hospitalisations répétées peut se réinventer professionnellement et développer de nouvelles compétences pour se reconstruire sur le plan professionnel. Les crises et les ruptures peuvent souvent entraîner des perturbations dans les relations interpersonnelles. Les processus de reconstruction impliquent de rétablir des liens affectifs, de renouer avec les proches et de développer de nouvelles relations significatives. Par ailleurs, le processus de reconstruction peut consister à reconstruire la confiance en soi, à réapprendre à faire confiance aux autres et à restaurer la confiance dans les institutions ou les systèmes qui ont été affectés.

De plus, ces crises et ces ruptures peuvent remettre en question les croyances et les convictions profondément enracinées. Les processus de reconstruction peuvent impliquer une

réévaluation des systèmes de croyances, l'exploration de nouvelles perspectives et l'élaboration d'un sens renouvelé. En résumé, la théorie de la crise, de la rupture et du dépassement de Kaes (1978) met en évidence des éléments tels que la dimension sociale et culturelle, le travail de deuil, les dynamiques de groupe, ainsi que les processus de reconstruction. Ces concepts offrent une compréhension approfondie des processus psychiques individuels et collectifs liés aux crises et aux ruptures, et proposent des pistes pour accompagner le dépassement de la rupture des temporalités et la transformation à différents niveaux. L'application spécifique du dépassement de la rupture des temporalités dans le cas d'un cancer du col de l'utérus nécessite davantage une adaptation et une réflexion supplémentaire en fonction des particularités de cette situation spécifique.

3-2-2 Les approches thérapeutique et théorique du dépassement de la rupture des temporalités

Dans la psychopathologie et la psychologie clinique, les approches cognitives et comportementales, psychodynamiques, humanistes et systémiques offrent des perspectives et des outils pour aider les patientes à engager un dépassement de rupture des temporalités. Ces approches visent à faciliter l'exploration des conflits internes, à remettre en question les pensées dysfonctionnelles, à soutenir la quête de sens et à renforcer les relations interpersonnelles, afin de favoriser le dépassement des difficultés psychologiques associées au cancer du col de l'utérus.

Dans le cadre des thérapies cognitives et comportementales (TCC), les thérapeutes se concentrent sur les pensées négatives, les croyances limitantes et les schémas cognitifs dysfonctionnels qui peuvent émerger en raison du diagnostic de cancer du col de l'utérus. Ils aident les patientes à identifier et à remettre en question ces pensées automatiques négatives, en les remplaçant par des pensées plus adaptatives. Parallèlement, les thérapeutes travaillent sur des techniques de gestion du stress, de relaxation et de résolution de problèmes pour aider les patientes à faire face aux défis pratiques et émotionnels liés à leur situation (Beck & Ellis, 1970). La théorie de Lazarus & Folkman (1984) met l'accent sur deux types principaux d'évaluation cognitive : l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire. L'évaluation primaire concerne la perception de la situation stressante en tant que telle, c'est-à-dire l'évaluation de sa signification personnelle et de son impact potentiel. L'évaluation secondaire, quant à elle, concerne les ressources personnelles et les stratégies d'adaptation disponibles pour faire face à la situation stressante et impulser le processus de dépassement de la rupture.

Selon cette perspective, les réponses émotionnelles découlent directement de ces évaluations cognitives. Si la situation du cancer du col de l'utérus est évaluée comme menaçante et que les ressources d'adaptation sont perçues comme insuffisantes, cela peut entraîner des émotions telles que la peur, la colère ou la tristesse. En revanche, si cette situation est perçue comme moins menaçante et que les ressources d'adaptation sont jugées adéquates, cela peut conduire à des émotions plus positives, voire à l'absence d'émotion significative. En résumé, la théorie de Lazarus et Folkman (1984) met en évidence l'importance des évaluations cognitives dans la compréhension du stress et des réponses émotionnelles qui en résultent. Elle souligne que chaque sujet interprète et évalue les situations de manière unique, ce qui influence directement ses réactions émotionnelles. Cette théorie offre ainsi un cadre conceptuel précieux pour appréhender les processus psychologiques liés au stress et à l'adaptation et au dépassement de la rupture des temporalités.

La théorie de Lazarus & Folkman (1984), dans le domaine de la psychopathologie et psychologie clinique, propose une approche conceptuelle complexe de l'évaluation du stress et des réponses émotionnelles qui en découlent. Cette théorie, élaborée par Lazarus & Folkman (1984), se situe au croisement des domaines de la psychologie cognitive et de la psychologie du stress. Selon cette théorie, le stress est considéré comme un processus dynamique résultant de l'évaluation cognitive subjective d'une situation donnée telle que l'annonce du cancer du col de l'utérus, du pronostic et des traitements associés. En d'autres termes, ce n'est pas tant l'événement du cancer du col de l'utérus en lui-même qui génère le stress, mais plutôt la façon dont la patiente interprète et évalue cet événement. Ainsi, deux patientes confrontées à la même situation de maladie cancéreuse peuvent réagir de manière différente en fonction de leurs évaluations cognitives distinctes.

L'on a également la théorie de Holmes & Rahe (1967) qui s'appuie sur l'idée selon laquelle, le stress est un facteur déterminant dans le développement de problèmes de santé. Selon les chercheurs, le stress prolongé peut affaiblir le système immunitaire et augmenter la vulnérabilité aux maladies physiques et mentales. L'échelle des événements de vie attribue un score à chaque événement stressant en fonction de son impact perçu. En additionnant les scores des événements vécus au cours d'une période donnée, on obtient un score global qui peut être utilisé pour évaluer le niveau de gestion de stress d'une patiente afin d'observer le dépassement de la rupture des temporalités.

Selon cette théorie, plus le score global est élevé, plus le risque de développer des problèmes de santé est important. Des études ont montré une corrélation entre des scores élevés sur l'échelle des événements de vie et des problèmes de santé tels que les maladies cardiaques,

les cancers, les troubles anxieux, la dépression et d'autres troubles mentaux. Cependant, il convient de noter que la théorie de Holmes & Rahe (1967) présente certaines limites. Elle ne tient pas compte des différences individuelles dans la manière dont les événements sont perçus et gérés. De plus, la théorie ne prend pas en compte les facteurs de stress chroniques ou les stress quotidiens qui peuvent avoir un impact cumulatif sur la santé. Elle se concentre principalement sur les événements de vie majeure. Malgré ces limitations, la théorie de Holmes & Rahe (1967) contribue à sensibiliser à l'importance de la gestion du stress et à la reconnaissance du lien entre le stress et la santé. Elle a également souligné l'importance des interventions visant à réduire le stress et à renforcer les mécanismes d'adaptation chez les patients exposés à des événements stressants.

Selon les théories psychodynamiques, la confrontation à un cancer du col de l'utérus peut réveiller des conflits internes préexistants et des mécanismes de défense qui ont été utilisés pour faire face à des expériences traumatiques passées. Par exemple, des sentiments de peur, de colère, de tristesse ou d'impuissance peuvent surgir, liés à des événements antérieurs dans la vie des patientes. Les approches psychodynamiques visent à faciliter l'exploration de ces conflits internes, en encourageant l'expression émotionnelle et en aidant les patientes à intégrer ces expériences passées dans leur compréhension de la maladie et de leur propre identité pour un dépassement de la rupture des temporalités (Freud, 1920 ; Jung, 1912 ; Klein, 1921).

L'approche humaniste met l'accent sur l'importance de soutenir les patientes dans leur quête de sens et de croissance personnelle face à la crise et la rupture des temporalités causées par le cancer du col de l'utérus. Les thérapeutes humanistes fournissent un espace thérapeutique sûr et empathique où les patientes peuvent explorer leurs émotions, leurs valeurs et leurs aspirations. Ils encouragent l'expression authentique des sentiments et aident les patientes à renforcer leur estime de soi, à trouver du soutien social et à développer des stratégies d'adaptation positives (Rogers & Maslow, 1962).

Dans une perspective systémique, les thérapeutes examinent l'impact du cancer du col de l'utérus sur les relations interpersonnelles et familiales. Ils reconnaissent que la maladie peut perturber les rôles et les dynamiques familiales, et travaillent avec les patientes et leurs proches pour favoriser l'adaptation et le dépassement de la rupture des temporalités. Les thérapeutes systémiques aident les familles à développer des stratégies de communication efficaces, à renforcer leur soutien mutuel et à trouver un équilibre entre les besoins individuels et familiaux (Bowen & Minuchin, 1978).

3-2-3- Insertion du modèle de la désorganisation/réorganisation psychique selon Lehmann (2014) à partir du dépassement de la rupture des temporalités

Dans le cas spécifique du cancer du col de l'utérus, l'accent est mis sur les aspects psychiques et émotionnels des patientes et cela est lié à l'annonce du diagnostic, aux traitements, et à la survie de la maladie. En ce qui concerne, le dépassement de la rupture des temporalités dans un tel contexte, il existe plusieurs modèles explicatifs noté par Lehmann (2014) à travers lesquels les sujets se réorganisent. Parmi ces modèles, voici quelques modèles pertinents modèles : modèle de la discontinuité temporelle; modèle de l'intégration de l'expérience du cancer; modèle de la temporalité reconstruite.

La société camerounaise est victime du phénomène du cancer comme le reste du monde. Elle ne condamne pas la femme atteinte du cancer du col l'utérus à vivre la fatalité de sa situation en dépit du fort taux de mortalité par la majorité des victimes de cette maladie qui la subissent tel un trauma. Néanmoins ce phénomène interpelle les ressources locales disponibles dans la lutte contre le cancer, à faire du cancer du col de l'utérus une priorité de santé publique. (Guimard, 2010).

D'où sur le plan psychologique, on est alors en mesure de situer cette étude en développant l'idée selon laquelle, la mise en place des processus psychique à travers le dépassement de la rupture des temporalités œuvre pour l'installation de certains processus psychiques de la réorganisation psychique chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. (Lehmann, 2014).

À travers les théories conceptuels, Lehmann (2014) souligne que ce sont des outils qui peuvent aider à comprendre et à aborder le dépassement de la rupture des temporalités dans le contexte du cancer. Cependant, il est important de noter que chaque sujet est unique et faire face au cancer du col de l'utérus peut varier considérablement d'une patiente à une autre. L'approche clinique individualisée et sensible à chaque besoin utilisé en cancérologie de Lehmann (2014) est essentielle pour soutenir le dépassement de la rupture des temporalités.

Le premier modèle selon elle suggère que l'annonce du diagnostic du cancer du col de l'utérus et ces traitement associés peuvent entraîner une rupture significative dans la vie des patientes. Cela peut se manifester par des changements dans la perception du temps, une remise en question des projets avenir et une réévaluation des priorités. Selon ce modèle, le dépassement de la rupture des temporalités implique de trouver un nouvel équilibre temporel et de reconstruction un sens de continuité dans la vie malgré les perturbations causées par la maladie.

Quant au second modèle, il met l'accent sur la nécessité d'intégrer l'expérience du cancer dans le récit des patientes. Cela implique de donner dans l'historisation un sens à la période de la maladie, de l'inscrire dans la continuité temporelle et de trouver des significations personnelles dans cette rupture. Le dépassement de la rupture des temporalités dans ce modèle se produit lorsque le sujet parvient à intégrer l'expérience du cancer dans son identité corporelle, féminine, sexuelle et à avancer dans la vie avec un sentiment de cohérence.

Enfin, le troisième modèle postule que le dépassement de la rupture des temporalités dans le cas du cancer du col de l'utérus implique une reconstruction active de la perception du temps. Cela peut se faire en adoptant de nouvelles perspectives sur la vie, en se concentrant sur le moment présent, en réajustant les attentes futures et en trouvant un sens renouvelé dans la vie quotidienne. Selon ce modèle, le dépassement de la rupture des temporalités implique une réorganisation de la temporalité subjective des patientes afin de mieux s'adapter aux défis du cancer.

Dans cet ensemble, on a pu dégager deux lignes plus ou moins nettes d'évolution de la réorganisation psychique chez un sujet qui a fait preuve de dépassement de la rupture des temporalités :

- La réorganisation psychique sous-tend une réévaluation qui prend en compte les processus psychiques de reconstruction qui prédominent les paramètres de résignation pour aboutir à un désinvestissement des éléments désorganisant source de retentissements psychiques de la maladie, de choc, de rupture des temporalités.

- Le dépassement de la rupture des temporalités préside la mise en place des mécanismes de défenses, du processus de symbolisation, du processus d'étayage, de travail de deuil. (Kaes, 1978; Lehmann 2014). Il est très important de spécifier que la résignation dont il est question plus haut est une traduction comportementale du phénomène non conscient qui fait naître le désinvestissement libidinal dans un travail de deuil de l'organe atteint qui s'avère utile d'initiés chez le sujet malade permettant un dépassement de la rupture des temporalités (Atlani, 1997).

Cette étude ne peut pas que se pencher spontanément vers la compréhension de la réorganisation psychique et sur la possibilité de la désigner comme une disposition des processus psychiques mis en place pour celle-ci par un sujet qui a des capacités d'engager le dépassement de la rupture des temporalités. On lève l'ambiguïté de la problématique avec Lehmann (2014) qui postule que l'atteinte du corps a des répercussions psychiques de la maladie et des traitements dans le douloureux parcours de la maladie. L'annonce du diagnostic, la période des traitements et le retour à la vie normale courante modifient considérablement les

repères du sujet en termes de sexualité, d'image du corps et de féminité. Les effets de la maladie et des traitements entrent en « *résonnance* » avec des blessures antérieures, qui peuvent amener les patientes vers un travail psychique important. Le rapport au temps se modifie, les automatismes habituels qui régissaient la vie quotidienne sont perturbés. Face à la représentation de la maladie et de la mort, véhiculée par l'annonce du cancer, l'angoisse est à son apogée (Lehmann, 2014).

Pour cette auteur l'annonce du diagnostic passée, les traitements s'imposent et attestent de la maladie. Elle décrit avec précision la douloureuse étape de l'ablation d'un organe comme le col de l'utérus qui renvoie à une mutilation qui elle-même renvoie à la perte. Cette perte n'est pas toujours énoncée. Les réactions de détresse, de stupeur, de sidération, de blocage de la pensée face à la mutilation, évoquent dans cette situation une désorganisation psychique. L'identité féminine est touchée, l'identité sexuée perturbée, la pudeur féminine atteinte. Les femmes ne se reconnaissent plus parce qu'« *il manque quelque chose* » dans leur corps et dans le regard de l'autre. Dans ce contexte, certaines d'entre elles vont ressentir le besoin d'élaborer cette perte à travers un travail de deuil (Lehmann, 2014).

L'élaboration de la perte s'inscrit dans un plus ou moins long processus de renonciation et de réinvestissement d'une nouvelle image corporelle, identité féminine et sexuelle. Pour ce qui concerne la reconstruction d'une identité, elle tient compte de cette perte, en éprouvant toute la douleur psychique qui en résulte, ne se fait pas sans difficulté. Une recherche sur les effets des reconstructions différées et immédiates par Lehmann (2014) rapporte que « *si les bénéfices de la reconstruction sont indiscutables, ils n'effacent pas la mutilation et ne dispensent pas du travail d'une réorganisation psychique* ».

La chimiothérapie, hystérectomie et les autres traitements que Lehmann (2014) nomme d'« *une autre maladie* », bouleverse l'équilibre psychique et corporel des patientes. Les effets secondaires bien connus, de l'intense fatigue, des troubles sexuels, des nausées et bien d'autres encore, bousculent ici l'ensemble des repères et soulignent très précisément, la façon dont prend sens la rupture des temporalités. Elle précise que « *L'effraction sur le corps entraîne toujours un trouble intense. Les repères habituels sont mis en échec. Le corps devient un « autre » incontrôlable. Le sujet n'a plus de prise sur lui et ne s'y reconnaît plus* ».

En plus ces traitements aussi violents les uns que les autres, ont le pouvoir de détruire les cellules malignes et à la fois porte atteinte à l'intégrité corporelle, « *ça va plus mal* ». Et pourtant, paradoxalement, les effets du traitement deviennent des repères d'efficacité. Plus les effets retentissent sur le corps, plus le traitement semble efficace pour les patientes et le

discours médical aussi encourageant est un repère qui favorise de bons pronostics engendrant un dépassement de la rupture des temporalités.

Par conséquent, l'auteur dit que si à l'annonce du diagnostic, le temps des traitements et de l'après-traitement les incitent à remodeler, à repenser et à réorganiser une vie dans un contexte affectif, social et familial fragilisé. L'irruption de cette maladie induit une cassure dans la vie du sujet et de son entourage, qui conduit les patientes à vivre une situation de « *précarité* » sous forme de désorganisations psychiques. Cette précarité pour Lehmann (2014), s'origine dans la perte des repères et plus précisément les repères corporels. En effet, le sujet passe d'une situation où il semble à peu près contrôlé son corps, à une situation où son corps lui échappe. Une sorte d'ancrage sur un corps devenu faillible.

D'une part, le statut prédictif du dépistage de la maladie cancéreuse du col de l'utérus dans le contexte camerounais se confronte au statut curatif de la médecine contemporaine. Le décalage entre le savoir prédictif et le pouvoir curatif n'est pas sans conséquence, tant pour les patientes que pour le médecin. D'autre part, il coexiste au sein d'un même sujet deux savoirs dont le savoir subjectif et le savoir scientifique. Cette coexistence entraîne une sorte de malentendu, car l'histoire singulière et familiale du sujet qui dénie son corps propre se confronte à l'orientation génétique et donc au corps biologique. L'élaboration de l'arbre généalogique amène à construire l'histoire des maladies dans la famille, incite les patientes à penser la filiation comme il ne l'avait jamais fait. Les liens familiaux sont repensés et réinterrogés. L'inattendu fait intrusion et l'imprévu s'invite dans la réalité psychique. C'est dans ce contexte de bouleversements qu'intervient la réponse qui vient permettre le dépassement de la rupture des temporalités du par la mise en place des processus psychique en œuvrent dans la réorganisation psychique.

DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre est dédié à la méthodologie qui sous-tend ce travail de recherche. Ainsi il sera décrit le lieu de l'étude, le choix des participants, la méthode de recherche, la technique de collecte de données, l'instrument de collecte de données et la technique d'analyse des résultats. Toutefois, avant de commencer la présentation de la démarche méthodologique, il revient de faire un rappel de quelques éléments de la problématique de cette étude.

4.1. RAPPEL DES ÉLÉMENTS DE LA PROBLÉMATIQUE

Un bref rappel des différents points de la problématique à savoir le problème, la question de recherche, l'hypothèse générale et l'objectif de l'étude.

4.1.1. Bref rappel du problème

Selon Freud (1920), la réorganisation psychique d'un sujet atteint de maladies chroniques se produit au sein des processus primaires où temps et espace sont en contiguïté par le biais de la régression qui assure les conditions d'une adaptation pour l'accommodation aux données nouvelles de l'espace interne et de l'environnement. En postulant à travers sa métapsychologie que « *les états primitifs peuvent toujours être réinstaurés. Le psychisme primitif est, au sens plein impérissable* ». Pour Pucheu (2008) la réorganisation psychique d'un sujet confronté à une maladie somatique grave, chronique ou non est un processus subjectif dynamique qui nécessite un ajustement continu du Moi pour rétablir et maintenir, dans la durée, un équilibre intrapsychique. Ce travail du Moi est modulé par l'importance des mécanismes de dégagement et la qualité des relations intersubjectives et dépend de l'équilibre entre investissements narcissiques et objectaux.

Selon Pucheu(2008), Roques (2011) et de Lehmann (2014) bien que la potentialité d'une réorganisation psychique ne permet pas de situer ce processus dans le fonctionnement économique du psychisme de l'ordre de l'organisation mentale autour des retentissements comprenant l'atteinte corporelle, sexuelle et féminine dans après-coup, il est un travail continu du Moi pour le maintien du rétablissement psychique, de l'équilibration énergétique libidinale, de dépassement de la rupture des temporalités (Lehmann,2014).

Selon les théorisations de la réorganisation psychique, chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus, elle devrait être sous-tendue par la régression, les mécanismes de dégagement et la qualité des relations intersubjectives qui assurent l'ajustement continu du Moi. Or, lors

des stages académiques auprès des femmes atteintes de cancer du col de l'utérus pendant les entretiens cliniques semis directifs, l'on a observé dans leur discours que la réorganisation psychique est sous-tendue par le dépassement de la rupture des temporalités à travers la mise en place des processus psychiques.

4.1.2. Rappel de la question de recherche

La question de recherche qui oriente ce travail est formulée comme suit : *Comment le dépassement de la rupture des temporalités contribue-t-il à la réorganisation psychique chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus ?*

4.1.3. Rappel de l'objectif général

L'objectif de cette étude est de comprendre comment la réorganisation psychique à travers la mise en place des processus psychiques dans le dépassement de la rupture des temporalités à l'œuvre chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus

4.1.4. Rappel de l'hypothèse générale

Dans le cadre de cette recherche, en s'appuyant sur Lehmann (2014) l'hypothèse a été formulée de la manière suivante : *Le dépassement de la rupture des temporalités œuvre dans la réorganisation psychique à travers la mise en place des processus psychiques chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus*

4.2. SITE DE LA RECHERCHE : HGY

Cette recherche s'est effectuée dans un milieu urbain (Yaoundé- Cameroun). Elle a été menée auprès des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus qui ont eu à subir un à plusieurs traitements et accueillies par l'HGY.

4.2.1. Justification du choix du HGY

L'intérêt s'est porté sur cette institution hospitalière, car il est le mieux indiqué pour sa médecine de qualité référentielle et exigeante dans la prise en charge des cancers gynécologiques en Afrique Centrale et au Cameroun en particulier. Il est à lui seul comme trois hôpitaux dans une même structure. Visant plusieurs objectifs, l'HGY est un centre de très haut niveau, dit de référence, offrant des soins de santé de qualité aux usagers, il lutte en première ligne contre les cancers et assure le suivi médical dans le but de restaurer les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus où la question de dépistage des cancers gynécologiques reste un sujet d'actualité. Étant donné que ce travail porte sur le dépassement de la rupture et

réorganisation psychique chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus, il fait partir du grand ensemble des problèmes de santé publique combattu à tous les fronts.

4.2.2. Présentation du site

L'HGY a été créé au Cameroun en 1985 par Cacoub et Buban Ngu Design Group et construit par SBBM et Six Construct. Il a toujours servi de référence de centre d'enseignement pour les autres hôpitaux non seulement sur le plan régional, mais aussi national. Suite au plan d'urgence de restructuration lancée en avril 2016 par l'ancien ministre de la Santé publique André Mama Fouda, l'HGY a adopté une peau neuve. Cette réhabilitation rentre dans le cadre du plan d'urgence triennal, volet santé : les travaux de réhabilitation des infrastructures, de réfection ont été effectués, ainsi que l'étanchéité des dalles, du bloc opératoire et des installations de climatisation. C'est ainsi qu'avec plus de 10 hectares aux quartiers NGOUSSO, entre le quartier ETOUDI et la route de SOA que l'HGY est un hôpital de référence au Cameroun. Non seulement il fournit des prestations sanitaires de qualités de très haut niveau, mais aussi un centre de recherche biomédicale et de formations.

4.3. CRITÈRES DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS

Les participantes ont dont été révéler porteuses de cette maladie et éprouvés par ces retentissements tant physiologiques que psychiques, notamment, les traitements qui souvent douloureux sont un ensemble de solutions à leur problème. Tout compte fait, on n'a pas pu retenir toutes celles présentent dans le service d'oncologie, raison pour laquelle, seules celles qui ont signé le formulaire de consentement et respecté la consigne qui ont été retenues.

4.3.1. Critères d'inclusion

- Signer le formulaire de consentement de participation à la recherche : Cela est important pour établir une relation de confiance entre la chercheuse et les participantes, et pour garantir que les participants se sentent à l'aise et en sécurité en participant à l'étude et s'assurer que les participantes sont informées des objectifs, des procédures et des risques de l'étude, et qu'elles comprennent leurs droits en tant que participantes.
- Être diagnostiquée du cancer du col de l'utérus depuis 06 mois : cette période de temps après le diagnostic permet de s'assurer que les participantes ont eu suffisamment de temps pour s'adapter à leur nouvelle situation et pour ressentir et

exprimer une gamme complète d'émotions et de réactions liées à leur diagnostic et à leur traitement ;

- Avoir été diagnostiquées porteuses d'un cancer du col de l'utérus et avoir entamé un traitement 08 mois au préalable tels que chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie : aide à garantir que les participantes ont eu suffisamment de temps pour terminer la majeure partie de leur traitement et sont donc en mesure de réfléchir à leur expérience dans son ensemble, plutôt que d'être préoccupées par les aspects aigus du traitement actif.
- Avoir subi une hystérectomie : aide à garantir que les participantes sont suffisamment stables sur le plan médical pour participer à l'étude et à minimiser le risque de biais ou de variation dans les résultats de l'étude dus à des différences dans l'état de santé ou le type de traitement des participantes.
- Ne pas avoir un pronostic vital très engagé (cancer dans la phase 1 et 2) : aide à garantir que les participants sont en mesure de fournir des données complètes et précises.
- Être disponible et donner son accord pour l'enregistrement de l'entretien : pour des raisons éthiques et légales, car il est essentiel d'obtenir le consentement éclairé des participants avant de collecter et d'utiliser leurs données dans le cadre d'une étude de recherche.
- Indices de la réorganisation psychique à partir de l'entretien clinique sémi-directif préliminaire: aménagement défensif et développemental, équilibre intrapsychique, compensation de la perte, installation des processus psychiques : est justifié par la capacité que ce à fournir des informations précieuses sur les mécanismes psychologiques sous-jacents aux troubles mentaux.

4.3.2. Critères de non-inclusion

- N'avoir pas encore subi l'hystérectomie ou tout autre traitement : ne peut se concentrer sur les expériences liées à des organes reproducteurs spécifiques tels que l'utérus et les ovaires qui sont absent pour affecter après une hystérectomie;
- Être traité pour des lésions précancéreuses : les participantes présentant des liaisons précancéreuses peuvent avoir des préoccupations particulières concernant leur santé et leur avenir, ce qui peut influencer leurs réponses à l'étude.

- Être atteinte d'un cancer en phase terminale ou le pronostic vital est très engagé : les participantes en phase terminale peuvent nécessiter des soins et des ressources supplémentaires, ce qui peut dépasser les capacités de l'étude.
- Ne pas être identifiée comme n'ayant pas des indicateurs de réorganisation psychique : les participantes qui ne présentent pas ces indicateurs de réorganisation psychique peuvent avoir des expériences et des points de vue différents de ceux qui ont traversé ce processus, ce qui peut biaiser les résultats de l'étude.
- Ne pas être disponible pour la recherche : les participantes qui ne sont pas disponibles pour la recherche peuvent être difficiles à contacter ou à suivre, ce qui peut affecter la fiabilité des données collectées.

4.3.3. Recrutement des participants

Avec l'aide du médecin en charge du suivi des cancers du service d'oncologie au sein de cette structure, on a pu non seulement se rapprocher des patientes admises en consultation, mais aussi on s'est rendu au chevet de celles en hospitalisation. L'accès à ces patientes a permis de déceler les recrues, car elles y étaient pour leur prise en charge ; le médecin fait une évaluation générale des patientes. De plus, on a fait une sélection en fonction des critères d'inclusion et de non-inclusion.

4.3.4 Caractéristiques des participantes

Tableau 3 : Caractéristiques des participantes

Nom et Prénom	Madame B 2017-2021	Madame C 2015-2021	Madame L 2020-2021	Madame E 2009-2021
Age	56ans	46 ans	44 ans	40 ans
Rang dans la fratrie	1/3	3/4	5/6	1/5
Sexe	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin
Niveau de scolarité	Titulaire d'un CEP	Stopper ses en classe de 3 ^e	Titulaire d'une Licence en psychologie du développement	Titulaire d'un probatoire A4ALL
Statut matrimonial	Mariée	Célibataire	Mariée	Mariée
Nombre d'enfant	04	01	03	05
Région d'origine	Ouest-Cameroun	Centre-Cameroun	Littoral-Cameroun	Centre-Cameroun
Religion	Catholique	Catholique	Catholique	Catholique romaine
Date et nombre d'années après le diagnostic	4ans	6ans	1ans	12ans
Traitements	Radiothérapie concomitante	-Chirurgie	- Chimiothérapie	-Chimiothérapie - Hystérectomie totale

	avec hystérectomie	- Hystérectomie totale une Chimiothérapie intraveineuse/orale	-Chirurgie programmée	-Chirurgie
Pronostic	Stable	Stable	Favorable	Favorable
Accord de participation	Favorable	Favorable	Favorable	Favorable

4.4. TYPE DE RECHERCHE

Il est question dans cette étude d'utiliser l'approche qualitative d'investigation, qui part d'une situation concrète dans le cas actuel (chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus) comportant un phénomène particulier celui du (processus de résilience) qui fait l'objet de cette étude. Ainsi, l'on ambitionne de comprendre et de l'analyser. (Fortin, 1996). Ceci étant en recherche qualitative ce sont les phénomènes sociaux sur des groupes d'individus ou des situations sociales...) de façon générale qui intéresse particulièrement la psychopathologie et clinique à ressortir les problématiques, les comportements et les conduites le plus exhaustifs possible afin de relever les processus psychiques y afférents. En d'autres termes, ce type de recherche favorise la production du sens des phénomènes explorés. Il s'agit, selon la tradition de recherche scientifique influencée par les travaux de Dilthey (1883), de rendre compte de la réalité subjective, singulière et globale telle qu'elle est vraiment vécue et perçue par les sujets ou telle qu'elle se déroule dans les institutions.

4.4.1. Méthode clinique de recherche

La « méthode clinique » vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. Cette dernière est une recension de faits par observation, entretien et analyse des productions du sujet et vise pour Lagache (1969) à comprendre la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation (Pédinielli, 1999).

Dans le cadre de cette étude, on a opté pour la méthode clinique parce qu'elle est une démarche qui se définit avant tout par une prise en compte de la singularité et de la totalité de la situation. Effectivement dans cette recherche, on envisage d'élucider la singularité des

patientes atteintes du cancer du col de l'utérus afin d'appréhender les mécanismes psychiques mis en jeu par ces dernières pour surmonter la rupture due aux retentissements psychiques de la maladie. Car la méthode clinique « *insiste sur la diversité et non sur la régularité* » (Hatchuel, 2005). La modalité fondamentale utilisée par la méthode clinique est l'étude de cas.

4.4.1.1. L'étude de cas

Selon Fortin (2006), l'étude de cas consiste en l'examen détaillé et complet d'un phénomène lié à une entité sociale (individu, famille, groupe). Roy (2009) précise qu'elle est :

Une approche de recherche empirique qui consiste à enquêter sur un phénomène, un événement, un groupe ou un ensemble d'individus, sélectionné de façon non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes.

Le phénomène étudié se fait en tenant compte des caractéristiques du contexte, donc *in situ* (dans le milieu naturel) et *in vivo* (dans le contexte). L'étude de cas est une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes et dans lesquelles les sources d'informations multiples sont utilisées (Yin, 1989). Elle est fondée sur l'étude aussi détaillée que possible des cas individuels, et se caractérise par sa singularité, sa spécificité, sa totalité, son exhaustivité. C'est la dimension subjective qui la rend utile à la compréhension de tous. C'est dans ce sens, que Passeron et Revel, (2005), précisent que « *deux traits caractérisent un cas : la singularité, et l'utilisation du récit pour décrire cette singularité et préciser son contexte d'apparition* ». Stiles (2004) ajoute que l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plutôt qu'en chiffres, transmet l'empathie et la compréhension subjective, et parfois vise à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer.

L'étude de cas est l'observation approfondie d'un sujet dans le but d'une étude aussi exhaustive que possible des caractéristiques associées à sa condition et de leurs relations Hubert (2000). Elle permet de décrire des phénomènes normaux, anormaux, pathologiques, typiques, fréquents, rares, de faire des hypothèses sur la personnalité d'un sujet, sur l'étiologie ou le traitement des troubles psychiques à savoir : permettre la description de phénomènes rares, fournir des hypothèses, infirmer certaines hypothèses. La méthodologie de l'étude de cas est portée par une volonté de comprendre le fonctionnement d'un phénomène à travers une plongée dans ses éléments constitutifs (Mucchielli, 2007). Dans le même sens, Pedinielli et Fernandez

(2015) précisent que « *l'étude de cas est une méthode capitale pour apprendre à mettre en forme la complexité d'un individu confronté à des événements générateurs de souffrance* ».

Ainsi, Gagnon (2012) montre que « *l'étude de cas permet une compréhension des phénomènes, des processus qui la composent et des personnes y prenant part* ». Ainsi, pour Thomas (2011), Woodside et Wilson (2003), l'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérent à divers phénomènes individuels ou collectifs. Pour Gagnon (2012), l'étude de cas a trois grandes forces à savoir :

- Celle de fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte ;
- Celle d'offrir la possibilité de développer les paramètres historiques ;
- Celle d'assurer une forte validité interne, les phénomènes relevés étant des représentations authentiques de la réalité étudiée.

4.5. TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNÉES : ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

Des trois types d'entretiens de recherche qui existent, on a fait le choix de l'entretien semi-structuré. Il est utilisé lorsque le chercheur vise à approfondir et/ou vérifier certains aspects particuliers de la vie du sujet par rapport au sujet d'étude. Ce type d'entretien est centré sur le recueil de l'expression des acteurs (sentiments, idées, émotions, etc.), par rapport à une trame généralement souple, construite à partir du questionnement de l'évaluation (le guide d'entretien).

Le guide peut être complété par des questions visant à éclairer ou préciser les réponses faites par la personne interrogée. Ici, le sujet s'exprime librement sur « *ce qu'il a à dire, ce qu'il peut dire* » (Chiland, 1983). Le guide d'entretien qui sert d'aide-mémoire permet à l'investigateur de recenser les thèmes à aborder, mais qui respectent un ordre, celui du discours du sujet. Il ne pose pas de questions précises, mais par des reformulations, des relances, des recentrages de la discussion, il veille à ce que l'ensemble des thèmes soient abordés par le répondant. Les questions ne sont pas préparées d'avance, elles s'adaptent à l'évolution de l'entretien. Il faut toutefois préciser avec Blanchet et Gotman (1992), que « *le degré de formalisation du guide d'entretien est fonction de l'objet de l'étude (multidimensionnelle), de l'usage de l'enquête (exploratoire, principal ou complémentaire), et des styles d'analyse que l'on projette de faire.* »

Les données ont été collectées grâce à des entretiens semi-structurés à but de recherche. En effet, d'après Montreuil et Doron (2006), l'objectif des entretiens semi-structurés est de

recueillir le discours spontané ou semi-spontané, mais orienté par des questions du chercheur. Il précède d'un protocole d'entretien qui comporte des thématiques et /ou des questions qu'il souhaite poser. Il ne pose pas ces questions dans un ordre préconçu à l'avance, mais saisit des opportunités en fonction des propos du patient. L'utilisation de l'entretien semi-structuré exige la prise en compte des composantes suivantes : Le guide d'entretien, la consigne, le l'écoute et l'intervention de l'interviewer, les relances. Ceci permet ainsi d'obtenir des corpus de discours homogènes du point de vue de leur contribution.

4.6. INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNÉES : LE GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien est une liste récapitulative des thèmes et des sous thèmes à aborder dans le cadre d'une recherche qualitative. Il propose relativement le moment et la manière de les introduire dans la conversation. Ce guide est à la disposition du chercheur pour lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien. Les thèmes après le préambule sont les suivants :

Thème 1 : le cancer du col de l'utérus et ses retentissements

Sous-thème 1 : l'annonce du diagnostic

- Contexte d'annonce ;
- Éprouvés à l'annonce ;
- Pensées à l'annonce ;
- Les contraintes liées à la maladie ;
- Les contraintes liées aux traitements ;

Sous-thème 2 : les retentissements du cancer et ses traitements

- Sur l'image du corps ;
- La féminité ;
- La sexualité ;
- Le vécu quotidien ;

Thème 2 : le dépassement de la rupture

Sous-thème 1 : la réorganisation psychique

- Les mécanismes de défense
- Étayage ;
- Symbolisation

Sous-thème 2 : travail du deuil de l'organe

- Choc ;
- déni ;
- colère/marchandage
- Tristesse et résignation ;
- acceptation ;
- reconstruction ;

C'est en s'appuyant sur ce guide d'entretien ci-dessus que les entretiens se sont déroulés.

4.7. TECHNIQUE D'ANALYSE DES RÉSULTATS : ANALYSE DE CONTENU CAS PAR CAS

D'après Picard (1995) l'analyse de contenu est un mode de traitement de l'information qui s'applique à toute forme de communication, de discours et d'image. Elle sert à décrire, déchiffrer tout passage de signification d'un émetteur à un récepteur (Bardin, 1989). Picard (1995) précise que l'analyse de contenu comprend trois grands volets à savoir :

- Le pré analyse : c'est la période d'élaboration d'un plan d'ensemble d'opérations successives qu'il faudra effectuer. Bardin (1989) postule qu'ici : « *il faut savoir pourquoi on analyse et l'explicitier pour savoir comment analyser* ».
- L'exploitation des documents : le but poursuivi durant cette phase centrale d'une analyse de contenu consiste à appliquer au corpus de données des traitements autorisant l'accès à une signification différente, répondant à la problématique, mais ne dénaturant pas le contenu initial (Robert & Bouillaguet, 1997). Cette deuxième phase consiste surtout à procéder aux opérations de codage, décompte ou énumération en fonction des consignes préalablement formulées.
- L'interprétation des résultats ou conclusion. C'est le moment de situer les résultats obtenus en rapport avec les résultats recherchés par l'étude. C'est un temps de consolidation et d'application théorique (critique des hypothèses, de la démarche, etc.) (Picard, 1995).

D'après Gagnon (2012), l'analyse de contenu est un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration, s'appliquant à des discours extrêmement diversifiés et fondés sur la déduction ainsi que l'inférence. L'opération tient à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. C'est donc une mise en ordre systématique du contenu manifeste d'un discours (Giust- Desprairies & Lévy, 2003) qu'on met en place. Fallery et al. (2007), précisent qu'une analyse de contenu consiste à lire un corpus, fragment par fragment, pour en définir le contenu, en le codant, selon des catégories qui peuvent être construites et améliorées au cours de la lecture. Ainsi, on a fait usage

de l'analyse de contenu thématique pour analyser les données qualitatives (paroles) qui ont été recueillies.

Pour Pedinielli (1994), l'analyse thématique est avant tout descriptive. Elle procède par le découpage du discours et le recensement des thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyses différentes selon les questions et les objectifs de recherche. Elle permet d'examiner la signification des mots et de reconstruire le sens de leurs phrases. Pour ce qui relève de notre étude, nous avons procédé en trois étapes essentielles : la retranscription des données, le codage des informations et le traitement des données.

Cette méthodologie a permis de construire une grille d'analyse, élaborée en fonction de la visée théorique sur laquelle s'appuie cette étude et sur les consignes de recueil des données. En effet, le canevas établi pour l'analyse a fourni à priori les thèmes principaux et le travail d'inventaire a donné des catégories à posteriori. Le choix de ces catégories, obéissant à certaines règles techniques d'exclusion mutuelle, de pertinence, d'homogénéité et d'efficacité, est le fait du chercheur que l'on est. C'est pourquoi on a établi des catégories descriptives renvoyant à des modalités du texte, exclusives les unes des autres, en découpant et en organisant le discours des participantes (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1996).

Ce n'est ni la représentativité, ni la généralisation des données recueillies dont il s'agit ici, mais plutôt de la singularité et de la fertilité des données non numériques qui intéressent dans ce type de recherche, dite qualitative (Paillé, 1996). Cette préoccupation rencontre le postulat de l'analyse qualitative à l'effet que « *l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même des contenus du matériel étudié plutôt que dans sa seule répartition quantitative* » (L'Écuyer, 1990). Aussi, comme le font remarquer Gighlione et Blanchet (1991), « *le discours produit par un entretien de recherche est un ensemble complexe d'énoncés* ». Il peut se prêter à plusieurs types d'analyses. C'est pourquoi on a choisi de procéder par l'analyse qualitative, plus précisément l'analyse de contenu. Cela permet une meilleure compréhension des cas analysés, et une aisance dans la description des processus qui entrent en jeu dans leur vécu réorganisé autour du processus de résilience.

Pour la mener à bien, on s'est référé aux principes de l'analyse thématique tels que définis par Poirier et al (1996), qui l'utilisent dans le cadre de l'analyse de contenu de récits de vie. Même si le mode d'entretien ne relève pas à proprement parler du récit de vie ; cependant, on explore le vécu des femmes atteintes du cancer col de l'utérus. Ainsi, les principes d'analyse utilisés dans ce cadre apparaissent pertinents pour la recherche. Ceci, parce que ces principes permettent d'effectuer une série d'opérations destinées à « *l'interprétation d'un corpus*

abondant, multiforme et foisonnant d'informations » (Poirier et al, 1996), avec l'intention d'appréhender sa multiplicité, sa complexité, sa richesse, sa singularité.

4.8. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les études en psychopathologie et clinique sont particulièrement intéressantes dans la mesure où elles portent sur des êtres humains, avec tout ce que cela peut comporter d'incidence sur leur vie, leurs droits et leur dignité. Il est donc indispensable pour le chercheur d'encadrer ses habiletés techniques par un certain nombre de règles éthiques et du code de déontologie de la profession de praticien dans les différentes postures qu'il aura à adopter. Les participantes ont été informées de la nature de la recherche, des buts poursuivis de l'utilisation des résultats. Les participantes étaient entièrement libres d'accepter ou de refuser de participer à la recherche, et ce, sans aucune conséquence.

Un formulaire de consentement à participer à la recherche et une autorisation à l'enregistrement des entretiens ont été signés par chacune des recrues. De plus, pour la nature de l'intimité des entretiens, le contenu des entretiens est resté anonyme et confidentiel. On est conscient qu'en explorant le vécu de la maladie des participantes, ces dernières doivent faire appel à des expériences douloureuses. C'est pour cette raison qu'on s'est assuré, d'une part qu'elles participent sur une base volontaire et qu'elles aient accès à des ressources pertinentes au besoin. Par ailleurs, on s'est montré sensible aux comportements non verbaux des interlocutrices lors des entrevues afin de déceler tout signe des retentissements psychiques. Advenant qu'une participante soit devenue anxieuse lors des entrevues, il a été convenu de ne pas la contraindre à témoigner d'aspects trop difficiles à aborder, lui rappelant ainsi son droit de poursuivre sa participation à la recherche et sa liberté de ne raconter que ce qu'elle désire partager. Toutefois, on a pu retenir l'aisance avec laquelle les entretiens se sont déroulés.

4.9. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS ET DIFFICULTÉS Y AFFÉRENTES

Comme énoncé plus haut, la sélection des participantes s'est faite par l'accès aux consultations et au chevet de celles hospitalisées. Le recrutement n'a pas été facile, car c'est sous rendez-vous médical de contrôle à différentes périodes ne coïncidant pas avec les jours qu'on avait accès au service ou encore pendant des cas d'extrêmes urgences pour des complications qu'on a pu percevoir des potentielles candidates. La plupart des participantes atteintes du cancer du col de l'utérus viennent pour la plupart pour leurs suivis et des contrôles sans pour autant être hospitalisées pendant une longue période ; certaines parmi elles, ont donné des rendez-vous qu'elles n'ont pas honorés et d'autres n'arrivaient pas à poursuivre l'entretien

clinique lorsque le problème était posé. Sur les dix cas sélectionnés, quatre ont accepté de participer à l'entretien pour l'étude. La difficulté qui se posait encore à ce niveau était celle d'avoir droit qu'à une seule rencontre pour le passage des entretiens. Parce que c'était pendant leurs traitements souvent très douloureux et épuisants qu'on les rencontrait. Par conséquent, elles ont donné leur accord que pour une seule passation.

Les entretiens se sont déroulés au chevet du lit d'hospitalisation dans des chambres à la fois commune et individuelle des participantes ou encore dans un espace conçu pour le counseling médical. Les entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions et c'est avec beaucoup d'aisance et de confiance que ces dernières s'exprimaient.

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES

Ce chapitre est la partie où l'on présentera et analysera les résultats de la présente recherche. Il est segmenté en quatre thèmes qui traiteront d'abord de la présentation des participantes ; ensuite abordera l'expérience subjective de l'adversité suite au cancer du col de l'utérus ; après quoi présentera la réorganisation psychique. Il se terminera par l'examen de la réorganisation à l'aide du dépassement de rupture des temporalités à travers la mise en place des processus psychiques.

5.1- PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES

5.1.1 - Madame B

Madame B est âgée de 56 ans ; première-née d'une fratrie de trois enfants, dont deux filles et un garçon ; détient un certificat d'études primaires. Cette participante est mariée dans un foyer polygamique, mère de 4 enfants. Madame B est atteinte d'un cancer du col de l'utérus, diagnostiqué au stade IIIB ayant pour description une extension jusqu'à la paroi pelvienne et/ou sténose urétérale/hydronéphrose/rein muette depuis quatre ans et est sous traitement radio-chimiothérapie concomitante, il y'a de cela 6 mois, elle fut urgemment admise au service d'oncologie et quelques semaines après trois grandes complications ont détecté: une anémie sévère suite au saignement de son cancer du col, associé d'une infection urinaire et une liaison rénale aiguë polyphérique, elle faisait moins de 400 CC par 24h, sa variante 300-350, obstructive sur un cancer du col qui avait déjà envahi la vessie et les uretères dont elle ne parvenait plus à s'écouler normalement du rein vers l'urètre.

Madame B fut transfusée, il y'a eu une dérivation de l'urine par une sonde posée délicatement par échographie, son infection urinaire fut aussi corrigée. Il a été observé que malgré les précédentes complications, Madame B répondait très bien au traitement. Car sa fonction rénale qui était très élevée et très mauvaise, a commencé à chuter. La créatinine qui était à 235 au départ est descendue à 127. Nous la rencontrons pendant sa sortie d'hospitalisation. Son protocole de prise en charge est généralement soumis à des contrôles d'une RCP c'est-à-dire une réunion de concertation multidisciplinaire. C'est dans cette optique que Madame B subit une évaluation systématique avant chaque administration du traitement oncologique de son cancer du col de l'utérus.

5.1.2 - Madame C

Âgée de 46ans, Madame C est troisième née d'une famille de quatre enfants dont deux filles, et deux garçons. Actuellement les deux aînés étant décédés, ils sont restés deux frères, dont une fille et un garçon. Madame C a stoppé ses études en classe de troisième après avoir obtenu son brevet d'études primaires, elle est célibataire et mère d'un enfant. Elle a été déclarée sérologie positive et porteuse d'un VIH SIDA en 2010 et en 2017 on lui a diagnostiqué un cancer du col de l'utérus. Autrement dit madame C a une atteinte de la partie distale du vagin ou une sténose urétrale. Ces deux diagnostics affectent ses rapports avec son entourage et la déséquilibrent considérablement. C'est pourquoi pour des raisons de proximité familiale, madame C va décider en Mai 2021 de poursuivre sa prise en charge thérapeutique de son cancer du col de l'utérus à Yaoundé alors qu'elle est domiciliée à Douala. C'est ainsi qu'elle a subi une chirurgie, une hystérectomie totale et une chimiothérapie à la fois intraveineuse et orale pour son cancer du col de l'utérus. Ayant déjà été suivi à Douala pour ce même cancer sous radiothérapie. Madame C se raconte pendant sa présentation comme étant un cas alarmant parce qu'à chacune de ses admissions à l'hôpital général, elle passe toujours par les urgences. L'hospitalisation de plus au service de néphrologie pendant lequel l'on va à sa rencontre est due à une rétention aiguë de l'urine pour laquelle la prise en charge consistait essentiellement à la pose d'une sonde transurétrale.

5.1.3 - Madame E

Étant âgée de 40 ans, Madame E est aînée d'une fratrie de cinq enfants, elle aurait arrêté ses études en classe de première A4 Allemande après avoir obtenu son probatoire littéraire. Madame E est commerçante de profession, de religion catholique romaine ; elle est mariée sous un régime monogamique, mère naturelle de 4 enfants et d'un enfant adoptif. Suite à des examens de biopsie et d'IRM, elle a été diagnostiquée porteuse d'un cancer de col de l'utérus de diamètre tumoral supérieur à 4 cm en 2011 après un accouchement difficile en 2010 qui lui aurait entraîné une neuropathie. Madame E perplexe sur l'origine de sa maladie, elle vit douloureusement ces manifestations et bénéficie d'un protocole de soins qui a commencé par une chimiothérapie pendant une période d'internat suivi d'une chirurgie. Il y'a deux ans et d'une hystérectomie totale du col de l'utérus. Depuis six mois elle a repris les chimiothérapies.

5.1.4- Madame L

Madame L est âgée de 44ans, elle est cinquième née d'une famille de six enfants. Elle est titulaire d'une Licence en Psychologie du développement. Mariée sous le régime

monogamie et mère de trois enfants. Elle est originaire du Littoral et d'obédience religieuse catholique. Madame L est diagnostiquée suite à de nombreux examens probants d'un cancer du col de l'utérus en Mai 2021 qui sont révélateur d'une infraction des paramètres. Le diagnostic ainsi posé, Madame L est directement soumise à un traitement intensif de chimiothérapie à des intervalles très rapprochés. À la suite duquel, elle sera amenée à observer une deuxième phase où il sera question de procéder à l'ablation de son col de l'utérus. Tout ceci sans avoir mesuré au premier coup la gravité d'avoir un cancer du col de l'utérus, l'idée d'un nouveau réaménagement dans son intimité et des changements que cela implique sont pour Madame L'insoutenable.

5.2.- RETENTISSEMENTS DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS ET RUPTURE DES TEMPORALITÉS

En s'appuyant sur le contexte d'annonce du diagnostic, les éprouvés, les contraintes liées au cancer du col de l'utérus d'une part, et les traitements d'autres part, l'on a pu explorer le retentissement subjectif de chacune des participantes.

5.2.1 - Contexte d'annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic du cancer du col de l'utérus et sa désignation provoque une rupture évidente, source de mal-être dans la présente existence de ces victimes. C'est un contexte troublant, descriptible et structuré autour des manifestations de la maladie par les participantes. C'est le cas pour Madame B dont la maladie est doublement une atteinte de son être et de son corps. Elle rapporte dans son discours :

« On m'as dit que j'avais le cancer du col (...)j'ai secoué un peu la tête. Non ! j'ai été menacé par ça ! Je versais que le sang ! »

Il en est de même pour Madame C dont le corps, non seulement est dysfonctionnel de par ses antécédents médicaux, mais aussi, l'avènement d'un nouveau diagnostic dans sa dimension détaillée va participer à la mise en atrocité des incidences subjectives du cancer du col de l'utérus. Elle dit à propos : « Je suis allée à l'hôpital parce que j'avais des saignements anormaux, on m'a fait passer la biopsie et d'autres examens et enfin quand les résultats sont sortis, le médecin m'a dit bon que j'avais un cancer du col ».

C'est pourquoi il est également souligné dans cette analyse, l'aspect restreint de l'intrusion soudaine et douloureuse de la maladie dans l'intimité des participantes, lorsqu'elles insistent dans leurs discours sur l'image du « sang » et les « examens cliniques gynécologiques » qui précèdent l'annonce de diagnostic. Madame C rapporte à cet effet :

« j'avais des saignements anormaux, on m'a fait passer la biopsie et d'autres examens (...) » ; Madame B : « Je versais que le sang (...) » ; Madame L : « je saignais beaucoup, on m'a fait les examens (...) » ; Madame E : « On parlait des myomes, heureusement que j'ai fait une IRM et c'est de là que l'examen a démontré autre chose. On a dit suspicion d'une tumeur ovarienne droite. Je me rappelle encore. » Rendent compte de la situation de la douleur interne par la vue du « sang » non seulement à cause de l'absence de pudeur caractérisée par la proximité physique de l'équipe soignante qui arrive à manipuler une partie aussi cachée et intime, mais en plus de cela, le surgissement des crises d'angoisses actuelles survenant aux complications infectieuses du HVP et des traitements associés marquant l'évasion et l'intrusion somatique de la maladie.

Aussi à travers l'observation clinique, la remarque selon laquelle la rupture dont il est question ici est brusque, inattendue et inapparente correspond à des cassures temporelles des processus psychiques symboliques des participantes en quête de sens par les expressions d'une désorganisation, d'une perte, des crises d'angoisses incessantes lorsqu'elles sont questionnées sur l'annonce et l'expérience de la maladie au niveau concrets des soins physiques qu'elles subissent dans leur dimension psychique. Cela s'illustre chez Madame C par des « pleures. » Ou encore chez Madame L par un déni qui actionne en elle des incertitudes et des angoisses sur non seulement la compréhension de ce qui lui arrive, mais aussi l'évolution de sa prise en charge : « Pour être honnête sur le coup quand il me parlait de ça, rien. C'est après que j'ai réalisé et j'ai beaucoup pleuré d'abord en me disant que ce n'est pas une bonne maladie même si c'est une maladie comme une autre »

Quant à Madame B, elle exprime une forme de stupéfaction qui transite avec la réalité d'une blessure qui n'a pas encore cicatrisée à travers ses pensées qui ravivent d'une certaine façon l'absence de contrôle de son corps lorsqu'elle dit :

Comme je vous ai dit là non, j'ai été menacé ma mère, j'ai baissé ma tête, j'ai laissé tout qu'à Dieu. Moi je suis simple, dans ma vie je ne connais rien, je dis seulement au Seigneur que bon c'est à toi de savoir comment je peux vivre. C'est pour moi comme ça.

En effet, l'on a pu explorer dans le contexte, la situation d'annonce du cancer du col de l'utérus qui manifestement est étroitement liée à l'enracinement corporel de la maladie à cause

de sa localisation dans les parties interne et intime de la femme. Le médecin faisant l'annonce du diagnostic dans son libellé « *dépossède* » d'un bien précieux ; sur lequel s'étaye toute l'histoire subjective, fantasmatique, identitaire et symbolique du devenir de ces dernières. Le discours de madame L en est un exemple : « *Le médecin m'a appelé dans son bureau pour me parler de ça. Il m'a dit de garder espoir.* »

La résonance de tels propos vient ébranler le monde intérieur, en faisant émerger dans les processus d'auto- historisation une rupture. En effet, l'on note cela dans la réponse de Madame L face aux informations médicales reçues qui mettent en évidence la négation de cet événement extérieur mainte fois constater.

5.2.2 – Éprouvés et contraintes depuis l'annonce du diagnostic et des traitements

Les traitements médicaux sont des épreuves supplémentaires à la suite de l'annonce du diagnostic du cancer du col de l'utérus. L'instrumentalisation du corps malade suscite une longue série d'invasions et de contraintes pour les participantes qui vont les éprouvées sur tous les plans en termes de sensations, de sentiments et de ressentis. La rupture causée par ces éléments affecte considérablement les repères habituels de la subjectivité et il y'a comme une entrée dans un autre espace autre que la réalité normale qui à son tour semble être « *détaché* » des connexions quotidiennes des participantes. Madame B dit à ce propos : « *Comme je vous ai dit là non, j'ai été menacé ma mère, j'ai baissé ma tête, j'ai laissé tout qu'à Dieu* ». C'est également le cas pour Madame C lorsqu'elle affirme : « *En général je vis normalement sans contraintes justes que d'un côté les rapports sexuels, je ne fais plus en dehors de ça certaines viandes je ne mange plus, il y'a aussi le sucre que je ne prends plus* ».

L'utilisation répétée du « *J'* » et de « *Je* » par les participantes pendant l'exploration du contexte d'annonce du diagnostic ne révèle pas une profonde et forte atteinte identitaire. C'est plutôt de l'unité corporelle dans son image d'ensemble de façon significative qui est identifiée ici. Par conséquent, les participantes identifient dans leur discours de douleur ressentie à travers l'atteinte exclusive du corps abusé, dépossédé, malmené, charcuté et désinvestit sans être pour autant déstructurée et vidé de sens.

Il s'agit essentiellement de réponses centrées sur l'intérieur du corps, définissant un espace interne en proie à la destruction exprimant des angoisses actualisées par les hospitalisations récurrentes. Comme c'est le cas chez Madame B : « *Je viens qu'ici à l'hôpital non, je viens encore d'entrer comme ça pour repartir et revenir encore !* »

Bien que l'on n'ait pas utilisé dans nos entretiens un outil d'évaluation de la douleur, cet extrait renseigne sur la singularité du travail psychique quand la maladie attaque l'intérieur

du corps. Madame B donne une description de sa perception anatomique de son organe détérioré : « *le sang qui se verse que vrap après ça devient blanc un genre (...)* ». Il y'a dans l'ensemble de son propos une sorte de passivité masochiste à la douleur induisant un bon nombre de représentations du corps et d'identifications indétectables parce qu'elles ne sont pas clairement révélées ni recentrées narcissiquement parlant sur le sexe féminin touché. En d'autres termes, du point de vue économique, l'axe d'investissement narcissique du corps est loin d'être érotisé au regard de la mise en mal de ses limites.

L'expérience douloureuse de la maladie a également de sérieux effets sur le corps. Il y'a des modifications de l'apparence physique du corps qui sont des sensations non seulement douloureuses, mais aussi il y'a atteinte de l'image du corps qui est éprouvé désormais comme étant une partie étrangère à soi. Madame E en fait un bref témoignage :

Quand la maladie-ci commençait à un moment, j'avais perdu trop de poids puisque je n'avais pas de... le ventre était constamment ballonné puisque je n'arrivais même pas à avaler de l'eau ; quand bien même j'avalais un peu d'eau que la gorge était trop sèche, j'avais trop mal parfois pour éviter le mal je restais sans eaux, la nourriture alors était quasiment impossible. Donc je suis restée à 49 kilos, dans les 49 kilos, je me soutenais (soupir)...

De plus, nous observons que cet énoncé détaillé de Madame E, indique clairement que son corps est un lieu de réception d'une réalité insupportable. Elle indique que le cancer du col dans son expression peut produire une forme de régression du corps tout entier où le Moi peut se voir fissuré de l'intérieur.

Le cancer du col de l'utérus est une maladie grave à travers sa symptomatologie qui engendre de grandes souffrances tant physiologique, existentielle, sociale que psychologique. Notamment pour madame E, l'annonce de son diagnostic et ses traitements ont restreint et contraint sa vie en lui imposant un temps d'arrêt, qu'elle qualifie de handicap qui serait venu chamboulée sa vie. Elle dit : « *J'étais commerçante et puis pour le moment je suis un peu invalide, puisqu'on m'a demandé un grand repos vu mon opération* »

Aussi, bien que les traitements agissent efficacement chez madame C, elle est fréquemment absente de son lieu de service et bénéficie des congés maladie pour des contraintes liées non seulement aux complications de la maladie du fait de ses hospitalisations multiples,

mais aussi liées aux traitements. « Pour le moment je suis en congé maladie au niveau du lieu de service. Mais avant j'allais au travail sauf que quand j'ai commencé la chimio, la société a demandé que j'arrête d'abord. Étant donné que sa fatigue, je ne peux pas gérer les deux ».

Par ailleurs, les répercussions des maladies engendrent aussi des changements au niveau des responsabilités et des rôles dans le système familial. Le coût des traitements a eu également un fort impact socioéconomique. Comme c'est le cas chez Madame B qui fait part de ses difficultés financières. À cet effet, elle a été contrainte de faire preuve de relâchement dans ses activités à cause de la réduction de ses capacités et de son ajustement à son nouvel état. Elle déclare : « les réunions, ça ne peut pas manquer, mais je suis maintenant que sur ma maladie. Je suis déjà à la 4e année, je ne viens qu'ici à l'hôpital (...) Et en même temps, on cherche les moyens pour s'en sortir. Je suis là aujourd'hui comme ça, on se défend et les enfants en souffrent ».

En définitive l'énonciation du cancer du col de l'utérus est éprouvée telle une sentence de finitude à chaque fois qu'on l'évoque. Et l'expression de Madame C montre à quel point les réviviscences et feedbacks liés au moment du diagnostic sont représentés et ressentis. Ainsi, cette intrusion est perçue comme étant une expérience bouleversante. L'on peut le relever dans les antécédents de l'histoire de la maladie de Madame C :

Je suis de sérologie positive depuis 2010 et j'ai su que j'avais le cancer en 2017. Il y'a d'abord eu l'opération ensuite la chimiothérapie. J'ai éprouvé un découragement et à la fin je me suis dit ah comme c'est arrivé, c'est arrivé parce que quand on vous dit que vous avez une maladie de ce genre, ça traumatise d'abord un peu, je me suis (pleures).

En effet, le cancer du col de l'utérus intègre graduellement une expérience de perte d'autonomie et de repères ; de fragilité, de combat contre la maladie ; de menace dans les pensées et la perception des ressources disponibles à travers des réactions anxieuses des participantes. Le discours de madame L, illustre parfaitement cette profonde mutation imposée par l'annonce du diagnostic et les contraintes des traitements auxquelles elle se sent embrigadée.

Avoir le cancer n'est pas une chose facile. Il faut tout réorganiser dans sa vie quotidienne. D'abord avec les séances de chimiothérapie qui ne sont pas très évidentes et par la suite, la chimio, elle avec ses effets

secondaires. C'est pénible ! Donc pratiquement on n'a pas de vie. Même mes activités, j'ai arrêté à cause des séances de chimio rapprochées. Je fais la chimio toutes les trois semaines et j'ai deux semaines où je suis alitée et cinq jours où je me sens bien. Je ne sais pas où ce genre de maladie me sort, c'est de la pure sorcellerie, car je suis sûr que c'est des gens qui ne me veulent pas du bien.

On retrouve de pareils propos chez Madame E et chez Madame B qui redoute les origines de leur cancer du col de l'utérus médicalement diagnostiqué. L'ignorance de ce diagnostic ici montre une importante source de frustrations, de choc psychique sur les repères socioculturels des patientes de cette maladie. En d'autres termes, une maladie comme le cancer du col de l'utérus vient toujours se confronter à la question de l'identité culturelle pour ne pas dire traditionnelle du sujet. Fondamentalement c'est un dilemme pour les patientes qui non seulement étaient déjà pratiquants d'un bon nombre de pratiques culturelles, mais également doivent faire preuve d'une reconnaissance de savoir-faire médicalement scientifique. Il se trouve du point de vue anthropologique entre croyances magico-religieuses et croyances scientifico-médicales. Ce qui génère de plus en plus chez ces participantes de la souffrance et à la non-adhésion de la conclusion diagnostiquée.

5.2.3 - Retentissement sur la sexualité, la féminité, l'image du corps et sur le vécu quotidien

Les organes sexuels de la femme sont représentés par le sexe et le corps. Ceux-ci participent à la fois à leur sexualité et à leur féminité vivante. Ces organes sexuels qu'ils soient internes ou externes s'étendent sur des zones érogènes au corps tout entier.

Pour nos participantes, le retentissement de la maladie localisée au niveau du col de l'utérus est source de rupture symbolique en termes de plaisir procuré lors des rapports sexuels ou encore source de castration affective de leurs organes génitaux internes. Autrement dit, le parcours thérapeutique associant examens diagnostiques, traitements médicamenteux et ablation partielle ou totale de l'organe atteint, marque de façon intrusive le corps et l'intériorité psychique par les stigmates. Madame E s'exprime :

On a enlevé tout l'utérus et je demandais au médecin si je vais encore avoir le plaisir de mon mari. Bon ! Il m'a dit qu'il ne sait pas, mais il

pense avoir laissé le tunnel, car d'après lui c'est dans le tunnel que le plaisir commence, seulement je ne pourrais plus procréer ni avoir des menstrues. Bon ! Je ne ressens pas tout le bas là, cela fait six mois que mon mari et moi n'avons rien fait parce qu'il faut que ça cicatrise bien, on fait une soudure à plusieurs niveaux, je n'ai pas encore eu des rapports sexuels pour confirmer cette hypothèse du docteur. Néanmoins, je me sentirais soulagée si je pourrais de nouveau satisfaire mon mari.

C'est un défi énorme de gérer l'atteinte somatique des organes génitaux, les l'états de détresse et de souffrances engendrées au regard de la féminité, du corps, de la sexualité et leur quotidien réactualisent constamment l'angoisse de perte d'objet. L'on peut comprendre dans le discours de Madame E en lien à son mari, une certaine qualité de sexualité suite aux effets de l'ablation et des mutilations qui auraient attaqué l'identité réelle et imaginaire de ce couple. En effet, à travers la mise en parenthèse de l'espace dédié à la sexualité et à la féminité, il y'a comme une interaction entre l'organique et l'inconscient.

Par ailleurs, c'est avec peine que Madame C laisse libre cours à ses fantasmes autour de la question et à un moment aborde le fait que son corps envahit par la maladie cancéreuse, mutilée par l'ablation, focalisée sur les effets néfastes, subit les épreuves qui retentissent littéralement en elle telles des fissures entre son expérience dans le passé et celui de son présent. « (...) *(Pleures) d'un côté les rapports sexuels, je ne fais plus, en dehors de ça certaines viandes je ne mange plus, il y'a aussi le sucre que je ne prends plus* ». Dans ce propos, l'on observe que le corps malade renvoie le réel de ce qui est pour ici la trajectoire que doivent prendre les pulsions et le désir. Les *(Pleures)* quant à elles, sont révélateurs d'une situation infernale d'un corps morcelé et violenté par la maladie. C'est une situation difficile telle que rapportée par Madame L: « *c'est difficile, mais on fait avec, ma vie de femme est mise de côté à cause de la maladie* ». Il n'est pas question de décrire une douleur quelconque. Plutôt, il y'a une forte représentation de souffrances et de sensations internes de la sexualité féminine déterminée de façon arbitraire par un temps d'arrêt imposé par le poids de la maladie. Donc ses éprouvés interne sont l'expression d'une forme de clivage corporelle par rapport à la sexualité privatisée à la féminité, et à l'image menaçante que son corps. Il en ressort d'une manière voilée

un rapport de castration et une perte d'érotisation génitale de sa sexualité au sein du couple ce dû au diagnostic ; aux épreuves de traitements et des hospitalisations répétées.

Dès que la maladie a commencé, vous savez comment sont les hommes. Le fait de savoir qu'il ne pouvait plus me toucher. J'ai dû faire 4ans comme ça si bien que je suis allée m'installer au village laissant ce dernier en ville avec les enfants et sa deuxième femme.

D'après ce récit, les conjoints prennent clairement leur distance et le col de l'utérus affecté, à cet instant devient l'objet phallique castré et exproprié du corps par la maladie. Il y'a comme une atteinte de limites, Madame B expérimente cela dans une passivité correspondant à un rejet de proximité corporelle entre elle et son mari ; comme étant une partie tenante de l'absence de relations objectales. Elle décrit brièvement la nouvelle dynamique que renvoi son corps. Il en ressort d'une manière voilée un rapport de castration et une perte d'érotisation génitale de sa sexualité au sein du couple ce dû au diagnostic ; aux épreuves de traitements et des hospitalisations répétées. « Dès que la maladie a commencé, vous savez comment sont les hommes. Le fait de savoir qu'il ne pouvait plus me toucher. J'ai dû faire 4ans comme ça si bien que je suis allée m'installer au village laissant ce dernier en ville avec les enfants et sa deuxième femme ».

D'après ce récit, les conjoints prennent clairement leur distance et le col de l'utérus affecté, à cet instant devient l'objet phallique castré et exproprié du corps par la maladie. Il y'a comme une atteinte de limites, Madame B expérimente cela dans une passivité correspondant à un rejet de proximité corporelle entre elle et son mari ; comme étant une partie tenante de l'absence de relations objectale. Elle décrit brièvement la nouvelle dynamique de son couple inhibée par un manque de communication et la séparation.

L'on note de ce fait que l'analyse de cette première partie met en exergue la rupture des repères dans l'expression de l'arrivée soudaine du cancer col de l'utérus dans la vie des participantes. Le diagnostic étant posé et révélé entraîne avec lui des répercussions immédiates et sur le long terme qui sont source de rupture dans leurs désirs, dans la continuité de leur vie intérieure, familiale, conjugale. C'est une crise qui touche tout l'équilibre psychique du sujet malade qui se la représentent sous une négative : stress, détresse, colère, bref de souffrances.

5.3- MANIFESTATION DU DÉPASSEMENT DE LA RUPTURE DES TEMPORALITES

Le cancer du col de l'utérus et ses traitements sont des préoccupations permanentes pour nos participantes. La description qu'elles font de la maladie, peu importe le stade où elles se situent. Ceci dit, il y'a qu'elles gardent espoir en élaborant des modes de réorganisation

psychique qu'on qualifie d'anticipation créatrice de vitalité à travers le dépassement de la rupture des temporalités (le sentiment de cohérence dans le récit, la réévaluation des priorités, des changements dans la perception du temps, l'attribution d'un sens à la survenue de la maladie, l'adoption de nouvelles). Elles se réfèrent au modèle de l'espace transitionnel de l'image du corps qui se situe entre le moment des répercussions et le moment de compréhension possible de création d'une élaboration psychique. Processus par lequel le dépassement est engagé. En fait c'est en exerçant leurs tâches quotidiennes de femme, de mère et d'épouses, en symbolisant et en compensant la perte de leur organe atteint par le cancer du col de l'utérus que celles-ci sont capables de créativité et passer à autre chose que les plaintes morbides de leurs souffrances. Le discours de Madame L le justifie en ces mots :

Mon avenir se vit selon mon présent. Je vous ai dit bien que ce n'était pas évident pour moi au départ. Mais, maintenant je me sens normale, je m'occupe très bien de tout le monde à la maison. Je joue également mon rôle de mère à la perfection vu que mon dernier enfant a 7ans. Je joue mon rôle d'épouse et d'amie aussi. Bref j'ai repris ma maison normalement.

Ce qui envisage une créativité sans enfermement dans leurs limites, la réussite ou reconnaissance de celle-ci. L'on voit représenter ici la coloration de toute une attitude face à la réalité de la maladie. Le dépassement de la rupture est donc une des conditions nécessaires à la réorganisation de la réalité psychique en ce sens que la pulsion créatrice est présente en chacun des participantes et elle les permet d'aller au-delà, comme c'est le cas chez Madame E lorsqu'elle s'appuie sur sa chrétienté pour pouvoir dépasser la crise imputée par la maladie : « *Ce que le Seigneur me donne, je prends. Et je sais qu'il m'a toujours donné ce qui est le mieux pour moi* ». Cet énoncé permet de démontrer l'adaptation des participantes aux conditions imposées par la maladie du cancer du col de l'utérus.

5.3.1- La réorganisation psychique

La réorganisation psychique est un travail d'élaboration qui suite à l'intensité de nombreuses répercussions de la maladie et ses traitements, et à l'occurrence est le moyen avec lequel ces participantes amorcent les processus de la résilience de façon défensive à faire face à la maladie et à vivre en trouvant les moyens d'être femme. Cette réorganisation est parfois « insupportable » pour ces femmes, car elles sont plongées dans une angoisse permanente

énoncée avec des mots qui évoquent non seulement leurs antécédents, mais également les complications qui surviennent souvent dans leur situation. : « *On m'a enlevé tout l'utérus et je demandais au Seigneur si je vais encore éprouver du plaisir à vivre, car cette maladie lorsqu'elle arrive, vous déstabilise considérablement* ».

Les participantes rapportent que le cancer du col de l'utérus non seulement est une perte de l'intégrité féminine corporelle, de sexualité, mais aussi de l'existence tout entière. L'on peut dire à ce niveau que dans le temps de l'après-coup, les participantes se rassissent des différents remaniements liés à la maladie et aux traitements dans un travail de réorganisation avec plus d'un processus psychique qui sont déterminant propre à leur mode de résolution interne expliquant le pourquoi elles s'inscrivent dans notre étude comme étant résilientes.

5.3.1.1-Mécanismes de défenses

Face au cancer du col de l'utérus et à ces multiples traitements, les participantes dès l'annonce de leur diagnostic par l'équipe soignante, celles-ci ont mobilisé chacune de façon singulière des opérations mentales de défense dans le but de mieux gérer les tensions et les excitations générées par cette situation particulière. Il s'agit des processus mentaux automatiques, qui s'actionnent en dehors de leur contrôle, de leur volonté et dont l'action demeure inconsciente pour l'amélioration conjointe de leur système de défense immunitaire. Ce qui contribue d'une certaine manière à leur réorganisation psychique ce par l'entremise de certaines défenses.

5.3.1.1.1- La Répression

Un processus qui permet la mise ce de manière inconsciente des représentations de la pulsion sexuelle. L'exécution de ce processus donne la force à l'appareil psychique et maintien inconsciemment les pensées devenues intolérable pour le Moi. Autrement dit, c'est évité délibérément ou temporairement de penser à ce qui fait problème ou à une expérience gênante ; la mise de côté de la situation dans le cas du cancer du col de l'utérus ne la fait pas oublier pour autant, mais permet à certaines de nos participantes à s'engager dans une élaboration psychique encore plus importante. Ceci s'illustre ainsi dans le discours de Madame C lorsqu'elle dit : « *Les gens autour de moi me disaient que ce sont les maladies que quand tu stresses ça risque t'amener très vite. Donc il faut éviter le stress. Alors j'ai essayé de vivre comme ça* ».

Nous retrouvons également ce mécanisme dans le discours de Madame L : « *Mais je n'y ai même jamais pensé de m'en séparer psychologiquement avant que vous me poser la question sauf si rêver en fait partie* ». À cela s'ajoute : l'humour.

5.3.1.1.2- Humour

C'est une substance élaborée par le corps engagé. C'est un ensemble de dispositions, des tendances dominantes qui forment le tempérament et le caractère pour la composition des humeurs du corps. Nous avons souligné chez nos participantes des aspects amusants, comique et ironiques dans leurs discours en situation combattant le cancer du col de l'utérus. Ici l'humour, s'applique à elles-mêmes. Elle est involontaire, donc inconscient tels que rapporte madame E : « Lorsque le médecin me parlait même comme je riaais, je n'étais pas trop satisfaite. Mais avec l'expérience des autres, une femme comme moi, qui me dit, bon ça ne peut que me rassurer ; le docteur m'a seulement dit que c'est seulement le tunnel qui est resté ».

L'on retrouve dans le discours de cet participantes 05 occurrences illustrant très bien de l'humour. Ce qui permet de considérer l'humour comme étant l'un des plus hauts mécanismes de défenses mature dans la réalisation de la réorganisation psychique. Ce mécanisme est aussi présent dans le discours de Madame B lorsqu'elle dit : « *Hum, pourquoi ma mère ? Haha haha haaaaa ! Avec la maladie, tu pleures pourquoi ? Haha haha !* ». Par ailleurs, lorsque l'on interroge Madame C sur son diagnostic, elle aborde la question elle aussi avec de l'humour, cependant dans forme ironique : « *ça fait mal, mais je ris seulement* ».

En effet, l'on peut faire la remarque ici que l'humour dédaigne de soustraire à l'attention consciente le contenu de représentation attaché à l'affect pénible dont il transfigure la connotation émotionnelle. Elle lui adjoint une composante positive. Dans la même logique, l'humour est évoqué chez la plupart des participantes dans le but de minimiser les tensions psychiques engendrées généralement par tous ce qui tournent autour des traitements et des frustrations. L'on retrouve également des manifestations qui rendent compte de la sublimation.

5.3.1.1.3-Sublimation

Elle s'illustre comme étant la capacité de satisfaire la pulsion sans atteindre le but originel. Le désir sexuel peut se trouver purgé sans qu'il y ait sexualité. C'est ainsi qu'elle peut est à la fois l'un des quatre destins de la pulsion et pas qu'un mécanisme de défense du Moi à proprement parler. C'est à travers cet acception que Madame E transforme ses pulsions sexuelles chargées de déplaisir avant et pendant les traitements de son cancer du col de l'utérus en plaisir quand elle parle de ses enfants :

Mes enfants, surtout la plus petite que moi-même j'ai accouché, elle a 17 et elle fait 3e année universitaire. Elle est d'une intelligente hors pair, elle a eu le bac avec mention très bien. Ce qui veut dire peut-être que moi-même je n'étais pas paresseuse à l'école, mais je n'ai pas eu seulement l'encadrement. Je suis ravie pour tous mes enfants. C'est comme si c'était moi-même sauf que je n'ai pas pu aller loin à l'école, et je l'accepte comme ça.

L'on note également chez Madame E comme chez les autres participante ce processus sous forme de satisfaction et de reconnaissance dans le remplissage de sa fonction maternelle : « Heureusement que j'ai fait les enfants avant déjà et que je partais déjà aussi vers la ménopause où je ne voulais plus accoucher ou bien. Heureusement que je me suis aussi vite mariée enfin j'ai vite commencé l'accouchement parce que mon premier fils a 24ans ».

5.3.1.1.4- L'intellectualisation

En tant que processus qui permet de donner une formulation discursive à ses conflits, à ses émotions de façon à les contrôler, l'intellectualisation s'adonnant à un usage excessif de pensées abstraites ou de généralisations pour contrôler ou minimiser les sentiments perturbants. Il permet de maîtriser les affects en évitant aux participantes de se confronter à son implication personnelle dans une situation conflictuelle. C'est le cas pour Madame E qui dit : « *Pleurer quand on parle d'autres choses ? Ça me fait même plutôt rire. En tout cas ça dépend de chacun. De comment chacun gère ses émotions.* ». L'on observe aussi les manifestations de celle-ci au niveau du traitement de l'information chez Madame : « Dès que la maladie-ci a commencé, vous savez comment sont les hommes par rapport à ces choses. Je peux comprendre une seule chose, c'est ma vie, je ne suis pas encore morte et si je peux le satisfait pour ma part à travers ma coépouse, ça ne me pose aucun problème ».

En outre, l'on constate que les participantes mettent en place ce mécanisme au niveau de la cognition en vue d'éliminer les informations erronées. Madame E notifie et se renseigne sur sa maladie : « *Le pronostic était favorable, j'avais même ça écrit quelque part. Jusqu'à je suis allée sur Google pour ce que cela voulait dire et comment se comporter avec ce genre de maladie* » Celui-ci les permet de mieux traiter l'information portant sur leur souffrance ainsi que la méthode qu'elles emploient dans l'optique de se soulager.

5.3.1.2-Étayage

Dans l'environnement de soins des participantes de notre étude, nous constatons que leur engagement vers le processus de résilience passe par celui d'étayage. Autrement dit, il s'agit de la relation qu'elles entretiennent avec des objets soit préférentiel soit édicté dont les modalités sont non seulement pluri subjectives, mais aussi toujours presque identiques (couples, famille, groupe de paires, institutions). Les participantes au cours des entretiens cliniques expriment très spécifiquement l'implication, la participation active et affective de leur différent dispositif d'étayage comme étant des leviers sur lesquels elles investissent psychiquement à des moments transférentiels qui touchent principalement les formations de groupalité psychique avant et après crise. C'est le cas de Madame C lorsqu'elle dit : « *Mais avec le soutien de ma fille et ma famille, c'est passé. C'est la raison pour laquelle je quitte Douala pour venir suivre mon traitement ici parce que ma famille est ici* ». L'on note que dans ce langage des effets d'objets d'appui, d'assistance, de soutien, d'aide auquel elle fait recours pour conquérir et s'éloigner de ces sources de souffrances répertoriées dans son propre corps, dans son monde intérieur et ses rapports avec les autres.

L'on explore également cette modalité familiale chez Madame L pour qui c'est un support de créativité vitale et de dispositifs anticrises quant au jeu intersubjectif aux moments de grandes souffrances liées à sa maladie, à l'occurrence raisonne ainsi dans sa réalité psychique. Quand elle dit : « *je vivais la maladie avec tout mon entourage, ce n'était pas évident. Quand les saignements se sont arrêtés, c'était un grand soulagement pour nous tous* ». Tout au plus, le processus de réalité psychique par étayage organise et met en lien l'intersubjectivité de tout le groupe ceci est en partie prenante dès l'annonce de cancer du col de l'utérus et dans la résolution individuelle de la détresse psychologique de cette participante. Pour certaines de nos participantes leur processus d'étayage se manifeste comme pour les précédentes dans leur discours à la fois dans leur famille et par le recours à la prière dénommé dans notre analyse comme s'appuyer sur l'institution religieuse à l'exemple de Madame E : « Et à un moment je me dis, il y'a un Seigneur, il y'a une vie déterminée, c'est arrivé comme ça, ça veut dire que ça devait arriver, ça ne dépend pas de moi vue ma religion, je sais que je crois beaucoup en Dieu. Et puis je me dis que ce sont les affaires de Dieu, je remets ça à Dieu et j'en passe, c'est ça qui me relève toujours le moral ».

Et d'autre part elle fait confiance en l'institution hospitalière, respectant copieusement ses prescriptions : « *Par rapport au traitement je n'en juge pas encore ça de contraignant puisque j'ai trouvé tout ce qu'on donne, c'est entré en moi, j'ai trouvé satisfaction(...)* ». Quant

à Madame B, elle dit : « J'ai laissé tout qu'à Dieu. Moi je suis simple, dans ma vie je ne connais rien, je dis seulement au Seigneur que bon c'est à toi de savoir comment je peux vivre. C'est pour moi comme ça. Je suis là, je ne fais que prier, je sais que un jour un jour je vais finir par guérir, je n'ai jamais mal regardé l'enfant de quelqu'un ».

La culture et les institutions (milieu familial, milieu hospitalier, milieu religieux, milieu traditionnel) sont en effet un ensemble qui constitue un appareil de liaison d'avec la réalité psychique de la maladie et les traitements des participantes dans le but de transformer et de transmettre ce qui les prédisposent à la création. Ces états contiennent leur moment de crise. En outre elles mettent en exergue dans la manifestation clinique du processus d'étayage, le noyau de base de l'identité par la médiation entre les besoins corporel et psychique des participantes par rapport au groupe (couple et groupe de paires). C'est le cas de Madame E: « *Bon je me sentirais vraiment soulagée si je peux satisfaire mon mari avec ou sans ça* ». Il est clair que la capacité et la qualité de cette réorganisation psychique par l'étayage est soutenue par des schèmes différents chez chacune des participantes. Ce qui souligne l'importance différenciée dans la continuité de leurs investissements.

5.3.1.3– Symbolisation

Le processus de symbolisation se met en place lors de la réorganisation psychique. C'est la façon avec laquelle les participantes arrivent à transformer progressivement leurs rapports internes, notamment par la mise en « sens » dès l'annonce de la maladie de cancer qui est un phénomène redoutable. Il en ressort les premières formes de subjectivités qui sont généralement des éléments figuratifs très archaïques de la psyché. L'analyse de la construction de l'activité représentative des participantes tant bien positive que négative montre les liens intimes avec l'expression de différentes formes de souffrances, de perceptions, de sensations, d'affectes, de pulsions, de formes d'images. C'est ainsi que les expériences sont différentes d'une participante à une autre. Pour Madame B par exemple, elle a d'abord cherché la source de son mal dans les traditions ancestrales et vit les moments d'hospitalisation comme les plus pénibles de sa vie. Le contenu de son discours laisse transparaître un sentiment de désespoir, de détresse envers son propre corps et d'exténuation pour le coût financier qui est la responsabilité de ses enfants quand elle déclare :

Avant je faisais que les remèdes du village. Avant je partais seulement chez les tradipraticiens, on faisait les remèdes du village, je buvais seulement que ça et en même temps on cherchait les moyens financiers

pour que je vienne ici à l'hôpital. Je suis là aujourd'hui comme ça ! On se défend et les enfants ont trop soufferts vu que ses eux qui s'occupe de tout ici à l'hôpital... (Soupire)... [...] Avec la maladie comme ça, le sang qui se verse que beaucoup après ça se calme, après c'est l'eau blanc qui sort un genre, tu vas faire comment ma mère (Soupir) à l'époque, j'avais 53ans, tu secoues un peu la tête, mais si tu ne dois pas supporter, tu vas faire comment? (...) Comme je vous ai dit là non, j'ai été menacé ma mère, j'ai baissé ma tête, j'ai laissé tout qu'à Dieu. Moi je suis simple, dans ma vie je ne connais rien, je dis seulement au Seigneur que bon c'est à toi de savoir comment je peux vivre. C'est pour moi comme ça.

Madame C a la particularité d'être non seulement intrigante, mais également, a le bénéfice d'être doté d'une grande expérience des situations stressantes après l'annonce de son diagnostic de cancer du col associé au VIH SIDA. L'on remarque ici que l'activité de la construction de la réalité psychique est globalement représentative par des logiques homéostatiques complexes des maladies qui l'éprouvent. Elle dit : « *Comme je vous ai dit, lorsque j'ai appris que le cancer du col de l'utérus s'était ajouté, j'ai essayé de faire le vide dans ma tête* ». Le constat que l'on fait, est que Madame C a commencé à intégrer par le processus de symbolisation au niveau primaire, la charge émotionnelle et pulsionnelle de l'annonce du diagnostic : « *le cancer du col de l'utérus s'était ajouté* » ; puis, elle l'a réduit pour qu'elle puisse se représenter le cancer du col de l'utérus en elle-même pas forcément comme nocif pour son organe génital « *j'ai essayé de faire le vide dans ma tête* ».

C'est-à-dire qu'il y'a une réorganisation psychique des étapes par lesquelles elle est passée, en plus de celles qu'elle a transcendées et dépassées qui lui ont permis d'extérioriser par un filtre cognitif ses pensées, son imagination, ses fantasmes, ses frustrations et même son identité afin de contrer la force désorganisatrice de ses repères induite par la maladie et ses traitements. Le processus de symbolisation chez Madame E témoigne sur le plan de l'intersubjectivité, la capacité associative à transformer nettement l'expérience de la maladie en une vie psychique engagée. Il en ressort de ses propos :

Donc ce que moi je ne peux pas encore expérimenter. Je n'ai pas encore essayé. On ne peut pas me mettre hors circuit, c'est une maladie comme les autres parce que si on l'achetait, je ne pourrais jamais l'acheter. J'ai envie d'une voiture, mais je ne parviens et je me dis que peut-être mes enfants m'offriront des voitures, faut qu'ils je les offre de grandes études avec une bonne éducation, un bon suivi et tout sans les lâcher.

La matière psychique symbolisée ici rend compte de la nécessité pour le psychisme de se ressaisir et d'avoir une vision globale de la situation à travers l'interaction constante avec les institutions, les pairs, la famille... Elle s'articule autour des processus de réappropriation identitaire de l'image de l'organe atteint, de la sexualité, la féminité et en même temps implique la continuité du travail de l'appareil psychique qui montre comment les participants réorganisent leur histoire subjective.

5.3.1.4 – Travail du deuil

Peu importe la maladie, bénigne ou chronique telle qu'elle soit, à l'occurrence le cancer du col de l'utérus après l'annonce du diagnostic, toutes les participantes en souffrance ont besoin d'un certain temps pour arriver à l'accepter. Autrement dit, elles font un travail psychique de détachement d'avec leur vie antérieure entre autres lorsqu'elles fussent bien portantes afin d'investir de façon effective et suffisamment positive à leur nouvelle situation de maladie. C'est ainsi que le processus du travail de deuil prend forme. Par ailleurs, ce processus à travers étapes n'est pas nécessairement vécu de façon ordonnée et non plus vécue par toutes les participantes. Chacune d'elle le vit au moins en deux étapes parmi toutes celles identifiées jusqu'à présent.

5.3.1.4.1– Le choc

L'expression du choc dès l'annonce du diagnostic est l'amorce du processus du travail de deuil. Pour les participantes, cette étape se manifeste par un investissement énergétique à la compréhension de ce qui les arrive, ce qui est généralement bouleversant. Il est dans la situation des participants un peu plus centrés sur leur réaction lors à l'annonce leur diagnostic. L'ensemble d'émotions manifestées et recueillies dans les différents discours était entre autres de la stupéfaction. Pour Madame E : « *Je ne sais pas où ce genre de maladie me sort* » ; de l'angoisse pour Madame L : « *j'ai réalisé et j'ai beaucoup pleuré d'abord en me disant que ce*

n'est pas une bonne maladie ». Cette angoisse est également illustrée dans le discours de Madame C : « *J'ai éprouvé un découragement parce que quand on vous dit que vous avez une maladie de ce genre, ça traumatise d'abord un peu, si bien que j'ai fondu en larmes* ». Et parfois au cours de l'entretien, l'on pouvait noter une once de désintérêt chez cette dernière en ces propos : « *Les gens autour de moi me disaient que ce sont les maladies que quand tu stresses ça risque t'amener très vite. Donc il faut éviter le stress. Alors j'ai essayé de vivre comme ça* ». Et de l'apathie pour Madame B « *je suis là aujourd'hui comme ça, on se défend et les enfants ont trop souffert ; on cherchait les moyens à me donner pour que je rentre encore ici à l'hôpital... (Soupire)... humm hum !* ». Le choc ici réitère le niveau premier dans le processus de travail de deuil et fait signe d'une désorganisation psychique. Cependant il illustre de manière implicite les manifestations d'un second niveau qui n'est rien d'autre que le déni de la situation.

5.3.1.4.2– Le déni

C'est une réaction normale qui se manifeste par des expressions des participantes durant les entretiens sur l'image qu'elles ont de leur corps qui subit des traitements, sur leur féminité et sur leur sexualité. C'est le cas de Madame L : « *Mon avenir se vit selon mon présent. Bref je vis normalement.* » Et de Madame C : « *Je vais vous dire quoi ? Je me sens normale* ». Et parfois d'autres d'entre elles banalisent les affects qu'elles ont eu à ressentir lorsqu'elles se racontent, c'est le cas de Madame E dans ses propos : « *Pleurer quand on parle d'autres choses ? Haha haha ! En tout cas ça dépend de chacun de comment chacun gère ses émotions* ». Ces manifestations laissent entrevoir l'annonce du diagnostic ou tout du moins le cancer du col de l'utérus comme une fatalité dont les participantes ont du mal à accepter et à intégrer dans leur vie. À la suite de quoi se manifeste le marchandage qui est le troisième niveau du travail de deuil.

5.3.1.4.3–Le marchandage / La colère

C'est le niveau qui marque dans ce processus la phase où les participantes tentent de diminuer comme elles le peuvent chacune, les contraintes non seulement du cancer du col de l'utérus, mais aussi celles liées aux traitements. Elles s'essaient de faire un avec cette réalité afin de délimiter la portée en elles. C'est pourquoi dans leur discours de Madame C, elle peut dire : « *Il faut éviter le stress. Alors j'essaie de vivre comme ça* ». C'est aussi le cas de Madame L lorsqu'elle dit : « *Je sais que j'ai la maladie en moi et bon la seule chose que j'espère c'est une guérison. S'il arrive que l'enlever soit la solution à ma guérison, je crois que*

je vais appliquer ce que les gens disent souvent et me faire une raison de me séparer de cette partie de moi qui me fait souffrir ».

On dénote comme une sorte de négociation entre elle et la maladie. Ceci dans le but de plus ressentir la douleur et les souffrances de cette situation. De même que le questionnement et la revendication d'injustice de la situation éprouvante se révèlent être la source de la colère que laissent transparaître les participantes dans leur discours. Madame E le démontre : « *Je ne sais pas où ce genre de maladie me sort. Peut-être on m'a fait ça* ». L'aspect positif à retenir ici est que les participantes soient conscientes de la réalité de la maladie.

5.3.1.4.4–La tristesse/résignation

Dans le discours des participantes, l'on a remarqué qu'elles reviennent toujours à l'hôpital suite à des complications dues à la maladie. Le fait qu'elles subissent des hospitalisations répétées, les plonge souvent dans une tristesse avec repli sur soi, où peu à peu elles prennent conscience et assument davantage leur maladie. Ce qui se traduit d'abord par la méditation observée chez Madame B : « *Moi je suis simple, dans ma vie je ne connais rien, je dis seulement au Seigneur que bon c'est à toi de savoir comment je peux vivre. C'est pour moi comme ça* ». Et enfin lorsqu'elle ajoute : « *j'ai secoué un peu la tête. Non j'ai été menacé par ça !* ». De plus, une autre manifestation de cette phase de tristesse associée à la résignation, s'observe par les (*soupires*) non seulement chez toutes les participantes lors des entretiens cliniques, mais aussi dans cet extrait de discours de Madame C : « *A un moment donné j'ai failli, ça m'a beaucoup attristé, mais avec le soutien de ma fille et ma famille, c'est passé* ». L'on retient que durant cette phase, la maladie se mêle à un sentiment de douleur permanent qui oblige les participantes à se résigner à la situation. Elles disposent dans ce cas des compétences et des attitudes les permettant de supporter la situation. Ce n'est qu'ainsi qu'elles entrent réellement dans la phase d'acceptation.

5.3.1.4.5– L'acceptation

C'est l'expression d'un équilibre émotionnelle qui va du moment de l'annonce du diagnostic et de l'aspect de soulagement positif découlant de la nouvelle situation de malade. Elle est encore dite phase de reconfiguration. Dans le cas des participantes, l'on a celles qui relativisent comme Madame C : « *Je ne peux pas vraiment avoir une histoire à raconter. Je me dis c'est normal, ça peut arriver à n'importe qui* ». (*Soupire*) ! À l'observation, l'on fait la remarque que certaines des participantes sont non seulement réalistes, mais également restent très calmes même lorsque leur cas est souvent inquiétant et critique. L'on observe cela chez

deux d'entre elles et manifestement en étant optimistes, adhèrent à leur prise en charge médicale et se projettent par la même occasion sans maladie dans leur corps, et, à la fois à une meilleure sexualité. C'est le cas de Madame L : « Je sais déjà qu'on doit l'enlever. Ça entre dans le processus de guérison. On a dit chimio, radio, chirurgie. Donc dès le départ, gynéco a été claire avec moi parce que moi je voulais chirurgie, chimio, radio. Il a dit non c'est d'abord les deux premiers, la chirurgie arrive après ». Pareillement Madame E fait preuve d'acceptation dans son discours :

Bien sûr, je raconte facilement, on ne cache pas la maladie. Il faut d'abord accepter la maladie. Demander au Seigneur d'accorder le médicament approprié et oui quand tu viens le prendre sachant que tu es malade et que le médicament là a été prescrit pour ta maladie avec toute la foi que tu as, ça va agir. Je me dis que c'est le pourquoi je vais de mieux en mieux vers les favorites.

À ce moment, il y'a comme une grande responsabilité engagée de la part des participantes à gérer la situation. Elles se montrent très actives et réalistes en décidant de faire face à la maladie. C'est alors que vient la dernière phase de reconstruction de ce processus.

5.3.1.4.6– La reconstruction

La phase de reconstruction dans le processus de travail de deuil survient après le bon déroulement de celles qui précèdent. Il s'agit d'une élaboration intrapsychique consécutive non seulement de l'acceptation de la perte de l'organe atteint, mais aussi c'est dans cette phase que les participantes réinvestissent leur environnement afin continuer leur vie. Cela est observée au début chez Madame E lorsqu'elle dit : « *Le manque de mon utérus ne me dérange plus, j'attends juste tester si le tunnel fonctionne bien sans son arrivé, je ne sais pas. Haha haha!* ». Ensuite chez Madame C : « *Pourquoi tu ne peux pas aussi vivre ta vie ? J'ai trouvé que c'est normal. C'est une maladie comme tout le reste* ». Enfin chez Madame L : « *Pour être honnête je rêve de cette dernière étape* ».

L'on comprend à travers les entretiens cliniques des participantes que la reconstruction dans le processus du travail de deuil émerge avant et après l'ablation du col de l'utérus. Il y'a comme suspension de la source des souffrances dans leur corps et une nouvelle identification du corps qui retrouve leur sexualité, leur féminité et leurs occupations quotidiennes.

CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

Le présent chapitre est consacré à l'interprétation des résultats obtenus et à leur discussion. Dans cette optique, l'on va dans un premier temps, faire la synthèse desdits résultats, puis, les interpréter à la lumière des théories sur lesquelles s'étaient ce travail de recherche. Par la suite, on aura une discussion des résultats au regard des recherches antérieures. Et enfin, il sera question de présenter les implications et les perspectives qu'offre cette recherche.

6-1 - SYNTHÈSE DES RESULTATS

Les données ont été collectées auprès de quatre participantes de l'HGY grâce aux entretiens semi-directifs. Il s'agit des femmes âgées respectivement de 40 ans, 44ans, 46 ans et 56 ans. Elles sont victimes d'un cancer du col de l'utérus et ont été sélectionnées à partir des critères d'inclusion. L'analyse thématique a fait ressortir deux principaux thèmes à savoir : les retentissements du cancer du col de l'utérus et la rupture des temporalités, illustrées par les sous-thèmes intitulés, en premier lieu : contexte d'annonce du diagnostic. En second lieu : éprouvés et contraintes depuis l'annonce du diagnostic et des traitements. En troisième lieu : retentissements sur la sexualité, la féminité, l'image du corps et le vécu quotidien.

La deuxième thématique parle des manifestations du dépassement de la rupture dans un espace psychique favorisant non seulement son amorcement par la mise en place des processus psychiques. Mais aussi, la réorganisation à travers la symbolisation, l'étayage et certains mécanismes de défense et le processus du travail de deuil de l'organe atteint par la maladie qui obéit aux six étapes correspondant au choc, au déni, au marchandage/à la colère, à la tristesse /à la résignation, à l'acceptation et enfin à la reconstruction.

Par ailleurs, les données recueillies montrent que la survenue de façon soudaine et imprévisible du cancer du col de l'utérus dans la vie des participantes est source de beaucoup d'éprouvés et les contraintes. Entre autres, il s'agit d'une part des douleurs, de dépréciation corporelle, de découragements, de castration, d'absence affective, d'arrêt d'activités professionnelles, de crises d'angoisses, de sentiment d'insécurité et d'injustice. Et d'autre part, tous ces affects sont liés aux répercussions de la maladie à l'intérieur d'elles, associées à leur altération interne qui engendre dans leur réalité psychique, l'incrustation d'une rupture des temporalités rendant compte de la désorganisation psychique à l'épreuve de la perte de leurs repères. Ainsi, le dépassement de la rupture des temporalités entraîne un équilibre du fonctionnement psychique contribuant à la réorganisation psychique.

6.2 – INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Il est question de faire une lecture théorique psychanalytique, clinique et pratique de la réorganisation psychique des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus à travers les effets de paroles lors des entretiens cliniques semis-directifs à la lumière des travaux de Lehmann (2014). De plus, à l'aide des théories psychosomatiques intégratives, théories psychanalytiques et systémiques, on va appréhender les organisateurs psychiques qui régit d'une part à la perte des repères telles que les répercussions et les contraintes liées à la maladie, et d'autre part, le dépassement de la rupture des temporalités rendant compte du fonctionnement réorganisé de la psyché chez ces femmes atteintes du cancer du col de l'utérus.

6.2.1 – Application du modèle psychanalytique de la désorganisation/réorganisation psychique suite à l'atteinte du corps selon le dépassement de la rupture des temporalités de Lehmann (2014) dans l'appréhension de ce processus chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus :

Lehmann (2014) dans ses travaux auprès des patientes atteintes d'un cancer gynécologique, maladie singulière touchant principalement les femmes montrent que certaines de ces femmes subissent l'ablation partielle ou totale de leur col de l'utérus. Aussi, elles passent par la reconstruction de la muqueuse utérine et par les différentes thérapies qui portent également atteinte à leur l'image du corps, à la féminité, à la sexualité et à leur vécu quotidien.

Elle explique ici que le diagnostic est un choc et les traitements induisent une certaine passivité qui s'accompagne d'une introspection par un repli sur soi. C'est-à-dire que la femme devenue malade non seulement s'interroge sur les origines de son cancer ; mais aussi médite sur le sens à donner à cette maladie. Lehmann(2014) soutient que les effets de la maladie et des traitements résonnent avec des blessures antérieures et postule que seul le travail psychique dans la réalité de la femme atteinte, met en place une sorte de réorganisation psychique qui l'aidera à sortir de cette situation critique, qu'elle qualifie souvent de traumatisante, où passé et présent sont étroitement intriqués: *«La maladie réveille au moins en partie les souffrances psychiques antérieures »* ou encore : *« C'est la découverte de ces points de jonction par la patiente elle-même qui permet de remettre les choses en place, le passé dans le passé, le présent dans le présent »*. La capacité par laquelle la réorganisation psychique est mise en place rend compte de la manière par laquelle est vécue la maladie.

Elle souligne en outre que l'annonce du diagnostic peut correspondre à un événement de l'histoire personnelle et opère une forme de rupture : *« Le corps malade envahit la vie psychique »*. L'expression qui s'en suit est un sentiment non seulement de perte, mais aussi un

sentiment de vulnérabilité qui engendre un sentiment d'étrangeté selon Freud (1919). Certes, la maladie a des répercussions psychiques, mais l'ordonnement symbolique et associatif permet de maîtriser d'une part et de lier d'autre part les excitations agissant sur la sexualité, sur la féminité, l'image du corps et le vécu quotidien. (McDougall, 1982).

Pour Lehmann (2014) lorsque le processus de réorganisation psychique aboutit en ayant une valeur symbolique et signifiante dans son expression, il se lie à des nœuds inconscients des pensées, des éprouvés, des représentations, des fantasmes et entre autres aux contraintes de la féminité, de la sexualité, de l'image du corps des patientes atteintes de cancer du col, dans le but de restructurer leur équilibre psychique et leur capacité à se maintenir résilientes.

C'est la raison pour laquelle certaines patientes surinvestissent dans le sens tandis que d'autres se replient sur elles-mêmes ; la partie interne et intime du corps qui est exhibée avec dérision ou parfois mutilée est assimilée à une perte à la fois grave et identitaire du corps. C'est pourquoi ce sentiment de perte avec ses retentissements psychiques va être réinvestir à travers l'élaboration d'une nouvelle image du corps et de soi impliquant un renoncement de la précédente image (Lehmann, 2014).

Le cancer du col de l'utérus mutile un organe objet de plaisir et de satisfaction sexuelle, emblème de la féminité et de la maternité. L'atteinte porte sur le corps sexué, représentant le rapport à l'autre ; c'est là que le sujet trouve, difficilement, confirmation et reconnaissance de son identité. La vie sexuelle est bouleversée qu'elle en soit inhibée ou exacerbée. Le temps du deuil est un travail psychique, surtout inconscient, qui conduit peu à peu le sujet à la réalité de la perte, et seule la réorganisation psychique permet un retour de la femme sur son histoire (Lehmann, 2014).

Comme mentionné plus haut, les femmes résilientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus engagent une réorganisation psychique autour de deux sphères de leur histoire et donc de deux discours :

- Le discours sur les retentissements du cancer du col de l'utérus et la rupture des temporalités

- Le discours sur les manifestations du dépassement de la rupture des temporalités

Pour Lehmann 2014, ces deux discours étant organisés autour de deux thèmes qui sont : la désorganisation psychique : choc et la perte des repères et dépassement de la rupture des temporalités. Ces deux thèmes fournissent un cadre unique, permettant d'appréhender dans leur discours l'aménagement de la réorganisation psychique des femmes face à l'adversité de la maladie. De manière concrète, l'interprétation des résultats va s'appuyer sur ces différents thèmes.

6.2.2. Du dépassement de la rupture des temporalités à la réorganisation psychique

6.2.2.1-Le choc et la perte des repères

Selon Lehmann (2014), c'est l'enveloppe psychique et corporelle qui se désorganise dès l'annonce du diagnostic et des traitements, ce qui paralyse et fige les participantes. Le thème du choc et la perte des repères a pour objectif d'apporter un éclairage sur l'état du corps et la vie psychique des participantes. L'on distingue avec cet auteur que le corps des participantes n'ignore pas ses symptômes et la réalité psychique dans laquelle, elles se transposent. L'organe atteint est perçu comme effrayant et destructeur, tout comme ce qui est et reste à la fois menaçant et fascinant ; car même quand le danger est passé, même quand le sujet n'est plus menacé, le choc reçu ne passe pas, la perte de l'organe n'est jamais du passé, c'est dans la vie psychique que ça continue d'exister.

La lecture des données avec l'approche intégrative de la psychosomatique de Stora (2013), vient expliquer davantage le phénomène de choc du fonctionnement psychique des participantes. Il soutient que suite à un évènement tel qu'un diagnostic de cancer posé et l'application des traitements, il y'a comme une « rencontre » avec une réalité intrusive, un choc du réel, qui a une forte valeur signifiante.

L'on note à cet effet avec Lehmann (2014) que la première mise en sens a un caractère symbolique des états de choc et de perte. De ce fait, ce qui est mis en évidence ici est l'expression d'une désorganisation psychique dès l'annonce du diagnostic ; son inhibition permet de démêler présent, passé et avenir des participantes en termes d'image du corps, de féminité et de sexualité. Les différents traitements suscitent détresses, angoisses et douleur diffuse. Ce qui mène à une demande significative et subjective à l'endroit des soignants pour une réparation tant corporelle que psychique.

La perte des repères se présente à travers un sentiment de désespoir à cause de la localisation de la maladie et par une déception suite aux maladies concomitantes qui l'empêchent de se construire une vie sexuelle et une féminité épanouie.

6.2.2.2-Rupture des temporalités

Lehmann (2014) pense que rupture des temporalités dans la maladie cancéreuse entraîne une perte par les effets qu'elle génère : coupure de la sexualité, de la féminité, d'avec l'ancienne image du corps et rupture avec la vie professionnelle, les hospitalisations répétées sont exprimées dès lors par les éprouvés et contraintes pendant un temps d'élaboration de la rupture engendrée par la maladie.

Bertagne (1990) indique que l'expression de la rupture se concrétise à travers un processus temporel dans l'historisation des patients qui vont établir un pont entre la réalité du déroulement de la maladie comme épreuve de réalité, objectivée par le discours médical lors du diagnostic et des traitements. En d'autres termes, cette rupture des temporalités désigne dans la réalité psychique des patientes l'inscription temporelle par la mise œuvre du début et de la fin de la désorganisation psychique, s'établissant ainsi sous forme de la durée des éléments les plus subjectifs du retentissement psychique de la maladie. Cette inscription peut également faire intervenir une causalité historique de la maladie qui décrit dans cette rupture de temporalités dans lequel on cite avec Galliano et al (2011) à partir du discours des participantes : le temps des traitements, les temps d'espoir et de désespoir, les pertes des repères spatiaux temporels, les temps de douleurs physiques et de souffrances psychiques, les temps d'angoisses, l'inscription du choc corporel et sexuel de la maladie.

6.2.3 - Dépassement de la rupture des temporalités

Lehmann (2014) met en évidence le dépassement de la rupture des temporalités suite à la désorganisation psychique et souligne que les effets psychiques après une atteinte corporelle où le réel est comme « *dégoupillé* », un fonctionnement psychique qui dépassent la rupture des temporalités à partir des manifestations de processus de symbolisation, d'étayage, de mécanismes de défenses, de travail de deuil, permet aux patientes de redéployer leur histoire. Elle stipule que : « L'espace de la réorganisation psychique se positionne tel un travail fondamental où peuvent être étayées et construites les pensées ; les affects ; les besoins ; les désirs ; les fantasmes ; les frustrations ; les représentations des mots et des choses en tant qu'auteur de leur histoire et non comme sujet ».

Selon Duparc (1983) la réorganisation psychique est un exercice de « *remémoration, répétition et d'élaboration* » ; la mise en exergue du sens est une forme de reconstruction des repères suivant les étapes de diagnostic, des traitements et de pronostic. La restitution de ce sens participe à l'obtention d'une résolution des souffrances et des éprouvés ressentie. Ainsi le processus de symbolisation (sens, cohérence, développement psychique), d'étayage, des mécanismes de défenses et de travail de deuil est fondamental dans la qualité d'élaboration mentale des participantes pour le dépassement de la rupture. Cette capacité de dépassement justifie l'évaluation analytique et clinique qui d'après Duparc (1995) et Lehmann (2014), déclenchée par certains outils des processus psychiques sont nécessaires à la résolution des conflits internes causée par la maladie ; permettant aux sujets d'être constamment dans un

processus dynamique d'adaptation à leur environnement et par ricochet d'enclencher par une certaine constance leur capacité de résilience pour un meilleur équilibre psychique du Moi.

Un équilibre psychique pour l'expression des processus développés après-coup par les participantes qui font face au cancer du col de l'utérus sous une forme préventive contre la détérioration de leur état. Le fonctionnement du Moi se perçoit après l'assimilation de la perte de l'organe atteint suite à la déchirure de la barrière protectrice du psychisme au moment du choc occasionné par l'annonce de la maladie et ses répercussions.

L'on remarque d'une part qu'il y'a dans les discours des participantes une délimitation chronologique ayant participé à intégration le choc et la restructuration psychique après l'effraction causée par l'annonce de diagnostic. D'autre part l'on note également chez elles, un rétablissement psychique progressif due au dépassement de la rupture faisant un lien avec ce qui se construit à partir du sens mis en place par l'ensemble du dispositif propre à chacune d'elles dans le but de guérir des blessures internes indexées dans la désorganisation psychique et dans la rupture des temporalités (Vanistendael, Lecomte, 2000 ; Cyrulnik, 2003 ; Anaut, 2002 ; De Tychev, Lighezzolo, 2005 ; Lecomte ,2004; Fromage,2008).

6.2.3.1 -Du dépassement de la rupture des temporalités à la réorganisation psychique

La réorganisation psychique à travers les travaux de Lehmann (2014), vient rendre compte des contenants psychiques suite au dépassement de la rupture des temporalités.

6.2.3.2 -Les mécanismes de défense dans la réorganisation psychique

Freud (1915), en raison des facteurs structurels sur le support des contenus latents de discours associatif, a ouvert la voie aux mécanismes psychiques qui encadrent le système défensif. Il est question avec Zimmerman et Brenner (2010) de la manière dont les mécanismes de défense permettent aux participantes de confronter l'adversité chronique de leur maladie. C'est pourquoi avec Braconnier (1998) : « *La notion de mécanisme de défense englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers internes et externes*».

L'on distingue dans les précédentes analyses avec Vaillant (2000), les mécanismes de défense matures tels que la répression, l'humour, la sublimation et l'intellectualisation qui agissent pour la plupart à la réduction de la manifestation des souffrances, des dommages physique et psychique et à donner du sens à la résilience des participantes. Autrement dit, les signes psychosomatiques ou comportementaux de ces mécanismes se lient à des quantités d'énergie pulsionnelle, à des représentations, à des perceptions et établissent entre elles des

représentations associatives qui agiront d'emblée à baisser le seuil des angoisses, du stress de la situation tant dans leurs dimensions conscientes qu'inconscientes des sujets.

Ainsi Freud (1920) va présenter le mécanisme de sublimation en disant qu'il se lit à l'économie pulsionnelle et se porte électivement sur les pulsions sexuelles qui ne doivent pas être entendues au sens restreint de la sexualité génitale pulsions partielles qui n'ont pas pu s'intégrer dans la génitalité et qui vont se trouver libres pour la sublimation.

Les défenses permettent aux participantes d'éviter les affects douloureux liés au cancer du col de l'utérus. C'est pourquoi Korff Sausse (2002) soutient qu'ils permettent aux sujets souffrants de faire face aux répercussions de la situation vécue. Les mettant ainsi à distance de ce qui fait souffrir. Dans l'analyse, il ressort des mécanismes de défense matures tels que régression, humour, intellectualisation et sublimation à avoir la capacité à transformer les expériences vécues de la maladie sous un aspect très résilient et adaptatif pour les participantes. Ceci sans pour autant les entrainer dans un déni de la réalité, mais plutôt vers une réorganisation psychique des pulsions agressives des retentissements psychiques de la maladie, comme le suggère De Tychev (2001).

6.2.3.3 -L'étayage dans la réorganisation psychique

Freund (1905) entrevoit que les interactions entre les participantes et leurs proches (famille, amis, pairs, aidants, conjoints, etc....) comme une modalité du processus de réorganisation psychique. Du point de vue économique, les travaux de Ell (1996) que la famille, les aidants et les pairs ont également à faire face à la maladie des participantes. Le but étant pour les sujets, d'investir selon le mode d'organisation d'étayage les pulsions sexuelles et d'autoconservation qui constitue le socle d'éclosion énergétique en opposition à l'apparition des symptômes d'un conflit psychique... En effet pour Ell (1996) c'est tout le réseau social proche de ces dernières qui est profondément affecté par la maladie.

Teri (1997) pense selon l'approche systémique que l'étayage par les interactions entre les participantes et leurs proches marque les représentations du vécu de la maladie et traduit par ricochet la problématique des « *aidants familiaux* » qui se retrouve dans les discours recueillis. Les proches peuvent, effectivement, avoir un rôle actif dans les soins. Ce qui met en avant une certaine dépendance par rapport aux coûts des traitements des hospitalisations répétitives. On parle du « *fardeau* » des aidants (Teri, 1997) ou de « *vulnérabilité seconde du donneur de soins* » (Kittay, 1995, 1999).

L'analyse des résultats intègre que l'étayage est lié à la façon dont le réseau social, en particulier famille, proches, pairs, et institutions voit et vit cette maladie (Sevcik, 2005). Il

advient, dès lors, important de prendre en compte les représentations intersubjectives et les interactions comme étant notamment des objets d'études de manière à simuler le soutien en vue d'une ouverture où s'étaye en étant résilient par les participantes engage très substantivement le processus de réorganisation psychique. L'étayage entre ici dans une perspective systémique, entre autres en cancérologie, visant à inclure les « proches significatifs » dans les parcours de soins des patients, en ayant eux aussi intégré que leurs représentations influent sur celles des patients, et ont des interactions avec le travail des équipes soignantes (Mérel, Pujol, 2010 ; Gironde et al., 2010).

Les participantes élaborent leur situation dans ce que Wood et al (1976-1983) appellent « *mères-étayantes* » en décrivant l'étayage chez la femme adulte dans ses rapports de la dyade mère-enfant par la nature collaborative de cette relation : « Les membres de la dyade adulte-enfant sont co-orientés dans la tâche et l'étayage ne peut être efficace que s'il prend appui sur ce que chacun produit, l'enfant par rapport à l'adulte, mais aussi l'adulte par rapport à l'enfant ».

6.2.3.4 -Le travail de deuil dans la réorganisation psychique

Selon Freud (1905) le réel, c'est le corps biologique. Il est présenté par la représentation des pulsions d'autoconservation, avec une cartographie érogène de l'image du corps lié au principe de plaisir et de jouissance... En fait la réorganisation psychique des participantes qui ont entrepris inconsciemment un travail de deuil pour guérir, non pas de la maladie, mais du choc psychique causé par la perte de leur organe garant de leur féminité, sexualité et maternité. Suivant les étapes analysées du travail de deuil, les participantes ont commencé en premier lieu à faire la rencontre avec le réel, elles se sont ainsi représentées avec la maladie.

Lacan (1957) explique dans un premier aspect que le travail de deuil permet à ces femmes de pas resté sidéré par le choc de l'annonce du diagnostic qu'elles ne sont pas en proies des représentations terrifiantes ; le second aspect retenu est de l'accomplissement et l'efficacité du travail de deuil par la réorganisation psychique en temps de choc et pertes de repères parce qu'il s'agit d'une séparation d'avec l'organe atteint qui d'après lui, permet de se défaire des suppléances des retentissements du cancer du col de l'utérus à partir de l'imagination, du symbolique et réel.

Dolto (1982) enrichit cette acception du travail de deuil dans le travail de dépassement de la rupture, en soutenant qu'il s'agit d'une restauration symbolique des images narcissiques unifiées, structurées et solides du corps à la suite des failles de la maladie, de la désorganisation psychique, de la rupture du fonctionnement autonome du psychisme et de la prolifération archaïque des symptômes sur le vécu quotidien, sur la sexualité et sur la féminité des

participantes grâce aux effets d'identification et de reconnaissance de ce corps morcelé par le cancer du col de l'utérus dans le regard de l'autre.

Selon l'approche psychanalytique, le travail de deuil retrace dans le cas des participantes, le parcours de leur vie œdipienne en termes de pertes, de souffrances, de détresse, d'angoisses, de colère, de chaos du point de vue fantasmatique. Il y'a d'une part, dans la structuration du processus de réorganisation par ce mécanisme qui se veut rassurant malgré l'ébauche destructive de ce qui est si douloureux et éprouvant presque en un miroir pour les participantes. Et d'autres parts, le travail de deuil face à la maladie de cancer, est alors décrit comme une sorte de renoncement ou une confirmation de renoncement par les participantes qui ne s'identifient pas à leur cancer du col de l'utérus. C'est à ce prix qu'elles se trouvent et se répètent être « *normales* », deviennent résilientes, restent vivantes et combattantes pour leur propre cause. (Freud et Gallimard, 1968; Durkheim, 1983 ; Vasse, 1999)

6.2.3.5 -La symbolisation dans la réorganisation psychique

Anaut (2002) par l'approche psychodynamique du processus de résilience montre que la phase de la symbolisation correspond au fait que les sujets résilients confèrent à leur vécu de la maladie, un sens dès lors que le diagnostic est posé. Il est question de la mise en sens ou symbolique mettant en exergue les représentations, les pensées, les perceptions, les affects de cette situation. Kleinman (1988) dans ses travaux va révéler que l'expérience d'une maladie telle que le cancer du col de l'utérus est culturellement élaboré. En effet, les valeurs dominantes dans une culture, le système symbolique et les rapports sociaux modèlent le vécu de la maladie. C'est pourquoi les analyses sur cet aspect ont permis la compréhension de la signification de l'univers culturel de cette maladie pour chacune des participantes. Ainsi pour Massé (1995), le savoir culturel de la maladie est structuré autour des représentations sociales (ou collectives) qui prennent la forme d'images mentales ou de visions globales véhiculées par la population sur la maladie.

De plus, pour Herzlich et Pierret (1991) les représentations sont également des actes de communication permettant au sujet d'exprimer ses affects. Cette forme de communication porte essentiellement sur le sens que prennent les souffrances par rapport à l'atteinte corporelle participant ainsi à la réorganisation psychique des participantes.

Il est important de noter à ce niveau que les explications et les identifications structurent symboliquement les discours et les conduites résilientes des participantes. Autrement dit, l'une des caractéristiques à retenir pour la symbolisation est que les problématiques insuffisamment élaborées et les fantasmes archaïques, désormais, ne sont plus dissociables de l'éprouvé

corporel. C'est pourquoi Lehmann (2014) déclare que les patientes sont dans l'urgence de refaire le lien entre ce corps en état de maladie et la façon dont s'est structuré leur désir, ce qui implique d'en faire un travail psychique de dépassement de la rupture.

L'on pointe également avec Pierrehumbert (2003) et Anaut (2005) que la symbolisation est la capacité de l'appareil psychique à n'être pas dépourvu de sens et pouvant être symbolisé spontanément. Debray (1991) désigne par-là, des sujets atteints de maladies graves qui sont tolérantes à leur angoisse intrapsychique et à leurs conflits interpersonnels. Il s'agit dans ce cas d'un travail psychique par l'activité de symbolisation qui permet aux participantes d'attribuer subjectivement et intrinsèquement un sens aux angoisses, aux événements d'annonce du diagnostic, aux traitements, aux conflits inhérents à leurs sexualité, féminité et image du corps... Où le développement de leur discours offre la possibilité de transmettre leur travail psychique reliant signifiant au signifié. (Marty, 1996).

6.3 – DISCUSSION

Les résultats obtenus dans cette étude se confrontent à ceux obtenus dans les études antérieures. Le but de cette recherche étant de comprendre d'une part le moyen par lequel il y a dépassement de la rupture des temporalités à partir de la prise en compte de la dimension temporelle, et d'autre part, d'analyser la mise en place des processus psychiques par lesquels la réorganisation psychique est à l'œuvre chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus.

Les résultats de cette étude montrent premièrement que la survenue de façon soudaine et imprévisible du cancer du col de l'utérus dans la vie des participantes est source de beaucoup d'éprouvés et de contraintes. Entre autres, il s'agit d'une part des douleurs, de dépréciation corporelle, de découragements, de castration, d'absence affective, d'arrêt d'activités professionnelles, de crises d'angoisses, de sentiment d'insécurité et d'injustice. Et d'autre part, tous ces affects sont liés aux répercussions de la maladie à l'intérieur d'elles, associées à leur altération interne qui engendre dans leur réalité psychique, l'incrustation d'une rupture des temporalités rendant compte de la désorganisation psychique à l'épreuve de la perte de leurs repères (Lehmann, 2014).

Deuxièmement, les manifestations du dépassement de la rupture dans un espace psychique favorisé par la mise en place des processus psychiques à l'instar de certains mécanismes de défense matures, de l'étayage, du travail de deuil de l'organe atteint et de la symbolisation. Cette discussion est centrée sur deux axes principaux. Le premier axe est celui de répercussions de la maladie dans la vie psychique vécu en termes d'adversités et le deuxième axe porte sur la mise en place de la réorganisation psychique.

6-3-1 -Répercussions de la maladie sur la vie psychique

Ces résultats vont dans le même sens que ceux des recherches en psycho-oncologie et en clinique de l'Institut Nationale de l'Excellence pour la Clinique de Guidance au service de cancérologie (2004) et ceux de Grassi et Travador (2008) qui montrent qu'il y'a un déploiement de problématiques des patientes faces à la l'adversité de leur maladie de tel en sorte que cela génère des souffrances à travers leur vécu subjectif des situations contraignantes auxquelles elles sont confrontées. On observe à cet effet les mêmes résultats dans les travaux de Lehmann (2014) pour qui les cancers gynécologiques se caractérisent par un large éventail de symptômes et possibles de constructions des ruptures de temporalités liées aux frigidités sexuelles lorsque ceux-ci s'accumulent dans le corps, parfois de manière rapide, il peut se produire une surcharge dans le travail de réorganisation psychique.

C'est pour autant qu'on cite les travaux de Holland et Rowland (1998) ; M'énoret1(1999) qui relativement parlent de « *choc traumatique de l'annonce du diagnostic* » qui survient avec une telle violence d'autant plus dramatique que la maladie n'est pas symptomatique sans facteurs de risques qui ne sont pas souvent ignorés par la plupart des patientes. Il s'agit pour ces auteurs de : perte du sentiment d'immortalité, confrontation directe et irréversible à la notion de finitude, d'incertitude ; confrontation aux représentations personnelles de la maladie et de la mort, teintées de l'expérience du cancer acquise dans son environnement socioaffectif ; angoisses diagnostiques et pronostiques ; difficultés de tolérance ou d'acceptation des effets secondaires des traitements et de leurs séquelles potentielles, mais aussi des examens de surveillance itératifs en situation de rémission au long cours ; submersion par les bouleversements conséquents pour le conjoint, la famille, les proches ; vécu de marginalisation, d'isolement, d'exclusion sociale ; chronicité ; défi de la recherche de nouveaux repères donnant sens a une vie dont les fondements sont parfois largement remis en cause...

Les résultats présentent également une cassure, une irruption, une rupture dans le vécu des participantes qui se retrouvent à confronter la réalité de leur nouveau statut en rapport avec l'avenir. Les enjeux de cette question sont également multiples et pourraient sembler infinis dans la recherche comme le souligne l'Institut Nationale de l'Excellence pour la Clinique de Guidance au service de cancérologie (2004). C'est ainsi que l'ensemble des résultats des travaux de Greer (1995) ; de Grassi et Travador (2008) ; de Razavi et Delvaux (1998) ; de Ganz et al (2004) ; de Steel, Geller, Gamblin et al (2007) présente que pour le patient confronter au cancer, qu'un processus vital soit oui ou non engagé, cet événement de prise en compte de la maladie génère une crise.

C'est une sorte de désorganisation qui évolue vers une prise de conscience de la présence de la maladie. Simultanément les pertes illustrées dans les discours des participantes entraînent pour leur expérience un ensemble de moments corrélés d'émotions dont ces auteurs notifient quelques-uns : confusion par des angoisses répétées, désorientation au niveau des repères, d'ambivalence, incompréhension, sentiment de perte de contrôle, de honte, de culpabilité, de colère, sentiment d'injustice, désintérêt, incertitude, de tristesse, etc.... » Tout ceci en comparaison d'avec leur vie d'avant, les conduisant à devoir affronter sans les repères habituels, la nouvelle réalité (Laigo, 2009).

Pheulpin et Benfredj-Coudounari, Bruguière (2011), montrent que les effets désorganisateurs du psychisme sont des atteintes corporelles actuelles à la suite d'un choc émotionnel, cognitif et somatique intense où le sujet pour survivre à la sidération

Les résultats rejoignent aussi ceux de l'étude de Helgeson et Zajdel (2017) qui précisent que lorsqu'il y a eu crise ou rupture, l'évolution et les modalités de sa résolution pour surmonter la vague de désorganisation psychique qui suivent vont dépendre d'un travail d'adaptation psychique conséquent. Ce qui correspond dans cette étude à un processus dynamique de la réorganisation psychique où la perte du corps sain et de l'organe atteint, de l'image idéale et de l'illusion de l'immortalité, leur ont permis de faire « *l'entrée en maladie* » (Pédinielli 1987).

6-3-2 -Mise en place de la réorganisation psychique

C'est sur le plan clinique qu'on observe la mise en place du processus de réorganisation psychique parce que pour Fisher (2010) les participantes ayant le cancer du col de l'utérus, sous-tend qu'une tout autre dimension est engagée malgré l'engrenage qui leur impose une autre façon de vivre à travers la dégradation de leurs forces et la mutilation du corps afin que se manifeste une forme de dépassement, ici soutenue par une prédisposition aux processus psychiques. De manière concrète, il s'agit à travers les résultats des processus psychiques des mécanismes de défense, d'étayage, de symbolisation et du travail de deuil obtenu et renouer par le dépassement de la rupture des temporalités, avec la continuité de l'existence passant par l'acceptation et le renoncement de l'ancienne image de leur corps, de mouler au nouvel aspect de la féminité et de la sexualité qui suppose également de parvenir à se projeter dans un nouvel avenir.(Laigo, 2009 ; Ridder ; Green; Lancet et all , 2008; Helgesson, 2017). C'est pourquoi les travaux de Lehmann (2014) indiquent avec une nuance subtile contenue dans le processus de réorganisation psychique qu'étant donné qu'il est : « *un processus linéaire et dynamique* » dont :

L'imprévisibilité de l'évolution la maladie rend les choses un peu compliquées. Lorsqu'un nouveau symptôme apparaît ou qu'il empêche de réaliser des choses auxquelles la personne tient, le processus se répète. Si le processus est reporté, nié, ou est incomplet, la personne ne peut dès lors s'affranchir de la perte et du manque selon qu'il s'agit de rémissions ou de progrès, de passive ou d'agressive, les airs de récupération psychiques seront différents.

Ainsi grâce à Laigo (2009), les résultats des participantes identifient pour commencer les mécanismes de défense dits matures (répression, humour, intellectualisation, sublimation) qui jouent un rôle important pour l'équilibre psychique du Moi, en le modulant de façon à adapter leurs réponses par rapport aux répercussions de la maladie souvent conflictuelles et pour la mise en place du processus de réorganisation psychique (Anaut, 2003). La capacité des mécanismes de défenses à réduire l'expérience consciente de la maladie permet une réappropriation identitaire de la féminité et de la sexualité altérée, rendant possible pour autant le dépassement de la rupture des temporalités qui agit dans la réorganisation psychique. Il en est de même pour les travaux de (Bion, 1962 ; Vaillant, 2000 ; Anaut, (2002, 2003) ; Chabrol et Callahan, 2004 ; Bowins ,2004 ; A. Minder et R. Berz, 2008 ; Roussillon 2009 ; Lehmann 2013) selon le modèle théorique de la maturation du Moi par les mécanismes de défense d'Anna Freud (1968), les patientes intègrent les dimensions cognitive et affective par une élaboration psychique (Widlöcher, 1917).

De nombreuses recherches contemporaines de la réorganisation psychique à l'instar des résultats de cette étude montrent que l'étayage (Kaës,1979) qui s'étend dans des sphères familiale, religieuse, hospitalière jusqu'aux paires est source de mobilisation du processus de réorganisation psychique du nouveau statut de malade des participantes. De plus, l'expérience culturelle à l'exemple de rechercher l'origine de la maladie (Roberts, Connell, 2000) est une sorte d'extension de l'idée de phénomènes transitionnels du jeu de l'élaboration des effets psychiques des signifiants culturels, des expériences de rupture et de discontinuité de l'appareil psychique dans les espaces intrapsychiques, intersubjectif et de culture pour chaque des cas. (Hazif-Thomas, Delagnes, Bonduelle, Clément, 2005 ; Charazac, 2012).

En outre, l'exploration du vécu des patientes montre dans leur discours que leur proximité d'avec leurs proches, est considérablement dans leurs comportements, leurs

perceptions, leurs pensées et leurs représentations de malade. C'est dans cette mesure que les résultats de l'étude de Yoos et al., (2007) relèvent que pendant les interactions, le comportement et les représentations de la maladie par les proches semblent contribuer à l'observance médicale, à l'expression des bénéfices secondaires des symptômes et, même, le cours réel engage la guérison psychique des patients atteints à agir par cet élément de résilience due à leur réorganisation psychique.

En adéquation avec cette recherche, les travaux de Myss(2004) viennent confirmer que la mise en sens de l'histoire précisément de la maladie en considérant les symptômes, le choc, la perte des repères, les blessures, les peurs, les échecs, la rupture, la désorganisation psychique et les attitudes qui déséquilibrent le système anatomique et psychologique de la personne malade rend compte de cette réorganisation psychique qui est une aptitude évolutive interne qui se trouve dans le sens symbolique de la propre image du corps malade, de sa sexualité et féminité atteinte. C'est pourquoi les travaux de Durkheim (1894) montrent que le « *langage symbolique d'un organe atteint est à déchiffrer comme un archétype par les patients et ne saurait être dissocié sous peine de s'en interdire d'en comprendre le sens* ». La réorganisation psychique symbolique ici prend forme dans la maladie chronique à travers les travaux de Echard (2006) dans une étude de cas où l'organisme et l'image du corps donnent du sens à « *l'événement de maladie* » dans l'économie subjective des patients.

Les résultats de cette étude assument certaines fonctions du Moi tout comme chez Zaltzman (1979), dont les résultats démontrent que le travail de deuil implique la séparation qui débute avec le désinvestissement de l'organe affecté par le cancer avant d'être effective dans l'ablation. Aussi, plusieurs études comme ceux de Guillaumin.J. (1996) et de Lagache (1977) mettent en lumière la qualité de leurs résultats du travail de deuil selon qu'il permet d'une part au sujet d'entrer en relation avec l'objet perçu comme autonome afin que le Moi puisse renoncer à ce qui n'est pas perçu comme de lui par un désinvestissement des composantes du mal de l'objet. Et d'autre part, le surinvestissement de l'objet interne perdu par le Moi qui admet le détachement. Autrement dit, le temps du travail de deuil de l'organe favorise une nouvelle élaboration psychique du sujet dans la mesure où le Moi identifie la disparition de l'objet interne et désinvestit progressivement vers une rédifférenciation de la représentation du Moi et de l'objet interne.

Par conséquent, le travail de deuil de l'organe atteint par la maladie, objet de perte interne du point de vue dynamique constitue et assure l'action par lequel le Moi use des mouvements libidinaux et d'un bon étayage pour se rétablir de la désorganisation psychique et de la rupture des temporalités, et du point de vue économique permet une bonne récupération

du sens et une disponibilité énergétique favorisant le processus de réorganisation psychique. (Tisseron, 1986 ; Hanus, 1994 ; Vasse, 1999, Lussier, 2007, Lehmann, 2014).

6.4 – IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

Les implications et les perspectives liées à la présente étude sont multiples. Elles peuvent se situer tant sur le plan théorique que pratique de la psychopathologie et clinique afin d'améliorer la qualité des études dans ce domaine de recherche de haute importance.

6.4.1 – Implications

Cette étude révèle la nécessité d'une prise en compte de l'aspect psychologique dans la prise en charge du cancer du col de l'utérus. Pour le personnel médical, notamment à travers un protocole d'annonce adéquate permettant de prévenir les répercussions psychiques néfastes de cette maladie et avoir ainsi recours aux spécialistes car il est essentiel de reconnaître l'ampleur des expériences vécues par les femmes atteintes de la maladie du col de l'utérus. Les soins et le soutien psychologique doivent prendre en compte ces aspects émotionnels, psychologiques et sociaux pour aider les patientes à faire face à ces défis et à retrouver un équilibre dans leur vie.

Au-delà de ces implications, cette étude ouvre d'autres pistes de réflexion et d'autres perspectives qui vont agir sur les interventions rapides et des suivis psychologiques en trois catégories dans un dispositif qui cadre avec l'ambition thérapeutique: sur des besoins en soins de support de la décision d'un projet thérapeutique dans une équipe pluridisciplinaire; sur le dispositif d'annonce du diagnostic sur le plan de la prévention des troubles mentaux, l'aggravation des troubles psychosomatiques et de la réhabilitation psychique; sur le plan des interventions d'urgences lors des crises, des ruptures des temporalités et l'accompagnement qui doivent avoir pour but l'obtention d'un changement chez le sujet enkystée dans la souffrance à travers le dépassement de la rupture des temporalités.

Les travaux de Kaes (1978) et ceux de Lehmann (2014) ont des implications cliniques et thérapeutiques significatives. Ils mettent en évidence l'importance de la prise en compte des dimensions du dépassement de la rupture des temporalités dans le travail thérapeutique. Et proposent des approches thérapeutiques qui intègrent la dimension sociale et culturelle, favorisant ainsi le dépassement des crises et des ruptures des temporalités à la fois au niveau individuel et collectif. Les implications politiques et sociales de la théorie du dépassement de la rupture des temporalités explorent comment les processus de dépassement peuvent avoir des répercussions au niveau individuel, familial, communautaire et sociétal. Comprendre ces

implications permet de promouvoir des changements sociaux, des politiques de soutien et des actions collectives pour favoriser réorganisation psychique et la transformation.

6.4.2 – Perspectives

Cette recherche réitère d'une part, l'importance d'étudier la réorganisation psychique à travers le dépassement de la rupture des temporalités lorsqu'il y a atteinte corporelle par la maladie et d'autre part, de prendre en compte le retentissement physiologique et psychique de la maladie découlant de la désorganisation psychique, de la rupture des temporalités et de la souffrance psychique sur les dimensions de la féminité, de la sexualité, de l'image du corps dès l'annonce du diagnostic associé aux différentes complications dû aux traitements des femmes atteintes par le cancer du col de l'utérus. Plus concrètement, elle propose la prise en compte du dépassement de la rupture qui œuvre pour la réorganisation psychique à travers la mise en place des processus psychiques. Les perspectives thérapeutiques proposent des pistes pour l'intervention thérapeutique dans le processus de dépassement des crises et des ruptures. Il explore comment la psychanalyse et d'autres approches thérapeutiques peuvent favoriser la symbolisation, la réparation et la transformation des expériences subjectives. Les perspectives thérapeutiques offrent des outils et des méthodes pour accompagner les sujets et les groupes de sujets dans leur parcours de dépassement de la rupture des temporalités.

Ainsi, pour la clinique de formation analytique, il est question de repenser le cadre psychothérapeutique et psychanalytique à offrir aux sujets atteints de pathologies somatiques graves, de maladies chroniques dans la mesure où pour beaucoup de ces sujets, l'application curetyque (sur le divan) n'est dans ce contexte pas approprié, non proposé ni à la demande des sujets ni par l'institution. À cet effet, il pourrait s'organiser un protocole de prise en charge psychologique où les praticiens pourront habituellement aller à la rencontre des sujets dans le parcours de leur maladie, au moment de leur diagnostic puis, au cours de la maladie chronique en fonction des aléas de celle-ci, ou en cas de difficultés à accepter les changements que la maladie impose, parfois même, ils pourront les accompagner et les soutenir dans les soins palliatifs impliquant la mort ou encore à la suite d'une de leur nouvelle complication, enfin, lors des difficultés à suivre les contraintes thérapeutiques dans ce parcours de la maladie.

Parce qu'à travers cette étude l'on a notifié que tous ces moments, ci-dessus cités sont susceptibles d'entraîner une désorganisation psychique importante, plus ou moins envahissante ou de la révélée dans la réalité psychique, car c'est pendant des études comme celles-ci que les sujets peuvent s'exprimer et dans la plupart du temps il ne les guère permis de formuler une demande psychologique partant soutenant la prise en compte de leur consentement. Il est donc

question de saisir une part de la vérité singulière et de la souffrance des sujets atteints de maladie grave et d'agir sur ce que l'on peut leur apporter en termes d'actions pratiques.

Si bien que les observations sur la maladie deviennent des opportunités de ressaisir le passé et un travail élaboraient qui est alors nécessaire pour rétablir non seulement le Moi perdu selon Pucheu (2008). Mais aussi, souvent, il s'agit d'interventions au niveau des mobilisations des capacités de récupération psychique des sujets pour soutenir leur Moi, favorisant le processus de réorganisation psychique et de créativité.

Il n'existe pas d'échelle spécifique qui mesure directement le dépassement de la rupture des temporalités. Cependant, certains concepts et outils peuvent être utilisés pour évaluer et comprendre ce phénomène. L'idée de rupture des temporalités fait référence à la perturbation de la perception du temps associée à l'événement traumatisant ou à des expériences intenses de la maladie.

Pour évaluer les effets de la rupture des temporalités, il peut être utile de se tourner vers des échelles qui mesurent des concepts connexes, tels que la dissociation ou les symptômes post-traumatiques. Par exemple, l'échelle de dissociation de l'Échelle d'auto-évaluation des symptômes de stress post-traumatique (ESSPT) peut être utilisée pour évaluer les symptômes de dissociation, y compris les altérations de la perception du temps. Il est important de noter que l'évaluation de la rupture des temporalités et de ses conséquences est un processus complexe qui nécessite une évaluation clinique approfondie.

Dans le but d'évolution de cette étude du point de vue purement pratique et technique de la psycho-oncologie, l'implication de réorganisation psychique à travers le dépassement de la rupture des temporalités chez les patientes atteints de cancer du col de l'utérus, va conduire à l'élargir dans une étude conjointe et longitudinale de la dissociation, des symptômes post-traumatiques, de la gestion de la douleur, de la gestion du temps et des troubles intersubjectifs, sur le long terme à travers une étude clinique éclectique. Autrement dit, il s'agit d'une étude qui se situe à l'intersection de la recherche en clinique (qui est objectivante) et de la recherche clinique (qui est non objectivante). Au cours de cette étude, l'on va utiliser des outils validés telles que : l'échelle d'auto-évaluation des symptômes de stress post-traumatique (ESSPT), l'échelle visuelle analogue de l'intensité de la douleur (EVA) de Wong et Baker(1970) pour évaluer l'intensité de la douleur chez les patientes souffrant de cancer et également les échelles permettant d'évaluer la détresse psychologique comme l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) et la Center Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D) dans la manifestation des symptômes psychiques ou somatiques afin d'observer les stratégies mises en place pour gérer les douleurs induites par les soins chez des patientes en oncologie sans souffrances psychiques apparentes. (Bruchon-Schweitzer et Paulhan, 1990).

Afin d'investiguer la mise en œuvre des processus psychiques intervenant dans le fonctionnement douloureux du Moi, on fera également usage des techniques projectives (Rorschach et TAT) pour évaluer (les mécanismes de défense, type de relation à l'objet, types d'angoisse, types de personnalité, les processus psychiques, de réappropriation identitaire...), grâce à l'observation participative combinée aux entretiens cliniques dans le but d'identifier dans le fonctionnement psychique les différentes trajectoires contribuant à la survenue des troubles intersubjectifs en réponse à des souffrances psychiques non communicantes et de mobilité psychique non transmise en cas de réorganisation psychique (Del Vecchio-Good, 1992). En somme, c'est une recherche d'action de la psychopathologie et la psychologie clinique, qui nécessiterait d'être approfondie pour son efficacité. Afin d'analyser d'autres moyens grâce auxquels la pratique clinique se ferait de plus en plus effective et efficiente dans les services spécialisés des hôpitaux de la place, du moment où la douleur induite par les soins est présente partout et ne dépend pas du pays. En revanche, les moyens de gestion de ces douleurs peuvent différer et il serait intéressant de mettre en évidence les stratégies mises en place dans le vécu de la situation de maladie grave à travers certains signifiants culturels pour ensuite éventuellement les comparer avec des études d'autres pays (Herzlich, 1969).

CONCLUSION GÉNÉRALE

La présente étude intitulée « Dépassement de la rupture des temporalités et Réorganisation psychique chez les femmes atteintes de cancer du col de l'utérus » a été abordée sous l'angle de la psychopathologie et clinique. L'objectif de la présente étude a été de comprendre comment le dépassement de la rupture des temporalités à travers la mise en place des processus psychiques œuvre dans la réorganisation psychique chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus. Ainsi, on a interrogé le dépassement de la rupture en tant que catalyseur dans la mise en place des processus psychiques mobilisés pour la réorganisation psychique. C'est pourquoi le problème qu'à poser cette étude est celui de la contribution du dépassement de la rupture à la mise en place des processus psychique à l'œuvre pour la réorganisation psychique chez des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. Selon les théorisations de la réorganisation psychique, chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus, elle devrait être sous-tendue par la régression, les mécanismes de dégagement et la qualité des relations intersubjectives qui assurent l'ajustement continu du Moi.

Or, lors des stages académiques auprès des femmes atteintes de cancer du col de l'utérus pendant les entretiens cliniques semis-directifs, l'on a observé dans leur discours que la réorganisation psychique est sous-tendu par le dépassement de la rupture des temporalités à travers la mise en place des processus psychiques avec des indices que sont : le sentiment de cohérence dans le récit, la réévaluation des priorités, des changements dans la perception du temps, l'attribution d'un sens à la survenue de la maladie, l'adoption de nouvelles perspectives de vie...C'est dans cette optique que la question de recherche a été posée de la manière suivante : « Comment le dépassement de la rupture des temporalités contribue-il à la réorganisation psychique chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus ? ». En s'appuyant sur l'approche psychanalytique de la désorganisation/réorganisation psychique (Pucheu (2008) ; Pedinielli (1994) ; Laplanche et Pontalis (1967); Freund (1915); Coulet (2009) ; Ménoret (1999) ; Damas; Pontau ; Amiel (2011) ; Lehmann (2014)). L'hypothèse soutenue par cette recherche est que le dépassement de la rupture des temporalités œuvre dans la réorganisation psychique à travers la mise en place des processus psychiques chez la femme atteinte du cancer du col de l'utérus.

La revue de littérature portait sur l'appréhension des problématiques sous-jacentes du cancer du col de l'utérus, ainsi que sur ses remaniements. Il s'agissait de porter l'attention sur les généralités de cette maladie, son diagnostic et sur les complications de ses traitements. C'est alors qu'on a passé en revue son incidence, le principe à l'apparition des lésions cellulaires qui

sous-tend une infection au virus du papillome humain (VPH), notamment les 16es et les 18es néoplasmes intraépithéliaux et sexuellement transmissibles. (Schiffman et al, 1995). Puis on a évoqué un ensemble de travaux scientifiques y afférents dans le but de parcourir ce qui a été déjà fait sur la thématique soulevée. Notamment sur la question des répercussions psychiques du cancer du col de l'utérus auxquelles les femmes atteintes sont confrontées au niveau de leur féminité, de leur sexualité, de l'image du corps et de leur vécu quotidien.

L'insertion théorique de cette étude a permis d'aborder l'approche psychanalytique de la désorganisation/réorganisation psychique selon les points de vue intrapsychique et dynamique. (Pucheu (2008) ; Pedinielli (1994) ; Laplanche et Pontalis (1967); Freund (1915); Coulet (2009) ; Ménoret (1999) ; Damas; Pontau ; Amiel (2011). L'on a également présenté le modèle psychanalytique de la réorganisation psychique qui propose le dépassement de la rupture des temporalités par la mise en place d'un ensemble de processus psychiques à des dimensions symbolique, de défense, d'étayage et de travail de deuil (Kipman, (1981) : Raimbault et Royer, (1967) ; Glicenstein et Lehmann, (1987) ; Atlani, (1997) ; Nillus (2018). Il puise ses origines des travaux en cancérologie de Lehmann (2014) dont le dépassement de la rupture des temporalités œuvre dans la réorganisation psychique à travers la mise en place des processus psychiques permettant de surmonter la désorganisation psychique induisant la rupture des temporalités par la maladie.

La section portant sur la méthodologie, d'après l'objectif visé, l'on a fait le choix d'une approche qualitative, avec notamment la méthode clinique, en se basant principalement sur l'étude de cas. Grâce à laquelle l'analyse a fourni la profondeur, la singularité, la complexité des phénomènes de la situation étudiée. C'est à partir des critères d'inclusion et de non-inclusion que l'on a sélectionné quatre participantes. Il était question des femmes adultes rencontrées à l'HGY atteintes du cancer du col de l'utérus ayant subi un à plusieurs traitements. Elles étaient âgées respectivement de : Madame E : 40ans, Madame C : 44ans ; Madame L : 46ans et Madame B : 56 ans. Les données ont été collectées au moyen d'un guide d'entretien semi-directif. À l'aide des médecins traitants, non seulement on s'est rapproché des participantes pendant leurs admissions en consultation, mais aussi à leur chevet d'hospitalisation. Au vu des contraintes à l'instar des traitements douloureux, on a eu droit qu'à un seul entretien par participante. La technique d'analyse des résultats utilisés a été celle de contenu et spécifiquement l'analyse de contenu thématique.

Les principaux résultats révèlent que : La survenue de façon soudaine et imprévisible du cancer du col de l'utérus dans la vie des participantes est source de beaucoup d'éprouvés et les contraintes. Il s'agit d'une part des douleurs, des dépréciations corporelles, des

découragements, castration, absence affective, arrêt d'activités professionnelles, de crises d'angoisses, de sentiment d'insécurité et d'injustice. En outre que ces manifestations du dépassement de la rupture dans l'espace psychique est fonction de la mise en place des processus psychiques chez celles-ci permettant leur réorganisation psychique à travers: la symbolisation, l'étayage, certains mécanismes de défense et du travail de deuil de l'organe atteint. Ce qui accorde une pertinence clinique à l'hypothèse de départ.

Cette étude révèle la nécessité d'une prise en compte de l'aspect psychologique dans la prise en charge du cancer du col de l'utérus. Pour le personnel médical, notamment un protocole d'annonce adéquate permettra de prévenir les répercussions psychiques de cette maladie et avoir ainsi recours aux spécialistes.

Dans l'optique d'envisager en perspective l'implication de cette recherche, elle va s'élargir dans une étude conjointe de la réorganisation psychique à travers le dépassement de la rupture des temporalités chez les patients atteints de cancer qui va conduire à l'évaluation de la dissociation, des symptômes post-traumatiques, de l'intensité de la douleur et des troubles intersubjectifs, sur le long terme à travers une étude clinique éclectique. Dans cette recherche, l'on va utiliser des outils validés telle que : l'échelle d'auto-évaluation des symptômes de stress post-traumatique (ESSPT); l'échelle visuelle analogue de l'intensité de la douleur (EVA) de Wong et Baker(1970) pour évaluer l'intensité de la douleur chez les patients souffrant de cancer et également les échelles permettant d'évaluer la détresse psychologique comme l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) et la Center Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D) dans la manifestation des symptômes psychiques ou somatiques afin d'observer les stratégies mises en place pour la gestion des douleurs induites par les soins chez des patients en oncologie. Afin d'investiguer la mise en œuvre des processus psychiques intervenant dans le fonctionnement douloureux du Moi, on fera également usage des techniques projectives (Rorschach et TAT) pour évaluer (les mécanismes de défense, type de relation à l'objet, types d'angoisse, types de personnalité, type de conflit, processus psychiques, réappropriation identitaire...), l'observation participative combinée aux entretiens dans le but d'identifier dans le fonctionnement psychique les différentes trajectoires contribuant à la survenue des troubles intersubjectifs en réponse à des souffrances psychiques non communicantes et de mobilité psychique non transmise en cas de réorganisation psychique.

Bien que la méthode clinique offre des avantages spécifiques dans une recherche qualitative, elle présente également des limites méthodologiques qu'il est important de prendre en compte. Voici quelques-unes de ces limites pour chaque étape de la recherche : biais de l'observateur (le chercheur peut être influencé par ses propres croyances et hypothèses, ce qui

peut entraîner des biais dans l'interprétation des données cliniques.), généralisation limitée(les résultats obtenus à partir d'une étude clinique ne peuvent généralement pas être généralisés à une population plus large en raison de la taille réduite de l'échantillon et de la spécificité du contexte clinique.), manque de contrôle expérimental (les études cliniques sont basées sur des observations naturelles phénomène et ne permettent pas toujours de contrôler toutes les variables pertinentes, ce qui peut rendre difficile l'attribution de relations causales.)

Il est important de tenir compte de ces limites méthodologiques lors de l'interprétation des résultats obtenus car combiner avec d'autres de ses techniques comme l'étude de cas à travers l'analyse thématique et visuelle du contenu des discours pour obtenir une compréhension plus complète du phénomène donné, il revient de faire face à certaines autres limites qui sont : la subjectivité de l'analyste (l'identification et l'interprétation des thèmes dans l'analyse du contenu sont souvent basées sur le jugement de l'analyste, ce qui peut introduire un certain degré de subjectivité.), la réduction de la complexité (l'analyse du contenu thématique peut réduire la complexité des données en regroupant les informations en thèmes spécifiques, ce qui peut conduire à une perte de détails et de nuances), la dépendance du contexte (l'analyse du contenu thématique est étroitement liée au contexte dans lequel les données ont été recueillies, ce qui peut limiter la portée et la généralisation des résultats.)

La notion de dépassement de la rupture des temporalités et de la réorganisation psychique selon Lehmann (2014) propose que lorsque les patientes font face à un diagnostic de cancer, cela peut entraîner une rupture dans leur expérience temporelle et avoir un impact significatif sur leur organisation psychique. Cependant, en ce qui concerne les limites théoriques, il est important de reconnaître que chaque sujet est unique et que leur expérience de la rupture des temporalités et de la réorganisation psychique peut varier considérablement. Les modèles théoriques, comme celui proposé par Lehmann (2014), peuvent fournir des cadres utiles pour comprendre ces processus psychiques, mais ils ne peuvent pas prédire ou définir de manière exhaustive comment chaque sujet fera face à la situation de cancer du col de l'utérus.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anaut, M. (2002). *Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance*. Revue connexions, erès. Volume 77, 101-118.
- Anaut, M. (2003). *La résilience, surmonter les traumatismes*. Nathan université.
- Anaut, M. (2004). *La résilience en situations de soins : approche théorico-clinique*. Revue recherche en soins infirmiers. N°77.
- Anthony, EJ. Chiland, C. Et Koupernick, C. (1982). *L'enfant vulnérable*. Puf.
- Arendt, h. (1972). *Le système totalitaire*. Le seuil.
- Aulagnier, P. Et al. (2011). *La pensée interdite*. Puf.
- Bergeret, j. (2004). *Psychologie pathologique théorique et clinique*. Masson.
- Bion, w.r. (1962). *Aux sources de l'expérience*, puf, 1979.
- Bondil, P. Habold, D. (2009). *Le couple, le cancer et la sexualité. Prise en charge*. Dispositifs saicso et ermios. In assises françaises de sexologie et de santé sexuelle.
- Bretagne e. (2008). *Être laryngectomisé : réhabilitation et réadaptation*. Psycho-oncologie; 2 : 83-5.
- Bruchon-schweitzer, m, et paulhan, i. (1990). *Manuel pour l'inventaire d'anxiété trait-etat (forme y)*. Laboratoire de psychologie de la sante, université de bordeaux ii.
- Bugain, J. (1988). *La problématique du rôle des femmes dans de développement en Afrique : l'implication Du CIFAD*. Recherches féministes. 12, 121–126.
- Centre International De Recherche Sur Le Cancer (CICR). (2013). *Cancer incidence in five continents*. (C15-Volume X).
- Courtault, c. (2011). *Histoire de la pudeur*. In : py, b. La pudeur et le soin, nancy, pun, coll. Santé, qualité de vie et handicap.
- Del Volgo, M-J. Brun, D. (2007). *Vie sexuelle des patients et malaise des soignants*. In : place de la vie sexuelle dans la médecine 9e colloque médecine et psychanalyse; 23-25 Mars. 257-265.
- Delage, m. (2008). *La résilience familiale*, odile jacob.
- Dolbeault, s. (2009). *La détresse des patients atteints de cancer : prévalence, facteurs prédictifs, modalités de repérage et de prise en charge*. Neurosciences [q-bio.nc]. Université Pierre et Marie Curie-Paris vi. Français. Fftel-00432252ff.
- Dolto, f. (1984) *l'image inconsciente du corps*; le seuil.

- Dupont, A. Antoine, P. Reich, M. Beve, C. (2007). *Qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein : impact de la chirurgie et de l'hormonothérapie*. psychoncologie. Vol. 1, N° 3, 174-178.
- Dupont, A. et al. (2006). *Poster: quality of life, marital status and sexuality among women with breast cancer. in world congress of psycho-oncologie*. Oncologie psycho-sociale multidisciplinaire – dialogue et interaction.8.
- Eisenstein, M. (2008). *Le travail psychanalytique et la maladie grave*. Le carnet PSY. N° 126. 29-34.
- Fatton, B. et Al. (2009). *Impact de la chirurgie réparatrice pelvienne sur la sexualité*. Gynécologie, Obstétrique & Fertilité. Vol. 37, N° 2. 140-159.
- Fiat, E. (2007). *Pudeur et intimité*. Gérontologie et société /3 (N°122).
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur La théorie sexuelle*. Ed. Gallimard.
- Freud, s. (1911). *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques*. Résultats, idées, problèmes, puf,1998. 135-143.
- Freud, s. (1915) *pulsion et destin des pulsions*. Petite bibliothèque payot, 2012.
- Freud, s. (1919) *l'inquiétante étrangeté : et autres essais* (vol. 85). Gallimard ,1985.
- Freud, s. (1920) *au-delà du principe de plaisir*. Petite bibliothèque payot. 2010.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. In : essais de psychanalyse: payot.1981.
- Freud, S. Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. PUF,2007.
- Ganz, p. A. Kwan, l. Stanton, a. L. Krupnick, j. L. Rowland, j. H. Meyerowitz, b. E. Bower, j. E. And belin, t. R. (2004). *Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial*. J natl cancer inst .96, 5.376–387
- Girard, J-F. Audetat, M-C. (2006). *Des cancers aussi intimes que notre sexualité*. Le médecin du québec. Vol. 46, N° 4. 71-76.
- Girard, J-F. Audetat, M-C. (2006). *Des cancers aussi intimes que notre sexualité*. Le médecin du Québec. Vol. 46, n° 4. 71-76.
- Godard, A. Brun, D (2007). *Intimité, sexualité et médecine*. In: place de la vie sexuelle dans la médecine 9e colloque médecine et psychanalyse. 23-25 Mars. 371-373.
- Graensslin O Et al. (2002). *Enquête régionale sur le retentissement psychique et sexuel à court terme de l'hystérectomie*. Gynécologie, obstétrique & fertilité. Vol. 30, N° 6. 474-482.
- Grassi, L. Travado, L. Coleman, Mp. Delia-Marina, A. Tit, A. and Mckee, M. (2008). *The role of psychosocial oncology in cancer care in: responding to the challenge of cancer in europe*. Edited by institute of public health of the republic of slovenia.

- Greer, s. (1995). *Improving quality of life: adjuvant psychological therapy for patients with cancer*. Support care cancer. 3, 4. 248–251.
- Gueye, SM. Zeigler-Johnson, CM. Friebel, T. et al. (2003). *Clinical characteristics of prostate cancer in african americans, american whites, and senegalese men*.61,987-92.
- Haie-Meder, C. Et Al. (2005). *Curiethérapie du cancer du col de l'utérus*. Revue Francophone De Psycho-Oncologie. Vol. 4, N° 3. 175-180.
- Hannoun-Levi, J-M. (2005). *Traitement du cancer du sein et de l'utérus : impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle*. Cancer / radiothérapie, Vol. 9, N° 3. 175-182.
- Hassan, T. Al-Zaherani, I. (2012). *Bladder cancer: analysis in the 2004 who classification in conjunction with pathological and geographic variables*. African Journal of Urology.18, 118-123.
- Heidenreich, A. Bellmunt, J. Bolla, M. Et Al. (2011). *Eau guidelines in prostate cancer part i: screening diagnosis and treatment of clinically localized disease acta urol; 35:501-14*.
- Herzlich, c. Saillant, f. (1988). *Cancer et culture*. Préface à l'ouvrage.
- Hessel, L. (2009). *Introduction de la vaccination contre les papillomavirus humains dans les pays en développement : bilan et perspectives*. Med trop. 69, 323-326.
- Hirsch, E. (2005). *Quelle vie pour le couple après le cancer ? Le couple et la sexualité*. Revue Francophone De Psycho-Oncologie, Vol. 4, N° 3. 201-206.
- Holland, J. And Rowland, J. (1998). *Handbook of psycho-oncology: psychological care of the patient with cancer*. Vol. Second Edition. Oxford, university press, ny.
- Incrocci, l. (2007). *Cancer et fonction sexuelle : parler de sexualité aux oncologues et de cancer aux sexologues*. Sexologies. Vol. 16, N° 4. 263-264.
- Institut national du cancer. (2016). *Les cancers en france*. Rapport. Edition. Pages 64-69.
- Jeanne, P. Et Al. (2001). *Le cancer du sein et son approche psychologique : la famille, les autres, la chance et... Moi*. Gynécologie, obstétrique & fertilité. Vol. 29, N° 1. 28-33.
- Klein, W.M. Jacobsen, P.B. Helzlsouer, K.J. (2020). *Alcohol and cancer risk*. Clinical and research implications. Viewpoint. JAMA.323 : 23-24.
- La lettre de l'institut pasteur. (2017). *Les cancers d'origine infectieuse*. Mai. N°97.
- Lacan j (1973) *les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, éditions du seuil.
- Lacan, j. (1966). *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du jeu, écrits*. Le seuil.
- Lacan, j. (1972-1973) *encore, séminaire livre xx*. Editions points, 2016.
- Laplanche, J. Pontalis, J-B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse*, puf.
- Laplantine, f. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Payot.

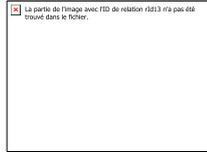
- Le Corroller-Soriano, A-G. Et al. (2006). *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*. Drees, inserm, inca.
- Lehmann, A. (2014). *L'atteinte du corps*. Une psychanalyste en cancérologie. Collection singulier pluriel.
- Lionet, B. Latterrade, C. (2018). *Le masochisme : douleur dans le corps et dans le corps social*. Douleur et analgésie, 31(1), 12-15.
- Lionet, B. Tiberghien, S. (2018). *Les fonctions du masochisme dans l'aménagement somatopsychique du patient douloureux*. Douleur et analgésie.31(1). 16-20.
- London. Gysels, M. Higginson, IJ. Rajasekaran, M. Davies, E. And Harding, R. (2004). *Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with Cancer*. National institute for clinical excellence.the manual. Www.nice. Org.uk.
- Ly A. (2007). *Cancer et environnement en Afrique*.9, 370-379.
- Ly A. Kerouedan, D (2011). *Progression des cancers en Afrique : caractéristiques, altéralité, nouvelles approches de santé publique*. In. Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud. Presses de sciences PO.121-140.
- M'énoret, M. (1999). *Les temps du cancer*. Broche.
- Mac Dougall, j. (1989). *Théâtre du corps le psycho soma en psychanalyse*. Folio essais gallimard, version poche,2015.
- Marty, p. (1978). *Les mouvements individuels de vie ou de mort*. Essai d'économie psychosomatique. Payot.
- Marty, p. (1990). *La psychosomatique de l'adulte. Que sais-je*, puf 2011.
- Marty, p. De m'uzan, m. David, c. (1963). *L'investigation psychosomatique*, puf.
- Mbomba Bouassa, S. Prazuck, T. Lethu, T. Meye, JF. Bélec, L. (2017). *Cancer du col de l'utérus en afrique subsaharienne : une maladie associée aux papillomavirus humains oncogènes, émergente et évitable*. Med Sante Trop. 27, 16-22.
- Minkowski, e. (1933). *Le temps vécu*. Paris puf, 2013.
- OMS. (2005). *La pollution de l'air à l'intérieur des habitations et la santé*. Aide-mémoire N° 292. Juin.
- OMS. (2018). *Relever le défi du cancer en Afrique*. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé. 96, 229-230.
- OMS. (4 Février 2020). *Journée mondiale contre le cancer du col de l'utérus*.
- Pédinielli, j-l. (1987). *Le travail de la maladie, psychologie médicale*. 19, p. 1049-1052.
- Pierrehumbert, b. (2001). *Le premier lien, théorie de l'attachement*. Odile jacob.

- Pierron, j-p. (2007). *Représentations du corps malade et symbolique du mal : maladie, malheur, mal?* Psycho-oncologie1. 1 p. 31-40.
- Plummer, M. De Martel, C. Ferlay, J. Franceschi, S. Vignat, J. Bray. Forman, D. (2012). *Global burden of cancers attributable to infections: a review and synthetic analysis.* The Lancet Oncology. Early Online Publication. May 9.
- Poinsot, r. Et al. (2005). *Impact sur la qualité de vie et la sexualité du traitement hormonal chez les patientes atteintes d'un cancer du sein.* Revue francophone de psycho-oncologie. Vol. 4, N° 3. 161-169.
- Razavi, d. And delvaux, n. (1998). *Psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille.* Masson, 2eme edition.
- Razumilava, N. Gores G.J. (2014). *Cholangiocarcinoma.* Lancet. 383, 2168-2179.
- Reich, M. (2007). *Traitements des problèmes sexuels après un cancer : intégration des approches médicales et psychologiques.* Psycho-Oncologie. Vol.1, N° 4, 231-235.
- Reynaert, C. Et Al. (2006). *Cancer et dynamique de couple.* Louvain médical. Vol. 125. 1-14.
- Rutter, m. (1990). *Psychosocial resilience and protective mechanisms.* In j. Rolf & a. Master, risk and protective factors, in the development of psychopatholy. Cambridge university press.
- Selz, M. (2006). *Clinique de la honte. Honte et pudeur : les deux bornes de l'intime.* Le coq-héron.1/ (N° 184). 48-56.
- Squifflet, J. Lequeux, A. (2006). *Impact du diagnostic et du traitement des néoplasies du col de l'utérus sur la sexualité du couple.* In: Symposium du centre de pathologie sexuelle masculine (CPSM) (10; 2006). Onco — sexologie ou sexualité et cancer. Médical. Vol. 125, N° 10 .79.
- Steel, j. L. Geller, d. A. Gamblin, t. C. Olek, m. C. And carr, b. I. (2007 jun 10). *Depression, immunity, and survival in patients with hepatobiliary carcinoma.* J clin oncol 25.17: 2397–2405.
- This P. (2006). *Cancer du sein de la femme jeune : la vie après le cancer : sexualité et fertilité.* In 28° journées de la société française de sénologie et de pathologie mammaire (28 ; cancers du sein localisés : les nouvelles pratiques).
- Tsala tsala, j-p. (1989). *Secret de famille et clinique de la famille africaine.* Le divan familial. 2 (19). 3-46. *Source : alliance pour la prévention du cancer du col utérin (accp) www.alliance-cxca.org*

- Tychev (de), c., lighezzolo, j. (2005). La résilience au regard de la psychologie clinique psychanalytique », in résilience et psychanalyse / sous la dir. De b. Cyrulnik, odile jacob, sous presse.
- Vaillant, g.e. (2000). *The wisdom of the ego*. Cambridge, harward university press .4ème édition.
- Van lander, a. (2015). *Apports de la psychologie clinique aux soins palliatifs*. Erès. 13-17; 77-90; 91-103; 106-107; 171-174.
- Vanier, A. (2009). *Transparence et secret*. In : Puf.
- Waldir, C.G. Canella, P.R.B. Jurberg, M. (2005). *Cancer du col de l'utérus et sexualité*. Sexologies. Vol. 14. 7–12.
- Werner, e. Smith, r. (1982). *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. Ny: mac graw hill.
- Williams, J.H. Grubb, J.A. Davis, J.W. et Al. (2010). *HIV and hepatocellular and oesophageal carcinomas related to consumption of mycotoxin-prone foods in Sub-Saharan Africa*. Am. J. Clin. Nutr. 92, 154-160.
- Yazbeck, C. (2004). *La fonction érotique après hystérectomie*. Gynécologie, obstétrique & fertilité. Vol. 32, N° 1. 49-54.

ANNEXES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix — Travail — Patrie
UNIVERSITE DE YAOUNDE I



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work – Fatherland
UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné _____, déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée « *Réorganisation psychique et processus de résilience des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus* ».

Sous la direction du Dr Ndje Ndje Mireille.

Promoteur : Université de Yaoundé I ; **Investigateur principal** : TJADE Mistpa Ambre Ellianne, étudiante en Master II.

Objectif : cerner les processus par lesquels la réorganisation psychique œuvre dans le processus de résilience des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus.

Engagement du participant : l'étude va consister à participer librement et de façon éclairée à une investigation psychologique à l'aide des entretiens. L'évaluation se fera en maximum trois (03) séances.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques. À protéger l'intégrité psychologique et sociale des participantes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté des participantes : Le consentement pour poursuivre l'évaluation peut être retiré à tout moment sans donner des raisons et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour la participante.

Information de la participante : la participante a la possibilité d'obtenir les informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal. Et ce dans les limites de contraintes du plan de recherche.

Bénéfice de l'étude pour la participante : cette étude est faite sans aucun bénéfice direct.

Garantie de confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participantes seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant les participantes pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera aussi anonyme.

Éthique : L'Université de Yaoundé I et TJADE Mistpa Ambre Ellianne s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant les participantes.

Contact du chercheur:

Date et Signature de la participante :

Date et Signature du chercheur:

GUIDE D'ENTRETIEN

Thème 1 : le cancer du col de l'utérus et ses retentissements

Sous-thème 1 : l'annonce du diagnostic

- Contexte d'annonce ;
- Éprouvés à l'annonce ;
- Pensées à l'annonce ;
- Les contraintes liées à la maladie ;
- Les contraintes liées aux traitements ;

Sous-thème 2 : les retentissements du cancer et ses traitements

- Sur l'image du corps ;
- La féminité ;
- La sexualité ;
- Le vécu quotidien ;

Thème 2 : le dépassement de la rupture

Sous-thème 1 : la réorganisation psychique

- Les mécanismes de défense
- Étayage ;
- Symbolisation

Sous-thème 2 : travail du deuil de l'organe

- Choc ;
- déni ;
- colère/marchandage
- tristesse et résignation ;
- acceptation ;
- reconstruction ;

RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS CLINIQUES

1-1- MADAME B

**Chercheuse : Bonjour MADAME B*

**MADAME B : Bonjour*

**Chercheuse : Comment vous vous portez aujourd'hui ?*

** MADAME B : Bien ma fille*

**Chercheuse : Quel âge avez-vous ?*

**MADAME B : J'ai 56ans*

**Chercheuse : Avez-vous des frères et des sœurs ? Si oui, le quantième né êtes-vous ?*

Sur combien ?

**Madame B : Je suis première, il y'a quelques 02 personnes derrières moi.*

**Chercheuse : OK. Vous avez quel niveau scolaire ?*

** Madame B : J'avais eu que le CEP, j'ai laissé.*

** Chercheuse : Avez-vous été mariée ou alors êtes-vous mariée ?*

**Madame B : oui*

** Chercheuse : Monogamie ou polygamie ?*

**Madame B : Polygamie*

** Chercheuse : De quelle région du Cameroun êtes-vous ?*

**Madame B : Je suis Bouda*

** Chercheuse : De quelle religion êtes-vous ?*

**Madame B : Catholique*

** Chercheuse : Quel a été votre diagnostic ?*

**Madame B : Je ne verse que le sang.*

** Chercheuse : Et on vous a dit que vous avez quoi comme maladie ?*

**Madame B : Le cancer du col de l'utérus.*

** Chercheuse : Et vous êtes comme ça depuis combien de temps ? Ou bien cela fait combien de temps êtes-vous malade ?*

**Madame B : Je suis à la 4^e année avec cette maladie.*

** Chercheuse : Avez-vous déjà subi un traitement pour ça? Si oui lequel ?*

** Madame B : Je viens qu'ici à l'hôpital non, je viens encore d'entrer comme ça pour repartir et revenir encore !*

** Chercheuse : Il y'a combien de temps que vous êtes revenue ici à l'hôpital ?*

**Madame B : Je suis à mon 6^e mois que je suis revenue et aujourd'hui on va signer l'autorisation pour que je sorte.*

** Chercheuse : Avant cette fois-ci de votre hospitalisation ou pendant cette fois quel ont été les traitements que vous avez reçu de l'équipe des médecins et des infirmiers ?*

**Madame B : Il y'a la radiothérapie et la chimiothérapie, donc on m'injecte ici et me passe souvent certains appareils. Je suis revenue parce que je verse le sang. Mais avant je faisais que les remèdes du village. Avant je partais seulement chez les tradipraticiens, on faisait les remèdes du village, je buvais seulement que ça et en même temps on cherchait les moyens à me donner. Je suis là aujourd'hui comme ça, on se défend et les enfants ont trop soufferts ; on cherchait les moyens à me donner pour que je rentre encore ici à l'hôpital... (Soupire)... hummm hum ! Je suis là aujourd'hui, on se défend comment est-ce qu'on peut faire pour sortir. Les enfants ont trop souffert pour trouver l'argent des médicaments comme en ce moment.*

** Chercheuse : Parlez-nous de ce que vous avez ressenti quand on vous a annoncer que vous avez le cancer du col de l'utérus ; qu'est-ce que ça vous a fait ressenti ?*

** Madame B : Je verse que le sang, on m'a dit que j'avais le cancer du col, j'ai secoué un peu la tête non, j'ai été menacé par ça.*

** Chercheuse : D'accord ! quand vous voyez le sang, qu'est-ce qui se passe en vous, que pensez-vous et comment le percevez-vous dans votre tête?*

**Madame B : Avec la maladie comme ça, le sang qui se verse que siak beaucoupuuuuuup après ça se calme, après c'est l'eau blanc qui sort un genre, tu vas faire comment ? (Soupir)! À l'époque, j'avais 53ans, tu secoues un peu la tête, mais si tu ne dois pas supporter, tu vas faire comment ?*

**Chercheuse : Et aujourd'hui quelles sont les pensées que vous avez à propos de ce sang qui continue de se verser en ce moment ?*

**Madame B : Comme je vous ai dit que j'avais le cancer du col ; j'ai secoué un peu la tête. Non ! j'ai été menacé par ça ! Je versais que le sang même comme et je suis toujours menacé, j'ai baissé la tête, j'ai laissé tout qu'à Dieu. Moi je suis simple, dans ma vie je ne connais rien. Je dis seulement au Seigneur que bon c'est à toi de savoir comment je peux vivre. C'est pour moi comme ça.*

**Chercheuse : Parler nous de votre quotidien depuis que vous êtes malade avec les autres femmes et en tant que femme, comment ça se passe depuis avec votre mari ?*

**Madame B :
Les réunions, ça ne peut pas manquer, mais je suis maintenant que sur ma maladie. Je suis déjà à la 4e année, je ne viens qu'ici à l'hôpital. Et en même temps, on cherche les moyens pour s'en*

sortir. Je suis là aujourd'hui comme ça, on se défend et les enfants en souffrent. Dès que la maladie a commencé, vous savez comment sont les hommes. Le fait de savoir qu'il ne pouvait plus me toucher. J'ai dû faire 4ans comme ça si bien que je suis allée m'installer au village laissant ce dernier en ville avec les enfants et sa deuxième femme.

** Chercheuse : Cela vous a — t — il rendu triste ?*

**Madame B : Hum, pourquoi ma mère ? Haha haha haaaaa ! Avec la maladie, tu pleures pourquoi ? Haha haha !*

** Chercheuse: Quel est le sens que vous donnez à votre maladie?*

**Madame B: Je suis là, je ne fais que prier, je sais que un jour un jour je vais finir par guérir, je n'ai jamais mal regardé l'enfant de quelqu'un. Je pris que moi maintenant beaucoup et jusqu'à même avec les prêtres.*

1-2 –MADAME C

**Chercheuse: Bonjour madame, comment vous sentez-vous en ce moment?*

**Madame C: Bien merci!*

**Chercheuse: Quel âge avez-vous?*

**Madame C : J'aurai 46 ans le 29 Janvier.*

**Chercheuse: Combien de frères et de sœurs avez-vous?*

**Madame C: Nous étions 4. Donc 2 filles et 2 garçons. 2 d'entre nous sont déjà décédés.*

Maintenant nous sommes restés que 2. Je suis la 3^e des 4.

**Chercheuse: Quel niveau scolaire avez-vous?*

**Madame C: Niveau 3^e!*

**Chercheuse: Avez-vous eu votre examen?*

**Madame C: Non non!*

**Chercheuse: Quelle est votre situation matrimoniale?*

**Madame C: Célibataire*

**Chercheuse: Votre région d'origine?*

**Madame C: La région du Centre dans le Nyong-Ekellé*

**Chercheuse: Vous êtes de quel religion?*

**Madame C: Catholique*

**Chercheuse: Connaissez-vous votre diagnostic?*

**Madame C: Sur quelle maladie?*

**Chercheuse: À vous de me dire; de quoi souffrez-vous exactement?*

**Madame C: Je suis de sérologie positive depuis 2010 et j'ai su que j'avais le cancer du col en 2017.*

***Chercheuse: Quel était le contexte d'annonce de votre cancer du col de l'utérus?*

**Madame C: Je suis allée à l'hôpital parce que j'avais des saignements anormaux, on m'a fait passer la biopsie et d'autres examens et enfin quand les résultats sont sortis, le médecin m'a dit bon que j'avais un cancer du col.*

**Chercheuse: Subissez-vous déjà des traitements en rapport avec votre cancer?*

**Madame C: Oui, Il y'a d'abord eu l'opération ensuite la chimiothérapie. Actuellement je suis sous chimio orale.*

**Chercheuse: Qu'avez-vous éprouver lorsqu'après que le médecin vous l'a annoncé?*

**MADAME C: Je suis de sérologie positive depuis 2010 et j'ai su que j'avais le cancer en 2017. Il y'a d'abord eu l'opération ensuite la chimiothérapie. J'ai éprouvé un découragement et à la fin je me suis dit ah comme c'est arrivé, c'est arrivé parce que quand on vous dit que vous avez une maladie de ce genre, ça traumatise d'abord un peu, je me suis (silence) pleures !*

**Chercheuse: Quelles sont les contraintes que vous avez de plus depuis l'annonce du cancer du col de l'utérus sur votre état général?*

**MADAME C: En général je vis normalement sans contraintes juste que (pleure) d'un côté les rapports sexuels, je ne fais plus en dehors de ça certaines viandes je ne mange plus, il y'a aussi le sucre que je ne prends plus.*

**Chercheuse: Y a -t — il des contraintes liées au traitement du cancer du col de l'utérus?*

**MADAME C: Oui beaucoup, mais ce que je retiens, c'est que ça a agi, la chimio par exemple.*

**Chercheuse: Avez-vous vécu toutes ces contraintes comme étant des angoisses?*

**MADAME C: Comme je vous ai dit, lorsque j'ai appris que le cancer du col de l'utérus s'était ajouté, j'ai essayé de faire le vide dans ma tête.*

**Chercheuse: Y a -t — il autre chose qui vous a permis de faire ce vide? Ou encore comment vous avez décidé de faire le vide ?*

**MADAME C: Les gens autour de moi me disaient que ce sont les maladies que quand tu stresses ça risque t'amener très vite. Donc il faut éviter le stress. Alors j'ai essayé de vivre comme ça.*

**Chercheuse: Si je comprends bien vous ne vivez pas de façon isoler. Avez-vous des personnes spécifiques qui vous accompagnent?*

**MADAME C: Oui oui, je ne vis pas isoler. Je suis très encadrée par ma famille.*

**Chercheuse: D'accord. Maintenant parler moi un peu de vous en tant que femme! Quelle est l'image que vous faites de vous-même?*

**MADAME C: Je vais vous dire quoi? Je me sens normale. Certes il y'a des choses que je ne peux plus faire. Mon intimité en partie parce que je ne peux plus avoir les rapports sexuels, c'est un peu délicat et tout ça. En dehors de ça, je ne me trouve pas mal, je suis normale.*

**Chercheuse: Comment décrivez-vous votre quotidien dans l'ensemble?*

**MADAME C: Actuellement je suis en congé maladie. Avec les traitements et autre la société a demandé que j'arrête d'abord sinon avant je travaillais normalement, étant donné que sa fatigue je ne peux pas gérer les deux. J'ai un enfant, une fille. En 2010, j'en avais encore envie de faire un deuxième, c'est comme ça que je suis allée à l'hôpital voir ce qui n'allait pas. Maintenant je ne peux plus. Quand on m'a d'abord déclaré sérologie positive, j'ai tout arrêté. Maintenant avec le cancer qui s'est ajouté, on a opéré, on a tout enlevé tout l'utérus, je ne peux même plus.*

**Chercheuse: Le fait de plus avoir votre utérus a — t — il une signification particulière pour vous?*

**MADAME C: Je ne pense pas. Il y'a des femmes même avec leur utérus normalement et en bonne santé qui n'accouchent pas. Dieu merci j'ai au moins un enfant, bien avant qu'on m'apprenne toutes ces maladies que j'ai. Dans ma famille paternelle par exemple il y'a quatre femmes déjà âgées, mes tantes qui n'ont pas d'enfant et je suis la seule qui a accouché.*

**Chercheuse: Est-ce qu'il y a eu des femmes dans la famille qui ont eu le cancer du col de l'utérus ou une autre maladie chronique?*

**MADAME C: Pour le cancer du col de l'utérus non pas encore, je suis la seule. Par contre j'ai ma grand-mère qui est diabétique et hypertendue.*

**Chercheur: Avez-vous souvent des occasions de raconter votre histoire ou de là à partager avec d'autre femmes qui sont oui ou non dans la même situation que vous?*

**MADAME C: Je me suis dit d'abord à moi-même que tout ce que Dieu fait est bon. Je ne peux pas vraiment avoir une histoire à raconter. Je me dis c'est normal, ça peut arriver à n'importe qui. (Soupire) Si peut-être je n'avais pas eu d'enfant, je pense que ça aurait vraiment été dur et je ne pense même pas comment je serai. À un moment donné j'ai failli, ça m'a beaucoup attristé maos avec le soutien de ma fille et ma famille, c'est passé. C'est la raison pour laquelle je quitte Douala pour venir suivre mon traitement ici parce que ma famille est ici. Ma mère aussi est diabétique, cardiaque et hypertendue et elle m'a dit, qu'elle vit sa vie. Pourquoi tu ne peux pas aussi vivre ta vie? J'ai trouvé que c'est normal. C'est une maladie comme tout le reste.*

1-3 MADAME L

**Chercheuse: Bonjour MADAME L.*

**MADAME L: Bonjour*

**Chercheuse: Comme nous vous l'avons présenté nous menons une étude clinique dans le but d'identifier les processus par lesquels vous faites preuve de résilience. Pour cela après l'échelle de résilience que vous venez de passer, nous allons nous entretenir afin de comprendre comment vous vivez avec votre maladie.*

**MADAME L: Sans problème*

**Chercheuse: Quel âge avez-vous?*

**MADAME L: J'ai 44 ans*

**Chercheuse: Avez-vous des frères et des sœurs? Si oui, vous occupez quel rang?*

**MADAME L: Oui et je suis cinquième sur six d'un même père et d'une même mère.*

**Chercheuse: Quel est votre niveau scolaire madame?*

**MADAME L: Licence en psychologie.*

**Chercheuse: Quel est votre statut matrimonial?*

**MADAME L: Je suis mariée sous un régime monogamique et mère de trois enfants*

**Chercheuse: De quelle origine ethnique êtes-vous?*

**MADAME L: Je suis originaire du littoral donc je suis douala.*

**Chercheuse: De quelle obédience religieuse êtes-vous?*

**MADAME L: Catholique pratiquante.*

**Chercheuse: Que faites-vous comme métier?*

**MADAME L: Je suis institutrice*

Chercheuse: Quel est le diagnostic que vous avez reçu des médecins?

MADAME L: C'est celui d'un cancer du col de l'utérus.

**Chercheuse: Quel était le contexte d'annonce de votre diagnostic?*

**MADAME L: J'étais hospitalisée à l'hôpital et comme je saignais beaucoup, on m'a fait les examens et le médecin m'a appelé dans son bureau pour me parler de ça. Il m'a dit de garder espoir.*

**Chercheuse: Pouvez-vous nous décrire ce dont vous avez éprouvé pendant ou après l'annonce du diagnostic?*

**MADAME L: Pour être honnête sur le coup quand il me parlait de ça, rien. C'est après que j'ai réalisé et j'ai beaucoup pleuré d'abord en me disant que ce n'est pas une bonne maladie même si c'est une maladie comme une autre.*

**Chercheur: Quels sont les traitements qui vous sont administrés depuis lors?*

**MADAME L: Je fais la chimiothérapie*

**Chercheuse: Comment vivez-vous les contraintes liées à la maladie et au traitement*

**MADAME L: Avoir le cancer n'est pas une chose facile parce qu'il faut tout réorganiser dans sa vie quotidienne d'abord avec les séances de chimio qui ne sont pas très évidentes et après la chimio les effets secondaires, la fatigue, c'est pénible. Pratiquement on n'a pas de vie honnêtement. Même mes activités, j'ai arrêté à cause des séances de chimio rapprochées. Je fais la chimio toutes les trois semaines et j'ai deux semaines où je suis alitée et cinq jours où je me sens bien.*

**Chercheuse: Que pourrez-vous nous dire comment vous considérez aujourd'hui votre féminité, votre sexualité et l'image de votre corps?*

**MADAME L: C'est difficile, mais on fait avec, ma vie de femme est mise de côté à cause de la maladie.*

**Chercheuse: Qu'éprouvez-vous exactement lorsque vous dite avoir mis votre vie de femme de côté?*

**MADAME L: Pour le moment je ne fais rien. J'ai stoppé toutes mes activités où j'étais souvent avec les autres femmes et mes collègues. Même si je me considère comme normale. Mais c'était dur la période où je saignais, je me voyais seulement comme la femme de la bible qu'on dit qui a fait 12 ans de saignement avant que Jésus passe par là. Parce que je vivais la maladie avec tout mon entourage, ce n'était pas évident. Quand les saignements se sont arrêtés, c'était un grand soulagement.*

**Chercheuse: Vous avez aujourd'hui bravé beaucoup d'épreuves due à la maladie et ses traitements, que pouvez vous dire de comment vous envisagez votre avenir?*

**MADAME L: Mon avenir se vit selon mon présent. Je vous ai dit bien que ce n'est pas évident je me sens normale, je m'occupe de tout le monde à la maison, joue mon rôle de mère, mon dernier enfant a 7ans, je joue mon rôle d'épouse et d'amie aussi. Bref je vis normalement.*

**Chercheuse: Lorsque le médecin vous présentait les différentes solutions, il vous a dit de garder espoir parce qu'on peut guérir du cancer col. Vous dites que pour l'instant vous êtes sous chimiothérapie et parler d'une probable chirurgie qui est l'un des traitements les plus efficace ; l'hysrectomie, où l'on vous retire l'utérus. Vu que c'est votre organe génital qui est atteint par la maladie, il vous est-il arrivé de vous préparer psychologiquement de vous séparer de votre organe?*

**MADAME L: Je sais déjà qu'on doit l'enlève, ça entre dans le processus de guérison: on a dit chimio, radio, chirurgie. Donc dès le départ gynéco a été claire avec moi parce moi je*

voulais chirurgie, chimio, radio, il a dit non c'est d'abord les deux premier, la chirurgie arrive après. Pour être honnête je rêve de cette dernière étape. Mais je n'y ai même jamais pensé de m'en séparer psychologiquement avant que vous me poser la question sauf si rêver en fait partie. Je sais que j'ai la maladie en moi et bon la seule chose que j'espère c'est une guérison; s'il arrive que l'enlever est la solution à ma guérison, je crois que je vais appliquer ce que les gens disent souvent que « c'est dans la tête » et me faire une raison de me séparer de cette partie de moi qui me fait souffrir.

1-4 –MADAME E

**Chercheuse: Bonjour madame comment vous allez?*

**MADAME E: Ça va de mieux en mieux. (Sourire)*

**Chercheuse: Vous avez quel âge madame?*

**MADAME E: J'ai 40 ans*

**Chercheuse: Avez-vous des frères et des sœurs? Si oui, vous occupez quel rang?*

**MADAME E: Je suis l'ainée de la famille de 5 enfants.*

**Chercheuse: Vous avez quel niveau scolaire madame?*

**MADAME E: Première A4 et mon tuteur n'avait pas les moyens pour que je continue.*

**Chercheuse: Vous avez obtenu votre Probatoire?*

**MADAME E: Oui même comme il ne me sert à rien maintenant. (Rire)*

**Chercheuse: Quel est votre statut matrimonial?*

**MADAME E: Je suis mariée monogamie, mère de 5 enfants. Accoucher 4 par moi-même, on m'a doté 1. Mon beau-frère qui est mort, c'est aussi mon enfant une fois, donc je le compte une fois comme depuis c'est moi qui le garde et l'élève.*

**Chercheuse: De quelle origine êtes-vous?*

**MADAME C: Je suis béti-ewondo*

**Chercheuse: De quelle religion êtes-vous?*

**MADAME E: Je suis catholique romaine. Il y'a les gallicans, les orthodoxes. La précision vaut la peine.*

**Chercheuse: Vous faites quoi dans la vie?*

**MADAME E: J'étais commerçante et puis pour le moment je suis un peu invalide, puisqu'on m'a demandé un grand repos vue mon opération. Avant l'opération moi je sortais de la chimio, je faisais mes choses.*

**Chercheuse: Dans quel contexte avez-vous appris votre maladie?*

**MADAME: On parlait des myomes, heureusement que j'ai fait une IRM et c'est de là que l'examen a démontré autre chose. On a dit suspicion d'une tumeur ovarien droite. Je me*

rappelle encore. C'est le diagnostic primaire qui m'avait amené ici à l'hôpital général. Il fallait suivre les épreuves de chimiothérapie, on m'avait envoyé à génico faire un dévolquin. Le pronostic était favorable, j'avais même ça écrit quelque part.

**Chercheuse: Comme nous l'avons dit nous allons entrer dans le vif du sujet c'est — à — dire vous allez nous parler de vos ressentis. Il va nous arriver d'entrer dans votre intimité, des souvenirs peuvent vous revenir ou alors il pourrait vous arriver de pleurer, ce n'est pas grave si nous nous arrêtons pour souffler.*

**MADAME E: Pleurer quand on parle d'autres choses? (Rire) en tout cas ça dépend de chacun de comment chacun gère ses émotions.*

**Chercheuse: D'accord MADAME E comment avez-vous pris la nouvelle de votre maladie lorsque le médecin vous a révélé que vous êtes atteinte du cancer du col de l'utérus?*

**MADAME E : Je ne sais pas où ce genre de maladie me sort. Peut-être on m'a fait ça parce que lorsque quelque chose comme ça te frappe, tu penses à tout. Il y'a certaines personnes qui lancent des maladies de façon mystique aux autres, je vous dis comme le mensonge là-bas chez les bassa'a et parfois même le Cancer, pour quelle raison, je ne sais pas. Quand la maladie-ci commençait à un moment, j'avais perdu trop de poids puisque je n'avais pas de...(soupir) le ventre était constamment ballonné puisque je n'arrivais même pas à avaler de l'eau; quand bien même j'avalais un peu d'eau que la gorge était trop sèche, j'avais trop mal parfois pour éviter le mal je restais sans eaux, la nourriture alors était quasiment impossible. Donc je suis restée à 49 kilos, dans les 49 kilos, je me soutenais(soupir)... Alors je ne sais pas précisément, mais je sais qu'après mon mariage religieux en 2010, j'ai fait un accouchement difficile, et puis à partir de là j'ai eu beaucoup de complications. Bon ça fait que pour que je conçoive après, ça été toute une difficulté jusqu'à ce que et les myomes, et tout ceci tumeur maintenant, cancer ohhhh je ne sais pas trop maintenant, mais je sais que je parviendrai parce que l'autre là je ne sais pas là où ça me sort. Je faisais mes accouchements, j'ai fait mes 03 premiers enfants, je me déplaçais pour aller accoucher, j'accouchais en cours de route si je traîne. À un moment pour que j'accouche, j'arrive à l'hôpital, il faut des jours (répété x3), l'autre là même j'ai failli, j'ai eu une neuropathie, j'ai fait 08 mois d'handicap après le mariage là, donc que, mais j'ai toujours la tête haute, l'autre là je ne m'en passe pas.*

**Chercheuse: Quels étaient vos éprouvés dans tout ceci?*

**MADAME E: Enfin tu ne peux pas passer une vie sans être éprouvée, j'ai été éprouvée.*

**Chercheuse: Et ça se manifestait comment?*

**MADAME E: Là là là quand quelque chose arrive, ça me frappe beaucoup. Et à un moment je me dis il y'a un Seigneur, il y'a une vie déterminée, c'est arrivé comme ça, ça veut*

dire que ça devait arriver, ça ne dépend pas de moi vue ma religion, je sais que, je crois beaucoup en Dieu. Et puis je me dis que ce sont les affaires de Dieu, je remets ça à Dieu et j'en passe, c'est ça qui me relève toujours mon moral surtout qu'il y'a un adage qui dit que : tout ce que Dieu fait est bon. Je me dis que si je me retrouve dans cette situation, bon. J'ai été orpheline très tôt et si je ne perdais aussi vite mon tuteur, j'allais continuer à l'école. Mes enfants, la plus petite que moi-même j'ai accouché elle a 17 et elle fait 3e année universitaire. Elle est d'une intelligente hors pair, elle a eu le bac avec mention très bien, elle sortait de Saint-Benoît; donc c'est-à-dire peut-être moi-même je n'étais pas paresseuse à l'école, mais je n'ai pas eu seulement l'encadrement. Je suis ravissante, moi je n'ai pas pu aller plus loin, c'est été mes enfants qui sont à cette place, ça été programmé ainsi et je l'accepte comme ça. Maintenant chercher même le travail, je ne peux pas. Je suis là j'aime être autonome avoir mes propres choses où je dis qu'aujourd'hui je fais; demain je dis que je ne fais pas, je reste coucher. Mon mari même est habitué comme ça, même si je déclare marmite morte, je dis je ne fais rien aujourd'hui point.

**Chercheuse: D'accord! Est-ce qu'il y'a eu des contrainte lié à la maladie et aux traitements? Avez-vous eu aussi certaines pensées spécifiques?*

**MADAME E: Par rapport au traitement je n'en juge pas encore ça de contraignant puisque j'ai trouvé tout ce qu'on donne, c'est entré en moi, j'ai trouvé satisfaction. Bon par rapport aux médisances, ça n'a pas manqué où on dit que je ne méritais pas l'homme que j'ai épousé; beaucoup de médisances puisque c'est dans la même année que j'ai perdu mon enfant que beaucoup de choses ont changé par rapport à mon mari puisqu'il a eu le travail à la présidence, je suis assurée aujourd'hui où tout le monde dit que toutes les bonnes choses sont pour moi. Quand on veut même parler ce qui est en ma faveur, on ajoute toujours des polémiques, mais tout ça là moi je trouve que ce sont des avantages à mon égard et c'est même ça qui me réhausse encore.*

**Chercheuse: Ce que vous nous décrivez là sont vos propres pensées de comment les gens vous voient depuis que vous faites la maladie ou bien vous considérez qu'ils sont à l'origine de ce qui vous arrive?*

**MADAME E: Au niveau des obstacles que les autres pensent me tendre alors comme je parviens à m'en passer, je me dis que le Seigneur est avec moi et grâce à lui parce que toute chose est grâce, je ne peux que le remercier puisqu'ils y'a les gens qui n'ont même pas la grâce d'être même assuré puisque moi là où ça me dépasse financièrement, les assurance assurent et on me fait une prise en charge puisque récemment quand je sortais de l'opération je n'avais pas l'argent en espèce, j'aime souvent d'abord dépenser pour qu'on me rembourse, mais*

comme il me fallait faire un TVM je n'avais pas d'argent, j'ai une demande de prise en charge, on m'a accordé et me voici en suite de traitement alors peut-être dans mes finances je n'ai pas assez d'argent, mais je suis satisfaite et ce qui énervent les voisins et les autres. Bon moi je m'en fous parce que c'est ma grâce.

**Chercheuse: Parlons à présent des répercussions de la maladie sur l'image que vous avez de vous-même, de sexualité et de votre féminité*

**MADAME E: On a enlevé tout l'utérus et je demandais au professeur DOBETI si je vais encore avoir le plaisir de mon gars, on avait beaucoup rit puisque ce jour-là il y'avait beaucoup de stagiaires, donc quand j'ai posé la question, c'était les jeunes médecins comme toi, lui-même il a ri et c'est qu'il m'a dit qu'il ne sait pas puisque sa femme n'est pas comme ça, mais il pense avoir laissé le tunnel, c'est à dire que c'est dans le tunnel que le plaisir commence, seulement que je ne pourrais plus procréer, je peux plus avoir les menstrues, bon moi aussi j'ai essayé de lire beaucoup de chose à propos, mais si je peux vivre sans ça du moment où ça ne me gêne pas il n'y a pas de problème, je ne ressens pas tout le bas là.*

**Chercheuse: Êtes-vous entrain de nous dire que vous ne ressentez plus aucun plaisir?*

**MADAME E: cela fait plus de six mois que mon mari et moi n'avons rien fait parce qu'il faut que ça cicatrise bien, on fait une soudure à plusieurs niveaux dans le ventre que si l'extérieur est comme ça l'intérieur doit également être comme ça. Je n'ai pas encore testé si le gout est le même ou si c'est un peu accentué si ça ne vaut plus la peine, si si...Bon je me sentirais vraiment soulagée si je peux satisfaire mon mari avec ou sans ça.*

**Chercheuse: Quelle est la valeur symbolique de cet organe qu'on vous a retiré? Agit-elle sur votre façon d'être désormais?*

**MADAME E: Heureusement que j'ai fait les enfants avant déjà et que je partais déjà aussi vers la ménopause où je ne voulais plus accoucher ou bien. Heureusement que je me suis aussi vite mariée enfin j'ai vite commencé l'accouchement parce que mon premier fils a 24ans. Donc ça fait que je me sentirai vraiment soulager je peux satisfaire mon mari, pour le moment je ne me dis encore rien, je suis soulagée du fait que je ne sens plus mal, le mal-là était vraiment atroce. Je ne pouvais pas me tenir debout, me coucher, je n'avais même pas de position fixe. Et quand tout ça est maintenant comme ça à un moment je fais des scènes de danse avec ma petite fille, elle me montre les trucs de la maternel, on danse, on fait tout ça ensemble. Donc que je fais les tours de rein sans problème, alors que c'était déjà quasiment impossible*

**Chercheuse: Avez-vous connu dans votre tribu ou dans votre communauté religieuse des femmes qui ont une histoire semblable à la vôtre?*

**MADAME E: Bref il y'a une dame puisque je suis dans une association, je peux dire une conforie, conforie Saint Joseph; donc comme je vous ai déjà dit j'avais 49 kilo et cette femme-là lors d'une prière le mercredi, c'est elle qui m'a dit que elle-même elle est comme ça et me parlait de 7 ans que après son dernier accouchement ça n'a pas été facile et on lui a dit que soit quelle partie de cet utérus entre soit le dolco... elle m'a cité un truc là, bon ça veut dire qu'elle maîtrisait aussi ce qu'elle me disait puisque quand tu souffres d'une maladie, il est hors de question que tu ne saches pas... Donc elle m'a parlé de ça comme ça où elle m'a dit que on était obligé après l'accouchement d'opérer et d'enlever même tout que le médecin avait trouvé utile d'enlever tout puisqu'on avait déjà trouvé beaucoup de myomes qui étaient là. Donc et elle vit, elle croit à son Dieu, elle m'a même rassuré que même dans son ménage elle trouve un peu plus d'appétit sexuel avec son homme. Donc que ce que moi je ne peux pas encore approuver parce que je n'ai pas encore essayé. On ne peut pas me mettre or, c'est une maladie parce que si on l'achetait, je ne pourrais jamais l'acheter. J'ai envie d'une voiture, mais je ne parviens et je me dis que peut-être mes enfants m'offriront des voitures, faut qu'ils je les offre de grandes études avec une bonne éducation, un bon suivi et tout sans les lâcher. Donc si c'est seulement pour la vie là, ce que le Seigneur me donne, je prends. Et je sais qu'il m'a toujours donné ce qui est le mieux pour moi.*

**Chercheuse: Si je comprends bien, il y'a le côté de l'histoire de cette femme-là qui a agi sur vous?*

**MADAME E: Oui oui son histoire m'a vraiment remonté le moral où elle me parlait de beaucoup d'années de souffrance. Lorsque le médecin me parlait même comme je riais, je n'étais pas trop satisfaite. Mais avec l'expérience des autres, une femme comme moi, qui me dit, qui me dit, bon ça ne peut que me rassurer; le professeur m'a seulement dit que le tunnel est resté(rire).*

**Chercheuse: Ça veut dire qu'à votre tour vous racontez aisément votre histoire et celle de votre maladie?*

**MADAME E: Bien-sûr, je raconte facilement on ne cache pas la maladie, il faut d'abord accepter la maladie, demander au Seigneur d'accorder le médicament approprié et oui quand tu viens le prendre sachant que tu es malade et que le médicament là a été prescrit pour ta maladie avec toute la foi que tu as, ça va aussi et je me dis que c'est le pourquoi je vais de mieux en mieux vers les favorites.*

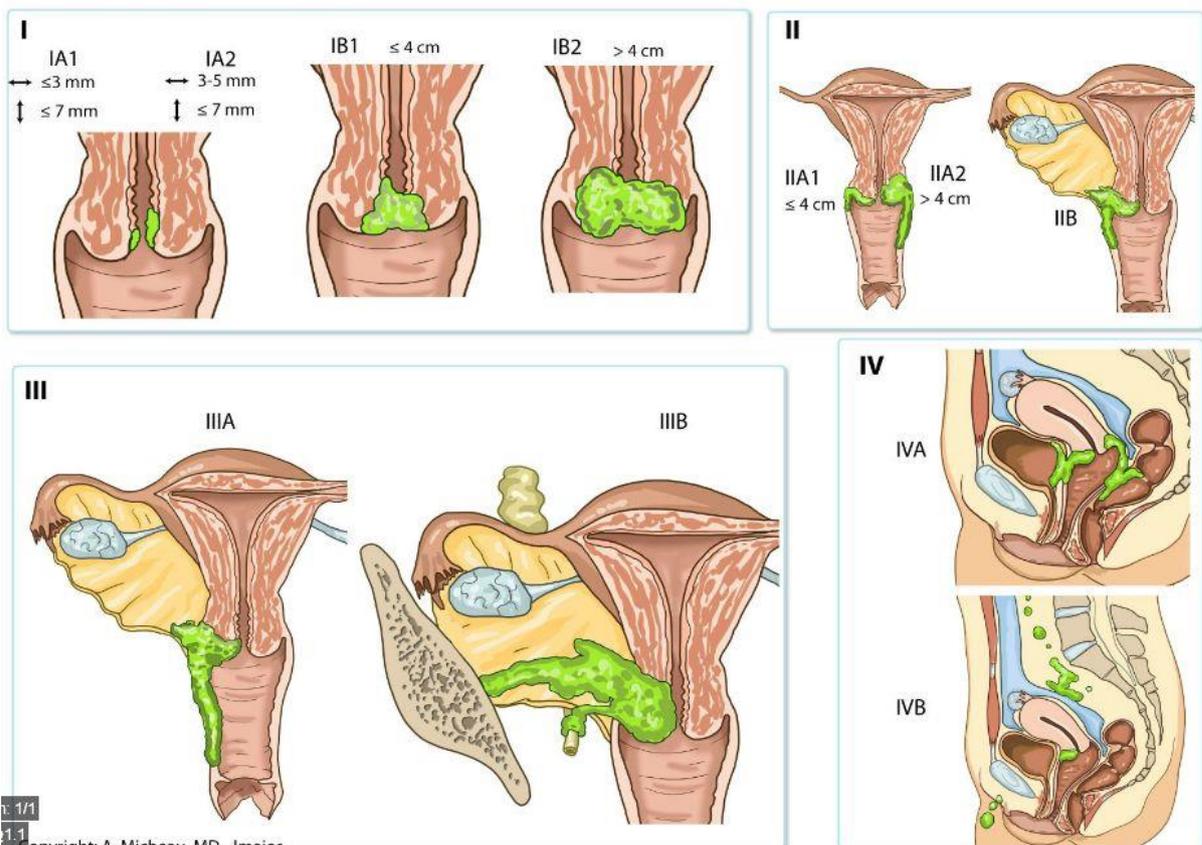
**Chercheuse: Avec ce que vous venez de dire, peut-on conclure que vous avez fait un travail sur vous-même par rapport à votre organe qui vous a été enlevé?*

**MADAME E: Je peux dire ça puisqu'on avait examiné l'organe là même et s'est revenu et on a écrit entre parenthèses que ça été mal conservé donc qu'on n'a même pas donné les trucs définitifs mais à la fin le médecin si on pouvait encore refaire comme si j'avais encore un autre utérus en moi, on est passé dessus, c'est même là où on a demandé un TDM avec un détail d'un ADKO opéré. Donc me revoici en chimio pour la première fois encore puisque j'avais déjà fait 1an sans chimio et entretemps j'étais à l'aise, j'avais même déjà le poids, j'étais déjà brune belle, j'avais déjà les poêles; ou les opérations les ceci, je suis encore devenue, mais je parviens toujours à redevenir moi-même parce qu'à un moment là dès que mon assurance me libère encore les trucs(rire)je serai à l'aise. Le manque de mon utérus ne me dérange plus, j'attends juste tester si le tunnel fonctionne bien sans son arrivé, je ne sais pas (rire).*

CLASSIFICATION

- La classification utilisée dans le cancer du col utérin est celle de la fédération des gynécologues et obstétriciens : FIGO
- IA Lésions pré-cliniques limitées au col
- IA1 Invasion du stroma <3 mm en profondeur et <7 mm horizontalement
- IA2 Invasion de 3 à 5 mm en profondeur et < 7 mm horizontalement
- IB Limitée au col : Clinique ou > IA2
- IB1 Diamètre < 40 mm
- IB2 Diamètre > ou = 40 mm
- II Dépassant le col
- IIA Atteinte du vagin ou de l'isthme sans atteinte du paramètre
- IIB proximal Atteinte proximale du paramètre
- IIB distal Atteinte distale du paramètre
- III Etendue sans atteinte des organes de voisinage
- IIIA Atteinte du 1/3 inférieur du vagin
- IIIB Atteinte paroi pelvienne ou retentissement du haut appareil urinaire
- IV Envahissant les organes de voisinage
- IVA Atteinte de la muqueuse vésicale ou rectale
- IVB Métastases à distances

FIGO Classification - Carcinoma of the cervix uteri



L'ÉVOLUTION VERS LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

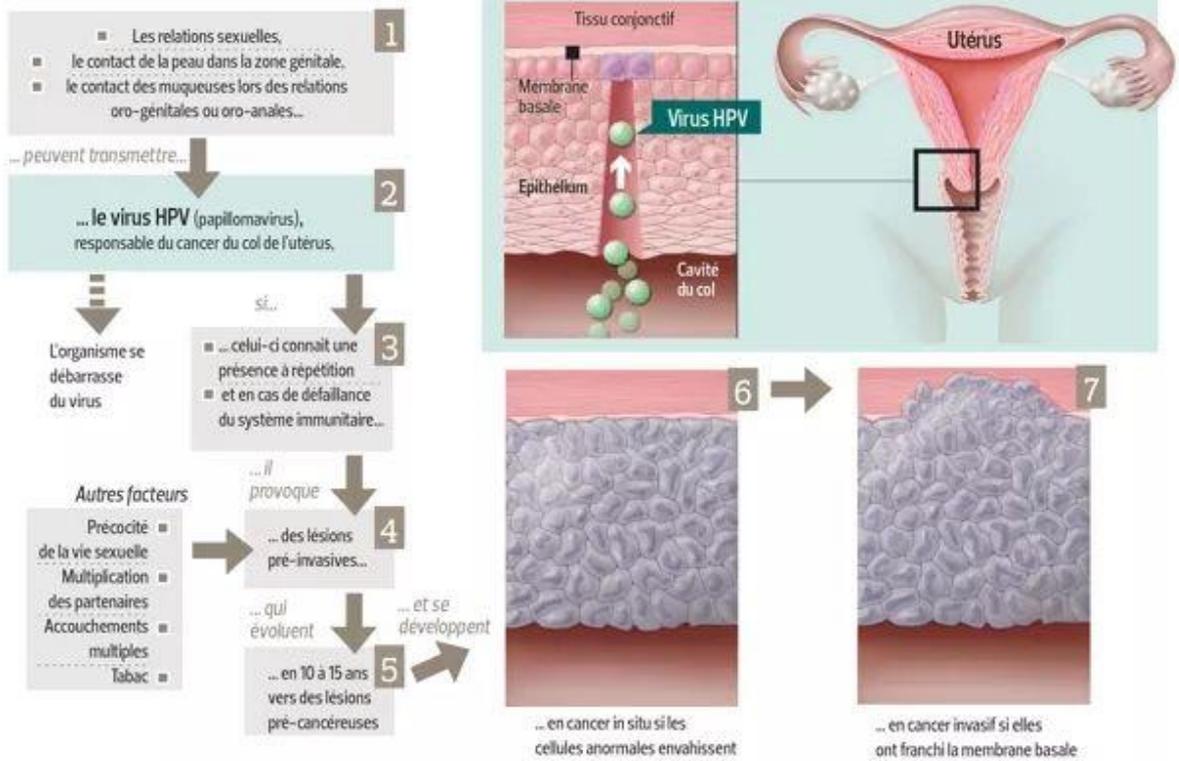


TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
DÉDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
ABRÉVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
RÉSUMÉ	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE	9
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	10
1-1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE	10
1-2- POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME DE RECHERCHE	18
1-3-QUESTION DE RECHERCHE	30
1-4-HYPOTHÈSE DE RECHERCHE	30
1-5-OBJECTIF DE RECHERCHE.....	31
1-6-L'INTÉRÊT DE LA RECHERCHE	31
1-6-1-L'intérêt social	32
1-6-2-L'intérêt scientifique	32
1-6-3-L'intérêt professionnel	33
1-7-CLARIFICATION DES CONCEPTS	34
1-7-1-Réorganisation psychique.....	34
1-7-2-Processus psychiques	35
1-7-3-Femme	35
1-7-4-Dépassement de la rupture.....	37
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	38
2-1- Physiologie du cancer du col de l'utérus.....	38
2-1-1- Facteurs de risques du cancer du col de l'utérus.....	41
2-1-2- Prévention des lésions précancéreuses chez les jeunes femmes	41
2-1-2-1- Les principales techniques utilisées.....	41
2-1-2-2- Points forts de l'IVA.....	42
2-1-2-3- Points faibles de l'IVA	42
2-1-3- Traitement des lésions précancéreuses	42

2-1-4 - Traitements du cancer du col de l'utérus.....	43
2-2- Le temps du remaniement psychique du cancer du col de l'utérus sur la féminité	45
2-3- Les liens entre le cancer du col de l'utérus et la sexualité	50
2-4- L'image du corps de la féminité.....	53
2-5- La pudeur féminine face au cancer du col de l'utérus	54
2-6- Le rôle de la mentalisation dans la réorganisation psychique	57
2-7- Facteurs de protection et processus de résilience dans la réorganisation psychique	62
2-7-1- Facteurs de protections	62
2-7-2-Processus psychique de résilience :.....	71
CHAPITRE 3 : INSERTION THÉORIQUE.....	77
3.1. MODELÈS PSYCHANALYTIQUES DE LA RÉORGANISATION PSYCHIQUE..	77
3-1.1. Approche métapsychologique freudienne.....	77
3-1.2- Modèle théorique de Pucheu (2008) et de Lehmann (2014).....	80
3.1.3. La rupture des temporalités	84
3-2- LE DÉPASSEMENT DE LA RUPTURE DES TEMPORALITES.....	86
3-2-1 La théorie de la crise, de la rupture et du dépassement de Kaes(1978).....	86
3-2-2 Les approches thérapeutique et théorique du dépassement de la rupture des temporalités	91
3-2-3- Insertion du modèle de la désorganisation/réorganisation psychique selon Lehmann (2014) à partir du dépassement de la rupture des temporalités.....	94
DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE	98
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE.....	99
4.1. RAPPEL DES ÉLÉMENTS DE LA PROBLÉMATIQUE.....	99
4.1.1. Bref rappel du problème	99
4.1.2. Rappel de la question de recherche	100
4.1.3. Rappel de l'objectif général.....	100
4.1.4. Rappel de l'hypothèse générale	100
4.2. SITE DE LA RECHERCHE : HGY.....	100
4.2.1. Justification du choix du HGY	100
4.2.2. Présentation du site	101
4.3. CRITÈRES DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS.....	101
4.3.1. Critères d'inclusion	101
4.3.2. Critères de non-inclusion.....	102
4.3.3. Recrutement des participants	103

4.3.4	Caractéristiques des participantes	103
4.4.	TYPE DE RECHERCHE.....	104
4.4.1.	Méthode clinique de recherche	104
4.4.1.1.	L'étude de cas.....	105
4.5.	TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNÉES : ENTRETIEN SEMI- STRUCTURÉ	106
4.6.	INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNÉES : LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	107
4.7.	TECHNIQUE D'ANALYSE DES RÉSULTATS : ANALYSE DE CONTENU CAS PAR CAS	108
4.8.	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	110
4.9.	DÉROULEMENT DES ENTRETIENS ET DIFFICULTÉS Y AFFÉRENTES	110
	CHAPITRE 5 :PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES	112
5.1-	PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES	112
5.1.1 -	Madame B	112
5.1.2 -	Madame C	113
5.1.3 -	Madame E.....	113
5.1.4-	Madame L.....	113
5.2.-	RETENTISSEMENTS DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS ET RUPTURE DES TEMPORALITÉS	114
5.2.1 -	Contexte d'annonce du diagnostic	114
5.2.2 –	Éprouvés et contraintes depuis l'annonce du diagnostic et des traitements	116
5.2.3 -	Retentissement sur la sexualité, la féminité, l'image du corps et sur le vécu quotidien.....	119
5.3-	MANIFESTATION DU DÉPASSEMENT DE LA RUPTURE DES TEMPORALITES	121
5.3.1-	La réorganisation psychique.....	122
5.3.1.1-	Mécanismes de défenses	123
5.3.1.1.1-	La Répression.....	123
5.3.1.1.2-	Humour	124
5.3.1.1.3-	Sublimation	124
5.3.1.1.4-	L'intellectualisation	125
5.3.1.2-	Étayage.....	126
5.3.1.3–	Symbolisation	127
5.3.1.4 –	Travail du deuil.....	129

5.3.1.4.1– Le choc.....	129
5.3.1.4.2– Le déni	130
5.3.1.4.3–Le marchandage / La colère	130
5.3.1.4.4–La tristesse/résignation	131
5.3.1.4.5– L’acceptation.....	131
5.3.1.4.6– La reconstruction.....	132
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION	133
6-1 - SYNTHÈSE DES RESULTATS.....	133
6.2 – INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	134
6.2.1 – Application du modèle psychanalytique de la désorganisation/réorganisation psychique suite à l’atteinte du corps selon le dépassement de la rupture des temporalités de Lehmann (2014) dans l’appréhension de ce processus chez les femmes atteintes du cancer du col de l’utérus :	134
6.2.2. Du dépassement de la rupture des temporalités à la réorganisation psychique	136
6.2.2.1-Le choc et la perte des repères	136
6.2.2.2-Rupture des temporalités	136
6.2.3 - Dépassement de la rupture des temporalités	137
6.2.3.1 -Du dépassement de la rupture des temporalités à la réorganisation psychique	138
6.2.3.2 -Les mécanismes de défense dans la réorganisation psychique	138
6.2.3.3 -L’étayage dans la réorganisation psychique	139
6.2.3.4 -Le travail de deuil dans la réorganisation psychique.....	140
6.2.3.5 -La symbolisation dans la réorganisation psychique	141
6.3 – DISCUSSION	142
6-3-1 -Répercussions de la maladie sur la vie psychique	143
6-3-2 -Mise en place de la réorganisation psychique	144
6.4 – IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES	147
6.4.1 – Implications	147
6.4.2 – Perspectives	148
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	151
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	155
ANNEXES.....	161
TABLE DES MATIÈRES	179