

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

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

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



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE
SOCIAL SCIENCES

**SENTIMENT DE CULPABILITE CHEZ LA FEMME
HYSTERECTOMISEE ET LIEN AFFECTIF DANS LE
COUPLE : UNE ETUDE DE CAS**

Mémoire soutenu le 03 Octobre 2024 en vue de l'obtention du Master en Psychologie

Spécialité : Psychopathologie et Clinique

Par

TAFOUASSONG DJEUFACK Stéphanie Josiane

Licenciée en Psychologie



Jury :

Qualités	Noms et grade	Universités
Président	MGBWA Vandelin, Pr	UYI
Rapporteur	NGUIMFACK Léonard, Pr	UYI
Examineur	MENGUE NGADENA, CC	UYI

ATTENTION

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à 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, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

**À
Ma famille**

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES ANNEXES	v
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES.....	vi
RESUME.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION GENENRALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L’ETUDE.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L’ETUDE	5
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE	17
CHAPITRE 3 : DE LA RELATION D’OBJET AU LIEN AFFECTIF DANS LE COUPLE CONFRONTE A L’HYSTERECTOMIE	45
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	89
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L’ETUDE.....	90
CHAPITRE 5 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	104
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSIONS DES RESULTATS	125
CONCLUSION GENERALE	140
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	144
TABLE DES MATIERES	177

REMERCIEMENTS

Aux termes de ce travail de recherche, nous tenons tout d'abord à remercier le Professeur Léonard NGUIMFACK qui a accepté de diriger ce mémoire. Tout au long de ces années de notre parcours de master, il nous a proposé une gamme variée de lectures permettant une richesse d'échanges favorables à la construction de l'objet de recherche et sa réalisation sur le terrain.

Nous exprimons également notre gratitude au Professeur Chandel EBALE MONEZE, Chef de Département de Psychologie ainsi que tous les enseignants dudit département pour nous avoir offert un cadre propice pour notre formation en recherche dans le domaine de la Psychologie et de la Psychopathologie et psychologie clinique en particulier.

Nous exprimons aussi notre reconnaissance au Professeur Jacques Philippe TSALA TSALA, Coordonnateur du Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives, ainsi qu'au Professeur Armand Claude LEKA ESSOMBA, Coordonnateur de l'Unité de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines et Sociales.

Nous remercions le Directeur de l'HCY et toutes les femmes hystérectomisées de cette institution, de même que le personnel médical, pour nous avoir permis de collecter nos données ;

L'expression de notre profonde gratitude va à l'endroit du Dr Josué NGNOMBOUOWO TENKUE et Dr Clémence Idriss KONFO TCHOLONG, pour leur disponibilité à nous accompagner tout au long de ce travail ; et pour leur implication personnelle et matérielle afin que ce travail soit consolidé ; de la famille DJEUFACK, pour son soutien financier, matériel et moral au combien important pour nous dans la réalisation de cette recherche ; de la famille DEGA, pour ses encouragements, son accompagnement ses multiples conseils et soutien moral et financier à la réalisation de ce travail ; de mes amies Nadège ATUETE, Viviane TSAMO NGOUNÉ, Évariste Djarone NANA, Jean Claude PETEGOU pour leur soutien multiforme.

Que tous ceux qui ont participé de quelque manière que ce soit à la réalisation de ce travail trouvent ici notre profonde reconnaissance.

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Caractéristiques des participantes sélectionnées</i>	<i>94</i>
---	-----------

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de recherche.....	156
Annexe 2 : CORPUS D'ENTREIEN AVEC TITA	157
Annexe 3 : CORPUS D'ENTRETIEN AVEC AURELIE	164
Annexe 4 : CORPUS D'NTRETIEN AVEC BELLA.....	172

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

CENAME : Centre National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

EFT : Emotional Freedom technique

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique

HCY : Hôpital Central de Yaoundé

HPV : Le papillomavirus humain

IAA : Inventaire de l'Attachement de l'Adulte

MOI : Modèles Internes Opérants

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QdV : qualité de vie

RESUME

Le lien est un élément vital pour les personnes et les groupes. Dans le couple, le lien fait partir de la structure et du fonctionnement intime du système. Notre étude part du constat que les couples soumis à la rude épreuve de l'hystérectomie sont souvent confrontés au sentiment de culpabilité de la femme, qui se plaint davantage d'être le malheur de son couple, qui dit ne plus servir à rien dans son couple, ne plus être vraiment une femme, qui dit se sentir délaissé par son époux. Nous avons aussi constaté que les disputes sont souvent légion et exacerbées dans ces couples. Or pour les théoriciens du lien affectif dans le couple, en cas de crise conjugale, bon nombre de couples font seuls le travail de dépassement qui implique une réorganisation, un réaménagement du lien conjugal à travers la reconstitution du lien, de nouvelles collusions et de nouvelles crises qu'ils devront également dépasser. L'objectif dans cette étude était d'examiner le lien affectif au sein d'un couple dont la femme développe un sentiment de culpabilité à la suite d'une hystérectomie. Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes posé la question de recherche suivante : « Comment le sentiment de culpabilité développé par la femme qui a subi une hystérectomie retentit-il sur le lien affectif dans le couple ? » Pour y répondre, nous avons formulé l'hypothèse que : « Chez la femme qui a subi une hystérectomie, le sentiment de culpabilité réactive les conflits archaïques qui vont faire effraction dans les liens affectifs au sein du couple, entraînant le désinvestissement libidinal entre conjoints. Pour atteindre cet objectif, nous avons fait usage de la méthode clinique, plus précisément de l'étude de cas. Les données ont été collectées à l'aide des entretiens semi-directifs auprès de trois participantes rencontrées à l'hôpital Central de Yaoundé. Nous avons fait recours à l'analyse de contenu thématique pour analyser les données. Les résultats obtenus montrent que la plupart des ruptures du lien au couple vient de ce que la femme hystérectomisée ne parvenant plus à faire confiance à son conjoint ne s'ouvre plus émotionnellement et ne s'implique plus dans la relation à long terme. Du fait de leur mise en œuvre, le couple plonge progressivement dans une crise conjugale dont il est incapable d'aménager. Dans ce contexte, de nombreux conflits éclatent dans le couple. Ces conflits sont associés à l'altération de la proximité entre les partenaires dans le couple, la diminution de l'attraction éprouvée envers le conjoint. L'implication émotionnelle dans le couple est affectée.

Mots clés : sentiment de culpabilité, cancer du col de l'utérus, hystérectomie, lien affectif, couple.

ABSTRACT

The bond is a vital element for individuals and groups. In couples, the bond is part of the structure and intimate functioning of the system. Our study begins with the observation that couples undergoing the harsh ordeal of a hysterectomy are often confronted with the woman's feelings of guilt, as she complains about being the misfortune of her relationship, expressing that she no longer serves a purpose within the couple, no longer feels like a woman, and feels abandoned by her spouse. We also observed that arguments are often frequent and exacerbated in these couples. However, for theorists of emotional bonds within couples, in the event of a marital crisis, many couples must undertake the work of overcoming it on their own, which involves a reorganization and restructuring of the marital bond through the reconstitution of the connection, new collusions, and additional crises that they must also overcome. The goal of this study was to examine the emotional bond within a couple where the woman develops a sense of guilt following a hysterectomy. To achieve this goal, we posed the following research question: "How does the sense of guilt developed by a woman who has undergone a hysterectomy affect the emotional bond within the couple?" To answer this, we hypothesized that: "In women who have undergone a hysterectomy, the sense of guilt reactivates archaic conflicts, which breach the emotional bonds within the couple, leading to a libido withdrawal between partners." To pursue this objective, we employed the clinical method, specifically a case study. Data was collected through semi-structured interviews with three participants encountered at the Central Hospital of Yaoundé. We used thematic content analysis to process the data. The results show that most ruptures in the couple's bond arise from the fact that the woman who has undergone a hysterectomy, no longer trusting her spouse, withdraws emotionally and becomes less involved in the long-term relationship. Due to these dynamics, the couple gradually enters into a marital crisis that they are unable to manage. In this context, numerous conflicts emerge within the couple. These conflicts are associated with a deterioration in proximity between the partners, as well as a reduction in the attraction felt towards each other. Emotional involvement in the relationship is affected.

Keywords: guilt, cervical cancer, hysterectomy, emotional bond, couple.

INTRODUCTION GENENRALE

Le cancer est une pathologie de plus en plus récurrente dans nos sociétés. Il touche la grande majorité des organes du corps et ses conséquences envahissent la vie psychique des personnes qui en sont atteintes et par ricochet celle de leurs proches. L'irruption, habituellement soudaine et inopinée de la maladie induit une cassure. Les repères qui existaient jusqu'alors perdent leur fonction contenante et protectrice. Ceci, associé au traitement de la maladie constitue une véritable crise pour le patient et son entourage. Chez la femme, le cancer le plus fréquent est le cancer du sein, suivi du cancer du col de l'utérus. Ces types de cancer, malgré les progrès de la médecine, sont liés à la douleur, la dégradation du corps et à la mort. Ils ont cette spécificité de toucher des organes particulièrement investis car au centre de l'existence de la femme : féminité, maternité, couple et sexualité (Lehman, 2014).

Pour Lehman (2014), le traitement de ces types de cancers a autant de retentissements psychiques que la maladie elle-même. Les effets des traitements accentuent le sentiment de perte de repères et la sensation de précarité. La chirurgie (mastectomie, hystérectomie etc.) porte atteinte à l'image du corps, à l'identité de femme et au sentiment de soi. En plus de cette atteinte, elle provoque une angoisse devant la mutilation et un sentiment d'étrangeté. Selon lui, la femme a le sentiment que son corps lui échappe, que sa vie est désormais entre les mains du corps médical, auquel elle ne peut que se remettre. Certaines tentent de se préserver par le doute et parfois par un déni de la maladie, qui peut persister longtemps.

Au-delà de la femme qui est atteinte, ajoutent Northouse, Templin et al. (2001), le cancer et l'hystérectomie vont avoir des conséquences sur son entourage (famille, couple etc.). En ce qui concerne le couple, de nombreuses études se sont intéressés aux retentissements du cancer et de l'hystérectomie. Sormanti et Kayser (2000) montrent que les partenaires sont soumis à un très grand stress et se confient en majorité d'abord vers le conjoint malade ; le partenaire étant souvent vu comme très soutenant.

Wimberly, Carver et al. (2005) montrent que la réussite du couple qui doit faire face à l'hystérectomie est souvent liée à sa capacité de parler à parler de la situation. La communication dans le couple risque cependant d'être affectée, de même que les relations sexuelles (Holmberg, Scott & al, 2001). La détresse psychologique des patientes est prédite par celle du conjoint et par la qualité de leur relation conjugale (Giese-Davis, Hermanson & al, 2000). Les couples qui sont le plus en difficulté sont donc ceux qui présentent des difficultés relationnelles préexistantes au diagnostic (Kornblith et Ligibel, 2003) et/ou une

situation de couple conflictuelle (Marx, 2007). De ces travaux, nous comprenons qu'il y a donc un changement de mode de relation entre les conjoints (Razavi, Delvaux et al, 2008).

Ces changements touchent directement au lien affectif (comportement d'attachement qu'un individu montre pour un autre individu, et dans lequel les deux partenaires tendent à rester à proximité l'un de l'autre) dans le couple. En effet, selon Chaban, et Habold (2017) face à la maladie grave et à la mort, nombre de couples se retrouvent devant un traumatisme qui vient bouleverser leur vie dans ses fondations les plus intimes, dans des modes réactionnels de survie, d'hyper-vie, ou de décompensation/dépression. Avec l'hystérectomie, les femmes se sentent dépréciées. Bien souvent, cette dépréciation de soi va de pair avec un sentiment de culpabilité (Lehman, 2014). C'est dans cette logique que nous avons opté d'étudier le retentissement du sentiment de culpabilité sur le lien affectif. D'où l'intitulé de cette étude : « Sentiment de culpabilité chez la femme hystérectomisée et lien affectif dans le couple : étude de cas ».

Pour ce faire, la présente étude est divisée en deux parties. La première partie intitulée cadre théorique comporte trois chapitres ; intitulés : problématique de l'étude (chapitre 1), la revue de la littérature (chapitre 2) et, de la relation d'objet au lien affectif dans le couple confronté au sentiment de culpabilité suite à une hystérectomie (chapitre 3).

La deuxième partie intitulée cadre méthodologique et opératoire est constituée de trois chapitres que sont : la méthodologie de l'étude (chapitre 4) ; la présentation et l'analyse des résultats (chapitre 5) et, l'interprétation et discussion des résultats (chapitre 6).

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre est consacré à la problématique de l'étude. C'est le lieu de formuler le problème de recherche. Il consiste à construire l'objet de l'étude autour d'une question. Il comprend alors le contexte de l'étude, la formulation et la position du problème, l'énoncé des questions de recherche, et la formulation des objectifs.

1.1 CONTEXTE DE L'ETUDE

Le cancer est un enjeu de santé publique à l'échelle planétaire. Il touche toutes les catégories de la population mondiale quels que soient leurs âges, leurs sexes ou encore leurs niveaux socioéconomiques (Maamri, 2015). Selon les estimations publiées par le Centre International de Recherche sur le Cancer ([CIRC], 2020), 18,1 millions de nouveaux cas de cancer auraient été diagnostiqués dans le monde en 2018 et 9,6 millions de personnes en sont décédées. Ces données, récoltées dans 185 pays, montrent que 23,4 % des cas de cancer se concentrent dans le continent européen, 48,4 % en Asie, 13,2 % en Amérique du Nord, 7,8 % en Amérique latine, 5,8 % en Afrique et 1,4 % en Océanie.

L'incidence du cancer croît considérablement avec l'âge, très vraisemblablement en raison de l'accumulation croissante de facteurs de risque de cancers spécifiques, et du fait que les mécanismes de régénération cellulaire tendent généralement à perdre en efficacité au fur et à mesure du vieillissement. Deuxième cause de décès dans le monde, le cancer fait environ 10 millions de morts par an. Près d'un décès sur six est dû au cancer à l'échelle mondiale (Ferlay, Ervik, Colombet, Pineros & al. 2020). En Afrique et en Asie, la mortalité due au cancer est proportionnellement plus importante que dans les autres régions du monde, certainement à cause d'un moins bon accès aux soins, mais aussi parce que l'incidence de cancers au pronostic plus défavorable y est plus importante (De Martel, Georges, Bray, Ferlay & Clifford, 2020).

En 2020, les cancers étaient à l'origine du plus grand nombre de décès (Ferlay, Ervik, Colombet, Pineros et al. (2020) : le cancer du poumon (1,80 million de décès) ; le cancer colorectal (935 000 décès) ; le cancer du foie (830 000 décès) ; le cancer de l'estomac (769 000 décès) ; et le cancer du sein (685 000 décès). Les cancers les plus courants (en termes de nombre de cas recensés) étaient les suivants : le cancer du sein (2,26 millions de cas) ; le cancer du poumon (2,21 millions de cas) ; le cancer colorectal (1,93 million de cas) ; le cancer de la prostate (1,41 million de cas) ; le cancer de la peau (non mélanome)

(1,20 million de cas) ; et le cancer de l'estomac (1,09 million de cas). Le cancer gynécologique nous intéresse ici.

Le cancer gynécologique pelvien est une pathologie qui se loge dans les organes génitaux internes de la femme : vagin, utérus, col de l'utérus et ovaires. Ces organes malades sont traités chez les patientes par hystérectomie plus ou moins élargie (ablation des organes génitaux), chimiothérapie, radiothérapie et curiethérapie (Ferlay, 2015). Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2015), le cancer de l'utérus est le plus fréquent des cancers féminins après le cancer du sein. Chaque année, environ 2,7 millions de cas sont diagnostiqués. Le cancer de l'utérus est aussi l'une des principales causes de décès des femmes dans les pays moins développés ; dû non seulement aux modes de vie qui sont à l'origine d'une augmentation de l'incidence, mais aussi parce que les progrès cliniques enregistrés contre la maladie ne profitent pas aux femmes vivant dans ces régions. Avec 528 000 nouveaux cas chaque année, le cancer du col utérin est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde avec 80% des cas diagnostiqués dans les pays en développement.

En Afrique, le nombre de nouveau cas de cancer gynécologique par année est de 37000. En Algérie, chaque année ; sept milles quatre-cents (7400) cas du cancer de l'utérus sont enregistrés avec environ près de trois milles deux-cents (3200) décès enregistrés. Au Cameroun son incidence est estimée à 40/100000 femmes âgées de plus de 20 ans ; soit 0,4%. Ces différents pourcentages et proportions élevés sur l'hystérectomie, ainsi que ses conséquences tant sur le plan physiologique que psychologique, constituent plusieurs centres d'intérêts de recherches.

Au Cameroun, le cancer du col de l'utérus représente le deuxième cancer gynécologique après celui du sein et la première cause de décès par cancer chez les femmes (Tebeu, Petignat & Mhaweche-Fauceglia, 2009). Son incidence est estimée à 40/100000 femmes par années et l'âge moyen du diagnostic est de 49 ans (Mbakop, Yomi, Yankeum, Mouelle & Sone, 1997). Selon GLOBOCAN (2012), la prévalence du cancer du col de l'utérus au Cameroun est de 80,73/100 000 femmes (OMS, 2015). Le dépistage organisé du cancer du col utérin par la cytologie a permis dans les pays développés de baisser de façon drastique l'incidence et la mortalité liées à ce cancer (OMS, 2013). Pourtant, au Cameroun comme dans d'autres pays en développement, l'incidence du cancer du col utérin reste élevée et le stade de la maladie est avancé au moment du diagnostic (Romaine Robyr, 2002).

En ce qui concerne l'hystérectomie, c'est une castration que ces femmes subissent dans la réalité d'un corps qui souffre. Le cancer et ses traitements sont autant d'effractions corporelles qui réitèrent une représentation psychique de la pénétration comme de l'accueil passif de l'autre en soi. Cette figure de l'étranger à l'intérieur du moi convoque des fantasmes, affects et représentations pénétrantes qui endommagent l'image du corps, génère des images de passivité et ravive des expériences de passivation. De plus, cette effraction s'opère spécifiquement sur le lieu intime du sexe, là où s'incarne le devenir femme puis le devenir mère, convoquant le féminin dans sa pluralité, mais aussi dans ses rapports à la féminité (Venturini, 2014).

L'une des principales conséquences de l'hystérectomie est la stérilité qui scelle le destin du couple et le contraint à renoncer à la réalisation du désir d'enfant. Or En Afrique et au Cameroun en particulier, le mariage, qui est une étape déterminante pour la construction identitaire féminine et masculine, est directement associé à une injonction sociale qui est la procréation (Bonnet et Duchesne, 2014). Ainsi, lorsque le mariage n'est pas rapidement suivi d'une naissance, différents recours sont envisagés par les époux et leur famille (guérisseurs, néo-guérisseurs, marabouts, prières, etc.) (Inhorn ; Balen, 2002).

Dans les pays où les normes sociales pro-natalistes valorisent la maternité, les anthropologues ont montré combien le besoin d'enfants dans un couple avait des conséquences sociales profondément centrées sur la présomption de stérilité portant uniquement sur la femme, accusation de sorcellerie à l'adresse de l'épouse, incitation à la répudiation ou à la polygamie de la part de la famille du mari. Ce qui met l'épouse dans une situation très inconfortable et la pousse à se culpabiliser (Journet, 2008 ; Moussa, 2012). L'identité et le statut social du couple dépendent de sa capacité à transmettre une descendance condition essentielle, par exemple, à l'acquisition du statut de chef de lignage, et d'ancêtre. Cette pression sociale est à l'origine du sentiment de culpabilité qu'on retrouve chez plusieurs couples incapables de procréer (Lalonde, 2016).

L'expérience de l'infertilité conjugale bouleverse ce que Smadja (2011) nomme « le travail de couple », qu'il définit comme étant « une coopération consciente et volontaire de deux partenaires dans l'accomplissement de tâches communes et différentes, en rapport avec l'existence matérielle et sociale du couple ». En plus, les études faites par Nana et al. (2011) au Cameroun démontrent qu'en cas d'infertilité, les rapports sexuels peuvent devenir une corvée et constituer un terrain favorable à l'expression de diverses émotions négatives. Car sur 23 patientes interrogées, (22,1%) déclarent que les disputes avec le partenaire avaient

augmenté. Parce qu'en Afrique et particulièrement au Cameroun, la naissance d'un bébé stabilise le foyer tandis que son absence favorise les séparations ou alors la prise d'une seconde épouse. Les patientes infertiles sont très peu soutenues par leur partenaire. Cette situation de manque de soutien entraîne souvent plusieurs conséquences, entre autres, diminution de la fréquence des rapports sexuels, infidélité et augmentation des disputes. Ceci s'expliquerait par l'assertion selon laquelle l'infertilité provoque des difficultés dans la relation du couple tels que : des troubles au niveau de la communication et même le retour en surface d'aspects non résolus du passé (Nana et al., 2011).

Au-delà des conséquences physiologiques et psychologiques que cette lourde opération chirurgicale peut entraîner, nous pouvons évoquer le sentiment de culpabilité (conviction que la personne se fait par rapport à une responsabilité personnelle dans un événement négatif ou désagréable, que ce soit par son intervention ou sa non-intervention) développé par ces femmes à l'issue d'une hystérectomie. La culpabilité peut être due au fait qu'elles doivent renoncer à la réalisation du désir d'enfant. Car toute femme, et même celle niant son désir de maternité en vient un jour à désirer l'enfant imaginaire, celui des fantasmes préconscients, celui qui peut tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuil, solitude, destin, sentiment de perte. Ce qui est désiré ici ce n'est pas un enfant, c'est la réalisation d'un souhait infantile (Amal et al, 2004).

La maternité est ce qu'il y a de phallique dans la sexualité féminine en ce qu'elle redonne de la réalité aux désirs œdipiens de la fillette d'autre fois, en concrétisant son désir de posséder le phallus. Cette perte de l'objet maternel au sens de Grenier (2010) génère un sentiment de culpabilité qui est source d'angoisse. Toutes ces privations sont susceptibles de générer en elles un sentiment de culpabilité, qui selon Sarthou-Lajus (2002) les placerait dans une situation inconfortable de l'accusé et du condamné. Car pour Lacan cité par Baitto (2006), ce qui nous conduit à la plus terrible des culpabilités, c'est de renoncer à son désir c'est-à-dire à ses aspirations les plus fondamentales. Le sentiment de culpabilité n'est pas forcément lié à un événement négatif ou une action négative, elle peut aussi être ressentie dans le cas d'un manquement à une règle établie par une autorité, par une collectivité ou par le propriétaire d'un lieu, d'un territoire. Elle peut être ressentie lorsque l'on est en décalage par rapport aux valeurs de la société dans laquelle on vit. Par exemple : Travailler, être marié, enfanter, élever des enfants, être habillé à la mode, etc ... (De Peyrelongue, 2011).

Il peut arriver qu'il n'y ait pas de fondement objectif d'ordre causal à la culpabilité ressentie par un individu. Celui qui est envahi par ce malaise, se prive des possibilités de s'en

dépendre comme s'il s'agissait d'une responsabilité directe ; la réparation qui permettrait une reconstruction de l'estime de soi est problématique par son caractère plus ou moins irrationnel. Le sentiment de culpabilité peut perturber durablement l'individu, devenant un état habituel d'un motif de culpabilisation à un autre. Une psychothérapie ou une psychanalyse peut aider à accéder à une maîtrise de cette culpabilisation systématique. Ce type de culpabilité est intimement lié à la triade victime – sauveur - persécuteur (De Peyrelongue, 2011).

Nykanen et al. (2011) renseignent que les inconvénients de l'hystérectomie pour les femmes avant l'intervention chirurgicale sont : la peur de perdre leur féminité et leur sex-appeal, l'appréhension de la réaction de leur mari. Et en post opératoire, il n'y a finalement pas de changements dans leur ressenti de la féminité. Gutl et al. (2002) démontrent dans leurs travaux que les femmes n'ont pas non plus eu de problèmes avec leur féminité suite à la perte de leur utérus. Les études de Cabness (2010) stipulent que suite à une hystérectomie, les femmes interrogées se sentent toujours « femmes » (95%) ; mais certaines par ailleurs se sentent en colère et seules, tristes de ne pas avoir d'enfants, tristes en rapport au vieillissement représentant la fin de la procréation.

Dans ce cas, l'hystérectomie paraît être non seulement un événement biologique pour une femme mais aussi un événement psychologique pour une femme en couple ; ce qui peut influencer des changements sexuels et relationnels (Darling & Mckoy-Smith, 1993). Cette idée est soutenue par Fanny Gauthier (2013) qui déclare que « si la femme n'accepte pas son nouveau corps, cela amène à une perturbation de son image corporelle, ce qui constitue un obstacle à l'épanouissement du couple » (Caroline & al. 2014). Bien que l'hystérectomie ait une fonction réparatrice, il n'en demeure pas moins qu'elle génère un sentiment de culpabilité chez leur victime.

1.2 POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME

L'hystérectomie qui est une intervention chirurgicale très lourde apparaît plutôt comme un traitement. De nombreuses études témoignent d'une détresse psychologique et d'un dysfonctionnement sexuel significatif chez certaines patientes, les femmes atteintes se plaignent d'une altération dans leur vie sexuelle (Mieville, 2013). La perte de l'utérus est à l'origine d'un deuil de la maternité, de l'enfant réel et de l'enfant imaginaire. Ce deuil peut représenter une véritable amputation identitaire, un deuil narcissique (Elisabeth, 2008). Elle continue en soulignant que subir une hystérectomie entraîne souvent des sentiments dépressifs, de fatigue, de dévalorisation et de culpabilité. Pour beaucoup de femmes, l'utérus représente la féminité et la maternité. Elles se sentent moins belles et attirantes car elles

associent la beauté à la jeunesse et, donc, à l'âge de la procréation. Et lorsqu'elles sont victimes de l'ablation de cet utérus, elles se sentent psychologiquement et sexuellement diminuées et moins féminines (Mieville, 2013).

Les femmes hystérectomisées sont alors non seulement confrontées au cancer, mais également à un remaniement de leur identité de femme lorsque celle-ci est associée à un désir de maternité, ce qui est très souvent le cas (Caroline et al., 2014). Le deuil de la procréation ne s'impose pas seulement aux femmes désireuses de maternité. Même sans désir d'enfant au moment de la maladie, la femme châtrée peut se sentir dépossédée de ce qui la rendait femme, de ce pouvoir, de l'investissement phallique qu'elle met dans la maternité (Caroline et al., 2014). Plusieurs femmes affirment avoir échoué à vivre et à relever les standards de normalité lorsqu'elles ne sont pas capables de procréer (Greil, 2002). Le désir d'enfant génère un sentiment de culpabilité qui perturbe la vie des individus ; puisqu'il représente une cassure dans la suite des événements imaginés par un couple. Toute cette tension au sein du couple pousse d'ailleurs certaines femmes à donner la possibilité à leur conjoint de les laisser pour chercher une nouvelle conjointe afin qu'il puisse avoir des enfants (Lalonde, 2016). Par la suite, on observe un désengagement du mari qui est au cœur des conflits matrimoniaux. Ce qui entraîne un délitement de la relation conjugale et une incompréhension des maris face à ce qu'ils vivent.

Toutes ces privations sont susceptibles de générer en elles un sentiment de culpabilité, qui selon Sarthou-Lajus (2002) les placerait dans une situation inconfortable de l'accusé et du condamné. Car pour Lacan cité par Baitto (2006), ce qui nous conduit à la plus terrible des culpabilités, c'est de renoncer à son désir c'est-à-dire à ses aspirations les plus fondamentales. Avec l'hystérectomie, les femmes se sentent dépréciées. Bien souvent, cette dépréciation de soi va de pair avec un sentiment de culpabilité (Lehman, 2014). Le sentiment de culpabilité prend corps dans la vie fantasmatique de l'individu. Il est imaginaire, subjectif, sans lien avec la réalité concrète objective (Mieville, 2013). Pour Freud, le sentiment de culpabilité est une issue du complexe de castration ; qui lui également est selon Otto Rank (2006) un symptôme du sentiment de culpabilité ; car il naît des privations imposées par l'extérieur.

Selon Chaban, et Habold (2017) face à la maladie grave et à la mort, nombre de couples se retrouvent devant un traumatisme qui vient bouleverser leur vie dans ses fondations les plus intimes, dans des modes réactionnels de survie, d'hyper-vie, ou de décompensation/ dépression. La maladie ou ses traitements (hystérectomie dans notre cas) constitue une source d'angoisse. En effet, la femme ayant subi cette ablation vit une véritable

castration. Freud (1913) envisage un lien très fort entre l'angoisse et la castration. Cette angoisse fait suite à la perte de l'utérus qui est un objet hautement investi. L'hystérectomie ravive ainsi l'angoisse de castration qui évolue très vite en angoisse morale, c'est-à-dire en crainte du surmoi.

La femme hystérectomisée est une femme qui a perdu une partie de son corps, une partie d'elle : la menstruation, les sécrétions vaginales, la féminité et la maternité (Mieille, 2013). La perte de l'utérus chez la femme est une rupture, rupture dans la féminité et la maternité. L'hystérectomie confronte la femme à une expérience affective, impérieuse et vitale. Elle doit faire face à des affects qui engagent directement sa vie et celle de son couple sur toutes ses dimensions organiques et psychiques (Smadja, 2004). L'impératif de préserver le lien affectif au couple, sollicite chez elle toutes les ressources dont elle dispose tant sur le plan individuel que sur le plan groupal afin d'éviter un vécu d'effondrement. Le lien affectif est un type de comportement d'attachement qu'un individu (typiquement celui qui prend soin d'un proche) montre pour un autre individu, et dans lequel les deux partenaires tendent à rester à proximité l'un de l'autre. Le noyau du lien affectif, selon Bowlby (1988), est l'attraction qu'un individu éprouve pour un autre individu.

Bowlby (1988) considérait le lien d'attachement comme un type spécifique de lien affectif, tel qu'il fut décrit par lui et par Ainsworth (1991). Cette dernière établit cinq critères pour qu'un lien entre individus soit considéré comme lien affectif, et un sixième critère pour qu'il soit considéré comme un lien d'attachement : un lien affectif est permanent, non transitoire ; un lien affectif implique une personne particulière qui n'est interchangeable avec aucune autre ; un lien affectif implique une relation qui est émotionnellement significative ; l'individu souhaite maintenir une proximité ou un contact avec la personne envers qui il éprouve un lien affectif ; l'individu ressent de la tristesse ou de la détresse lors d'une séparation non volontaire avec cette personne. Un lien d'attachement respecte un critère supplémentaire : la personne se sent en sécurité et en confort au sein de la relation.

Selon Kaës (2010) le lien est le mouvement plus ou moins stable des investissements, des représentations et des actions qui associent deux ou plusieurs sujets pour accomplir certaines réalisations psychiques qu'ils ne pourraient pas obtenir seuls : accomplissement de désirs, constructions de représentations, mise en œuvre de défenses. Le lien est l'élément constitutif de l'être humain dans toutes ses dimensions. Considéré comme un type de comportement d'attachement qu'un individu montre pour un autre individu et dans lequel les partenaires tendent à rester à proximité l'un de l'autre. Le lien affectif a une dimension

importante dans le couple. Il est permanent, non transitoire. Il implique une personne particulière qui n'est interchangeable avec aucune autre. L'individu ressent de la tristesse ou de la détresse lors d'une séparation non volontaire avec cette personne.

Les liens affectifs seraient de longue durée, dirigés vers un partenaire non interchangeable ; ils supposent par conséquent une forme de représentation de la personne ainsi qu'un désir, au moins intermittent, de maintenir la proximité ou l'interaction avec celle-ci. La séparation inexplicée provoque la détresse et la réunion le plaisir ; la perte entraîne un travail de deuil (Pierrehumbert, 2003). Le cancer et l'hystérectomie constituent pour le couple une crise. Tout au long de son histoire, le couple fait face à de nombreuses crises dites crises conjugales (La crise conjugale correspond à un moment de rupture du statu quo construit et maintenu sur la base des compromis réalisés au moment du choix amoureux). Ces crises pourraient être dues à des querelles ou à la confrontation du couple à des situations difficiles à l'instar de l'annonce d'une maladie grave. Parmi ces maladies graves figure le cancer. Concernant la crise du couple, l'objet amoureux, sujet à ce phénomène de désillusion devient un objet total et la relation amoureuse accède à l'ambivalence et donc à la position dépressive (Klein, 1934). Smadja (2011) décrit dans le couple l'apparition de sentiments de culpabilité, d'un besoin de réparation et de la capacité à se soucier de l'autre.

Chacun est renvoyé à la réalité douloureuse de l'altérité de l'objet amoureux, de sa variabilité, de son pouvoir, de son impossibilité de le contrôler et de le posséder, mais aussi de sa propre dépendance à son endroit, si blessante narcissiquement (Smadja, 2011, p. 140). Comme la mère vis-à-vis du bébé, c'est bien la réalité psychique du sujet qui est modifiée et non la réalité objective de l'objet amoureux : « celui-ci n'a pas changé, c'est l'objet amoureux interne qui paraît faillir, ressenti alors comme étant insatisfaisant » (Smadja, 2011, p. 139). Smadja décrit deux types de causalités susceptibles d'être à l'origine d'une crise de couple. La première cause rejoint le retour du refoulé. En effet, Smadja (2011) évoque « l'évolution maturative de l'un des deux partenaires qui le pousse à désirer secondairement la satisfaction pulsionnelle contre laquelle il s'est protégé au départ en choisissant son partenaire » (Smadja, 2011, p. 141). Comme le décrivait Dupré la Tour, c'est ce retour du refoulé qui va parfois amener des sujets à reprocher à leur partenaire les raisons mêmes qui les avaient poussées à se mettre en couple avec lui. Le deuxième type de causalités pouvant être à l'origine d'une crise conjugale concerne les épreuves et étapes potentiellement critiques dans l'histoire du couple. Ainsi par « épreuves et étapes potentiellement », l'auteur fait référence à tous les événements

– qu'ils soient heureux ou malheureux – susceptibles de représenter des blessures narcissiques, des deuils ou traumatismes.

Pour faire face à ces événements, le couple use des stratégies et des ressources qu'il a développées lors de la confrontation aux difficultés rencontrées. Les retentissements du cancer vont atteindre le couple jusqu'au niveau relationnel (Kellerhals, Widmer et al, 2004). Mais, il arrive que face à certains types de cancer (cancer du sein, cancer du col de l'utérus etc.) les traitements appropriés soit une intervention chirurgicale. Cette intervention, n'est pas exempt de conséquences sur le lien au sein du couple. Ces interventions peuvent engendrer une culpabilité œdipienne chez son auteur, et des mouvements d'envie chez son partenaire, déclenchant un état critique conjugal. Toutes ces situations pourront réactiver des conflits psychiques, des angoisses multiples, prégénitales (persécutives, dépressive) et œdipienne notamment, mais satisferont aussi des désirs d'accomplissement, de complétude narcissique, des fantasmes de toute puissance (Smadja, 2011).

Pour Robert (2005, p.160), « couple et lien sont une seule et même chose ». Il conçoit le lien de couple comme l'élément sans lequel la relation d'interdépendance entre partenaire cesserait d'être. C'est dire que le lien est comparable à la copule (verbe) dans une phrase, or sans la copule dans une phrase, celle-ci (phrase) perd son sens et donc sa raison d'être. La conception qu'a Robert (2005) du couple vient révéler, « décoder » l'originalité des configurations pulsionnelles. Le lien animerait donc la recherche d'une satisfaction pulsionnelle propre à chaque individu pour maintenir une homéostasie psychique et en même temps une ouverture à l'autre, ce qui se traduit par des productions psychiques communes. S'inscrivant dans la même logique, les travaux de Apfelbaum (2012) font état du fait que le lien est le produit de la rencontre entre deux Moi (celui de l'égo + celui de l'Alter). Cette rencontre est à l'origine du bonheur du couple. À cet effet, la stabilité/solidité du couple tient de l'accroissement des fonctions de leur Moi revenu à sa force autonome.

Le dépassement des crises dans le lien n'est possible que si la désillusion a pu avoir lieu, si l'entité couple tient et fournit un étayage au lien. Bon nombre de couples font seuls le travail de dépassement (Dupré la Tour, 2005). Le dépassement des crises implique donc une véritable réorganisation, un réaménagement du lien conjugal à travers la reconstitution du lien, de nouvelles collusions et également de nouvelles crises qui devront être également dépassées. Pour cela, Dupré la Tour (2005) décrit ce travail psychique de dépassement des crises comme un organisateur de la psyché de chacun des conjoints. Le travail psychique du lien dans le couple n'est jamais terminé, car il a à retravailler les identifications dans un

processus continuuel de changement. Il est soutenu dans cet effort par le désir de durée et l'érotisation de la relation, condition primordiale pour que les conjoints puissent continuer à investir le lien, à le faire travailler et à s'investir dans les périodes de crises (Dupré la Tour, 2005). Cette succession illimitée du travail psychique inhérent aux crises conjugales rejoint également les travaux de Zenatti (2008) qui évoque « une continuité de crises maturatives à élaborer ». C'est cette continuité qui permettra alors la reconnaissance de la différence des sexes et des générations ainsi que l'intégration de la bisexualité psychique au sein du couple (Zenatti, 2008, p. 17).

En somme, pour ces théoriciens du lien affectif ou d'attachement dans le couple, en cas de crise dans le couple, bon nombre font seuls le travail de dépassement qui implique une réorganisation, un réaménagement du lien conjugal à travers la reconstitution du lien, de nouvelles collusions et également de nouvelles crises qui devront être également dépassées. (Dupré la Tour, 2005 ; Zenatti ;2008 Kellerhals, Widmer et al, 2004). Or nous avons rencontré des couples soumis à la rude épreuve de l'hystérectomie et avons constaté que certains sont souvent confrontés au sentiment de culpabilité de la femme, qui se plaint davantage d'être le malheur de son couple, qui dit ne plus servir à rien dans son couple, ne plus être vraiment une femme, qui dit se sentir délaissée par son époux. Nous avons aussi constaté que les disputes dans ces couples sont légion et souvent exacerbées. D'où l'importance accordée, ici, à la dynamique du lien affectif dans ces couples. Aussi nous nous sommes posé la question de savoir : comment le sentiment de culpabilité développé par la femme qui a subi une hystérectomie entrave-t-il le lien affectif dans le couple ?

1.3 QUESTION DE RECHERCHE

« Comment le sentiment de culpabilité développé par la femme qui a subi une hystérectomie retentit-il sur le lien affectif au sein du couple ? »

1.4 HYPOTHÈSE DE L'ÉTUDE

Chez la femme qui a subi une hystérectomie, le sentiment de culpabilité réactive les conflits archaïques qui vont faire effraction dans les liens affectifs au sein du couple, entraînant le désinvestissement libidinal entre conjoints.

1.5 OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette étude est d'examiner le lien affectif au sein du couple dont la femme développe un sentiment de culpabilité à la suite d'une hystérectomie.

1.6 INTERETS DE L'ETUDE

Cette étude a le mérite d'investiguer les processus psychiques en lien avec sentiment de culpabilité chez les femmes en couple ayant subi une hystérectomie. En effet, elle cherche à comprendre comment le sentiment de culpabilité va réactiver les processus archaïques qui vont par la suite déteindre sur le lien affectif au sein du couple.

En le faisant, cette étude se positionne ainsi aux confins des travaux antérieurs qui ne rendent pas compte de cet aspect. Elle a donc le mérite de contribuer à l'avancement des connaissances en ce qui concerne le retentissement de l'hystérectomie sur le couple. Cette opération qui de prime à bord est salvatrice pour la femme atteinte d'un cancer gynécologique ou d'un autre problème de santé touchant à cet organe symbole de la féminité et de la maternité. Mais par la suite, ses retentissements ont de nombreuses conséquences qui mettent en difficultés la femme qui en est victime, son couple et par ricochet la famille toute entière. Cette étude appréhende ainsi ces conséquences et contribue au développement des connaissances qui pourront être utiles dans l'accompagnement psychologique des femmes hystérectomisées, mais également de leur conjoint.

Sur le plan social, cette étude va apporter les connaissances qui pourront être utiles dans l'accompagnement des crises conjugales suite à l'hystérectomie. En effet, cette opération est souvent source de conflit et de discorde au sein du couple, ce du fait de ses retentissements tant sur la femme que sur son conjoint. Autrement dit, suite à cette opération, de nombreux couples battent de l'aile et finissent souvent par se disloquer. Les connaissances issues de cette étude, pourront servir de bases pour des sensibilisations des conjoints des femmes hystérectomisées d'une part et d'autre part de base d'une éducation thérapeutique du couple.

Dans ce chapitre, il était question de développer la problématique de l'étude. Nous avons de prime à bord présenté le contexte dans lequel se situe l'étude que nous devons mener. Pour ce faire, nous avons fait un bref développement sur le cancer gynécologique pelvien et ses multiples conséquences. L'hystérectomie en est une. Elle a pour principale conséquence l'infertilité qui scelle le destin du couple et le contraint à renoncer à la réalisation du désir d'enfant (Venturini, 2014). La femme hystérectomisée développe un sentiment de culpabilité ; qui causerait l'effraction des liens au sein du couple entraînant un désinvestissement libidinal entre conjoint. Les retentissements du cancer vont atteindre le couple jusqu'au niveau relationnel (Kellerhals, Widmer & al, 2004).

Essayant de trouver la cause de l'effritement des liens au sein du couple, nous avons exploré plusieurs auteurs ayant travaillé sur la problématique du sentiment de culpabilité, des liens et de l'attachement au sein du couple. Les raisons avancées par ces recherches sont que l'hystérectomie entraîne souvent des sentiments dépressifs, de fatigue, de dévalorisation et de culpabilité (Elisabeth, 2008). Le désir d'enfant génère un sentiment de culpabilité qui perturbe la vie des individus au sein du couple ; puisqu'il représente une cassure dans la suite des événements imaginés par un couple. L'infertilité provoque des difficultés dans la relation du couple tels que des troubles de la communication et même le retour en surface d'aspects non résolus du passé (Nana & al., 2011). Par la suite, on observe un désengagement du mari qui est au cœur des conflits matrimoniaux.

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Après avoir identifié le problème de l'étude, il convient dans ce chapitre d'élaborer la grille de lecture théorique de l'étude. C'est la principale fonction de ce chapitre dont les principales articulations sont : état des lieux sur le cancer de l'utérus, l'hystérectomie et les crises conjugales ; l'état des lieux sur le sentiment de culpabilité et sur le couple.

2.1. LE CANCER DE L'UTERUS

Le col de l'utérus est la partie basse et étroite de l'utérus. Un cancer du col de l'utérus est une maladie qui se développe sur la muqueuse du col de l'utérus, autrement dit sur le tissu qui le recouvre. Plus précisément, elle prend naissance dans la première couche de la muqueuse qui porte le nom d'épithélium. Le cancer du col utérin est une maladie sexuellement transmise (OMS, 2012). L'agent pathogène est Le papillomavirus humain (HPV). Il existe plus de 50 génotypes d'HPV pouvant infecter la sphère ano-génitale sur plus de 120 existants. Seuls 18 sont considérés à fort potentiel oncogène pour le col utérin dont 12 de façon bien établie. Parmi ceux-ci, 8 génotypes (16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 et 58) sont impliqués dans 95 % des cancers du col utérin. La prévalence de l'infection par le HPV est élevée avant 30 ans et le pic de prévalence se situe vers l'âge de 20-24 ans (prévalence de 20 %), âge où l'activité sexuelle est supposée être la plus importante (en termes de nombre de rapports et de nombre de partenaires). Après 30 ans la prévalence décroît avec l'âge. L'infection à HPV est le plus souvent transitoire. Le virus est alors éliminé en quelques mois sans qu'une lésion apparaisse. Seule la persistance de HPV à haut risque expose au cancer du col.

2.1.1. Oncogenèse du cancer du col de l'utérus

Le rôle viral est déterminant et majeur dans l'initiation du processus aboutissant à la transformation cancéreuse. L'infection par HPV des cellules basales de la jonction endocol exocol est le point de départ de la carcinogenèse du col utérin. Le HPV, pénètre au niveau des cellules basales de l'épithélium de la muqueuse du col cervical, à la suite d'un microtraumatisme ou d'une lésion tissulaire. La persistance d'une infection génitale par HPV oncogène est à l'origine de l'apparition de lésions précancéreuses après plusieurs années. C'est l'intégration du génome viral (ADN) au génome de la cellule hôte qu'il infecte qui est l'événement précoce de la cancérogenèse cervicale. En effet, dans les tumeurs bénignes l'ADN viral est non intégré à l'ADN cellulaire et se trouve sous forme d'épisomes (ADN

circulaire cytoplasmique) alors que dans les tumeurs malignes, l'ADN viral est intégré. Cette intégration va entraîner la disparition de la protéine E2 du virus, qui présente une action suppressive sur les protéines E6 et E7 qui seront alors hyperproduites. Ces dernières sont des oncoprotéines qui inhiberont à leur tour le p53 et la pBr (protéines suppressives de tumeurs).

2.1.2. Classification

Au terme de ce bilan, la tumeur est classée selon la Fédération internationale de gynécologie obstétrique ([FIGO], 2009) qui repose sur les caractéristiques du cancer lui-même et sur la présence ou non d'un envahissement local, régional ou à distance. Schématiquement, on distingue 4 stades :

2.1.2.1. *Stade I : Tumeur limitée au col :*

Deux sous-stades sont présents à ce niveau :

- Stade IA : Cancer micro-invasif non visible macroscopiquement diagnostiqué à l'examen histologique (microscope), c'est-à-dire avec une profondeur d'invasion sous la basale inférieure à 5 mm IA1 : envahissement du chorion de 3 mm ou moins, largeur de 7 mm ou moins ; IA2 : envahissement du chorion supérieur à 3 mm et < 5 mm, largeur de 7 mm ou moins.
- Stade IB : Cancer invasif visible à l'examen clinique ou de taille supérieure à celle du IA2. IB1 : lésion de 4 cm ou moins de diamètre maximal IB2 : lésion de plus de 4 cm de diamètre maximal.

2.1.2.2. *Stade II : Tumeur dépassant le col sans atteindre de la paroi pelvienne ni le 1/3 inférieur du vagin,*

- Stade IIA : extension vaginale sans atteinte des paramètres : IIA1 : lésion de 4 cm ou moins. IIA2 : lésion de plus de 4 cm de diamètre maximal ;
- Stade IIB : extension vaginale avec atteinte d'au moins un des paramètres.

2.1.2.3. *Stade III = Tumeur étendue à la paroi pelvienne, au 1/3 inférieure du vagin ou comprimant l'uretère*

- Stade IIIA : cancer étendu au tiers inférieur du vagin sans atteinte des parois pelviennes.
- Stade IIIB : cancer étendu aux parois pelviennes et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet.

2.1.2.4. Stade IV = Tumeur étendue aux organes de voisinage, invasion de la vessie, du rectum et au-delà de la cavité pelvienne

- Stade IVA : extension à la muqueuse de la vésicale et/ou à la muqueuse rectale.
- Stade IVB : métastases à distance (cavité péritonéale, foie, poumons et autres).

Les taux de survie à 5 ans sont de l'ordre de 99 % au stade IA, 85 à 90 %, au stade IB, 60 à 70 % au stade IIB et de 30 à 50 % au stade III. Ils diminuent ensuite à 20% au stade IV. Dans les stades I et II, le taux de survie dépend également de l'atteinte ganglionnaire, il est de 90% à 5 ans en cas d'absence d'atteinte ganglionnaire et de 45% à 5 ans en cas d'atteinte ganglionnaire.

2.2. LE RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

2.2.1. Conséquences anatomophysiologiques sur la sexualité

Face au cancer de l'utérus, il importe d'insister dans un premier temps sur les conséquences anatomophysiologiques entraînées par les traitements anticancéreux afin d'évaluer d'abord le préjudice fonctionnel objectif des impacts somatiques, et de cerner ceux capables de modifier la vie sexuelle pour travailler avec la réalité de la maladie. Les troubles fonctionnels liés à la tumeur et aux traitements altèrent l'acte sexuel et l'intensité de l'orgasme. La sexualité est extrêmement touchée par l'atteinte directe de l'appareil génital mais également par les effets secondaires et les séquelles des traitements. D'après la retranscription d'une discussion entre psychologues et médecins au sujet de la curiethérapie du col de l'utérus, ces derniers reconnaissent la persistance des problèmes sexuels même si le vagin n'est pas touché, malgré les explications et l'attention qu'ils portent à leur patiente.

L'étude de Yazbeck (2004), recense tous les travaux qui évaluent les conséquences de l'hystérectomie sur le vécu sexuel de la femme. Elle déplore le peu de cohérence entre les résultats des études et la pratique clinique, une méthodologie inadaptée pour aborder un concept complexe, la sexualité, qui n'est d'ailleurs jamais clairement définie et la prise en compte approximative des facteurs confondants pouvant avoir une influence, comme par exemple « le fonctionnement psychique ». On notera que sur 21 études (en 2004) concernant les facteurs potentiels ayant une influence sur la sexualité après l'hystérectomie, 5 font état de la dynamique psychologique et de l'état de la relation de couple (Yazbeck, 2004).

2.2.2. Les représentations du cancer et ses traitements

Les traitements anticancéreux déclenchent des représentations bien particulières chez la patiente mais également chez son conjoint et les soignants. D'après les études trouvées sur le sujet, les craintes de la patiente concernent essentiellement la récurrence du cancer, le risque de transmission, la contagion et une possible radioactivité (Girard, Audetat, 2006). Ces « croyances erronées » sont en lien avec l'organe malade et leur mise en évidence amène les études à parler des répercussions psychologiques du cancer pelvien sur la patiente et son couple, ces angoisses se manifestant souvent à travers sa sexualité. Il arrive alors que les rapports sexuels soient considérés comme responsables de la maladie, ce qui entraîne parfois l'arrêt total de la sexualité et entretient les troubles, même après la fin de tout traitement.

Le conjoint peut lui aussi entretenir des « croyances irrationnelles » (Reynaert et al., 2006.) Il arrive par exemple qu'il établisse de fausses relations entre la sexualité et l'état de santé de sa partenaire. Il pense alors bien faire en la préservant de toute sollicitation pour, par exemple, ne pas « la fatiguer » ou ne pas « lui faire mal ». Les études relèvent également une superstition à propos d'une « parole magique » susceptible de rendre réel ce qu'elle énonce, impliquant des « non-dits » dans le couple à propos de la sexualité et de la maladie. Les professionnels également sont soumis à leurs propres représentations de la sexualité, de la « maladie grave » et de la mort. L'étude de Giami, Moreau, Moulin, (2007) sur les théories de la sexualité dans le champ du cancer met en évidence cette question et en dégage le caractère symbolique contradictoire de la liaison entre cancer (associé à la mort) et sexualité (associé à la vie). Cette antinomie fait forcément faille dans la relation et la solution adoptée par les professionnels est souvent de ne pas aborder le sujet de la sexualité.

L'enquête de 2002 sur le retentissement psychique et sexuel à court terme de l'hystérectomie (Graesslin et al. 2002) fait état des mythes de la féminité, de certaines croyances réservées aux femmes concernant ce qu'elles ont de plus spécifique et intime. Il est question ici des « règles » qui purifient et nettoient le corps et qui pourtant disparaissent dans la maladie. Ces « fausses croyances » ne sont que trop rarement prises en compte malgré leur présence massive chez ces femmes malades. Croyances silencieuses et tabous exercent toujours leur impact sur l'angoisse des patientes, retentissant sur leur sexualité et sur leur couple. Ces croyances s'appuient parfois sur des mythes familiaux ou socioculturels.

Leur force de représentation et leur incidence sur la maladie sont propres au sujet et à son histoire. Certaines études mettent en avant que l'atteinte, pour être sexuelle, dépend de la localisation anatomique de la tumeur (Reich, 2007). Utérus et sein sont considérés comme des

symboles de la féminité, de la maternité, de la sexualité et parfois de la jeunesse³³. Les études s'accordent sur le fait que l'organe sexuel est fortement investi et que l'aspect « caché » de l'utérus donne lieu à une fantasmagorie très intense comparé au sein, pour lequel la représentation serait plus évidente de par le visible. Le cancer pelvien n'a pas d'impact physique immédiat mais il touche également les femmes dans leur féminité. La pratique met en avant que « le deuil névrotique d'un organe de la sphère sexuelle est plus intense que celui provoqué par l'amputation d'un autre organe » (Hirsch, 2005).

2.2.3. Les retentissements sur l'image du corps

La plupart des études qui font le lien entre l'image du corps, « le bien-être corporel » et la sexualité s'intéressent au cancer du sein : la reconstruction mammaire et les différences de QdV (qualité de vie) pour la femme entre tumorectomie et mastectomie. Cependant, si le cancer pelvien n'a pas d'impact physique immédiat, il touche également les femmes dans leur féminité, là où s'incarne le devenir femme puis le devenir mère. Le corps se modifie peu dans le miroir mais l'atteinte corporelle est là, dans l'imaginaire et dans le sensoriel, modifiant le miroir interne. Si l'hystérectomie n'est pas visible sur le corps extérieur, elle retentit sur le corps imaginaire comme une castration. Le vécu de la femme s'apparente à la mutilation et altère son identité féminine (Hirsch, 2007). Ainsi les conclusions d'une recherche sur la QdV de ces femmes (Dupont, 2007), ne trouvant pas de changement au niveau de la sexualité entre mastectomie et tumorectomie, mettent en avant l'importance de réaliser une étude concernant la sexualité des femmes dont le cancer toucherait des organes en lien direct avec la sexualité ou la reproduction.

Une autre étude (Janne et al, 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, comme par exemple la chance, plutôt que d'intérioriser la cause des événements. Ce fonctionnement serait inversé pour les patientes atteintes d'un cancer pelvien. Cela est corrélé par l'étude de Reich en 2007, stipulant que la castration effective confronte 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 et al, 2005).

L'étude à propos du regard de la femme malade sur la sexualité et son couple (Hoarau, Favier, Hubert, 2007) montre que « corps qui souffre réveille et fait parler les représentations du corps sur la sexualité ». Il se développe ou s'exacerbe une fantasmagorie autour du corps et des traitements qui parasite la représentation du couple et de la sexualité. Si le corps change et qu'il peut effectivement y avoir une perte des sensations au niveau des zones érogènes, il est également difficile d'être dans le ressenti d'un endroit du corps investi par la technique, qu'il faut soigner et « réparer » à tout prix. Au-delà des interventions concrètes réalisées sur le corps, ces techniques imposent aussi des contraintes (Venturini, 2014).

La pudeur n'est plus de mise lorsque l'on reste allongée en position gynécologique durant plusieurs heures, entourée de l'équipe. Du vagin, il sort des câbles de trois mètres qui sont reliés aux machines. Alors, corps sensuel et corps sensoriel sont remplacés par un corps mécanique, et il faut investir et désinvestir très vite de toute sensation cet endroit du corps par où toute une identité passe, le clivage devient obligatoire pour supporter « l'injonction brutale à séparer le matériel du féminin » (Yazbeck, 2004). Les médecins interdisent la sexualité pendant un temps (cicatrisation) 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 réapproprier 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) (Venturini, 2014).

2.2.4. Le vécu psychologique du cancer

Le cancer est un élément perturbateur dans le déroulement chronologique d'une vie, entraînant une rupture. Pour cela il a été qualifié de « traumatisme », imposant des remaniements psychiques à plusieurs niveaux. Cette chronologie implique donc « un avant » à prendre en compte dans l'étude de son impact, pour mettre en évidence des facteurs déterminants (Bondil & Habold D, 2009) : âge, personnalité, dynamique du couple, etc. S'il est établi que l'apparition du cancer du sein est influencée par des facteurs génétiques et familiaux, environnementaux, sociobiologiques, psychologiques, notons que ces facteurs n'ont pas encore été décrits pour le cancer pelvien (Janne, 2001).

Les études indiquent que le fonctionnement psychique du sujet qui préexiste à la déclaration du cancer est déterminant à la fois pour le pronostic de la maladie et pour son impact sur la sexualité de la femme. La richesse des défenses et les possibilités d'adaptation pourront par exemple permettre à la femme de dépasser la perte, le deuil de l'utérus (Graesslin

et al. 2002) et permettront les remaniements psychiques autour des axes sollicités par ce cancer (féminité, sexualité, maternité). L'impact de l'hystérectomie par exemple⁴⁵ va dépendre, entre autres, du vécu sexuel antérieur de la femme, c'est-à-dire de la manière dont elle a intégré la sexualité et l'érotisme corporel. Dans ce sens, l'approche comportementaliste a opérationnalisé les comportements des patients cancéreux : « type C » (Janne, 2009). Ils ont mis en évidence, entre autres, des prédispositions précoces, des patterns d'interaction familiale, des pertes précoces, l'évitement des conflits, la suppression des émotions négatives et une hypercoopération.

L'étude de Hirsch (2005) de référent psychologique, désigne-t-elle aussi des vulnérabilités préalables déterminant l'impact du cancer sur la sexualité, notamment la structure de la personnalité et surtout la construction de la féminité et son rapport à l'autre sexe. L'étude fait alors l'hypothèse qu'une femme ayant des difficultés dans ses relations aux objets ainsi qu'une défaillance narcissique serait plus vulnérable aux atteintes de l'image du corps, donc plus susceptible de déclencher des troubles sexuels.

D'un autre côté, cette maladie de l'intime et ses conséquences sur la sexualité entraînent un état psychologique spécifique qui retentit à son tour sur la sexualité de la femme. Dans un premier temps, l'annonce est un temps déterminant pour les réactions et la mise en place des défenses psychiques, elle est parfois décrite en termes de « choc » (This, 2006). Elle déclenche des angoisses liées à la mort et aux mutilations et un état dépressif. L'annonce engendre déjà un premier état psychologique peu compatible avec la sexualité en termes de perte d'énergie et d'élan vital, faisant planer le risque, la perte et l'incertitude. Dans un second temps, les traitements anticancéreux sont une atteinte corporelle et narcissique ; parfois castrateurs, ils influent sur la libido et la sexualité surtout si l'organe touché est sexuel. C'est dans ce sens que les études parlent d'une perte du pouvoir de séduction de la femme (Hannoun-Levi, 2005). La chirurgie est mutilante et provoque une altération de l'image de soi, une remise en question et un renoncement, voire un dégoût de la sexualité ; la chimiothérapie est considérée comme une atteinte de l'image corporelle (Reich, 2007).

L'annonce et les traitements déclenchent donc des angoisses fondamentales pour la femme (Girard, 2006) :

- angoisse d'abandon, car la patiente redoute, plus encore que la mort, le rejet et l'isolement ;
- angoisse de morcellement, provoquée par l'atteinte importante et intime de l'intégrité du corps ;

- crainte de perdre totalement la maîtrise face à une perte d'autonomie du corps et à l'imprévisibilité du cancer.

L'étude de 2006 sur le cancer et la dynamique de couple indique aussi une proportion importante (environ 54%) de troubles anxio-dépressifs chez la patiente mais également chez son conjoint (environ 62%). La littérature décrit deux mécanismes de défense psychopathologiques, principalement utilisés pour lutter contre les angoisses suscitées par le cancer (Girard, 2006). Il s'agit de la « projection » et du « déni », les études se fédèrent autour de ces mécanismes bien que leur définition ne semble pas toujours concorder d'un référent à l'autre. Dans le registre de la sexualité, c'est le « climat psychologique fragile » (Hannoun-Levi, 2005), associé aux contraintes physiques, qui conduisent ces femmes à refuser la sexualité, soit par opposition agressive soit par désintérêt et indifférence progressive.

Pour les femmes hystérectomisées, la sexualité est comme « déniée » ou en tout cas réduite au silence et mise de côté en attendant « la fin » de la maladie, le « retour à la normale ». La sexualité est mise de côté comme tous les plaisirs de l'homme en cas de danger. Peut-on vraiment penser au plaisir et d'autant plus aux plaisirs corporels lorsque le corps souffre et que le risque vital accapare l'esprit ? (Hoarau, Favier, Hubert, 2007). Le rejet ou le déni de la sexualité, dans son aspect sensoriel, ponctue une situation ne permettant plus le « lâcher prise » et l'abandon de soi nécessaire au désir sexuel et à la réalisation du plaisir. L'attention particulière portée au corps sensuel n'est plus possible car celui-ci est devenu source d'anxiété.

L'étude de Bondil et Habold (2009) souligne que l'impact du cancer sur la sexualité du couple et les troubles sexuels d'autres origines présentent des similitudes. Dysfonction sexuelle et cancer ont tous deux un impact sur l'intimité et l'affect du couple et de chacun des partenaires, définissant ainsi 5 sphères distinctes en relation d'incidence : sexualité, cancer, femme, conjoint et couple. Cet impact commun correspond dans un premier temps à une incidence psychique sur le patient et son partenaire, dont un sentiment récurrent de culpabilité vis-à-vis de l'autre. S'ensuivent des mécanismes et des conduites réactionnels, de l'ordre d'un évitement de l'intimité et de la tendresse donnant lieu à une désorganisation négative de la sexualité du couple. « 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, & Habold, 2009).

La même étude distingue les spécificités de l'impact du cancer retentissant sur la sexualité du couple :

- 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.

Il est intéressant de constater, bien qu'une relation de conséquence soit trop prompte à être donnée, que 4,5% des admissions en milieu psychiatrique se font suite à une intervention chirurgicale récente pour motifs gynécologiques (Girard, 2006).

2.3. L'HYSTERECTOMIE ET RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE

L'hystérectomie vaginale est l'ablation chirurgicale de l'utérus en utilisant la voie naturelle sans ouverture de l'abdomen. Parfois, selon le cas, le col de l'utérus, les ovaires et les trompes de Fallope peuvent également être enlevés (D'Halluin, 2012). L'hystérectomie est, dans le monde occidental, l'intervention gynécologique la plus répandue, environ 70 000 hystérectomies sont pratiquées chaque année en France (Proust, Jouly, Loprés, 2004). Le rôle de l'utérus dans la vie de la femme est, en dehors de sa fonction primordiale de support de la reproduction, particulièrement important dans la vision de son schéma corporel, dans sa sexualité et pour son psychisme. L'ablation de l'utérus, quelle qu'en soit l'indication, peut être mal vécue, en particulier parce qu'outre la peur de l'intervention, des douleurs ou des complications viennent s'ajouter l'angoisse et/ou la honte de la perte de la féminité, de la modification de l'image corporelle (Mbongo, Mouanga, Massamba Miabaou, Nzelié, Iloki, (2016).

Pour Beltran (2013), les techniques chirurgicales de l'hystérectomie ont largement évolué, les suites opératoires sont beaucoup plus simples, l'hospitalisation est désormais réduite à quelques jours et un grand nombre d'interventions ne laissent que de petites, voire pas de cicatrices du tout. Toutefois, cette amélioration des aspects physiques ne doit pas faire oublier le poids psychologique que revêt cette intervention pour de nombreuses femmes.

Le gynécologue peut être tenté de banaliser cette intervention chirurgicale en argumentant que la chirurgie actuelle n'est pas celle du temps de nos grands-mères et que

l'utérus, passé un certain âge, "ne sert plus à rien". Cependant, la réalité médicale ne correspond pas toujours à l'expérience subjective des femmes, pour lesquelles l'hystérectomie peut impliquer une forte atteinte symbolique (Beltran, 2013).

Le vécu de l'hystérectomie dépend de l'histoire de chaque femme. Pour certaines, cette intervention va être ressentie comme une mutilation intime et une atteinte à leur féminité, pour d'autres, elle va faire apparaître des inquiétudes vis-à-vis de la sexualité et du couple et, enfin, pour quelques-unes, elle va faire disparaître les craintes de la grossesse. Nombreuses sont les femmes qui, bien qu'elles n'aient plus de désir d'enfant, qu'elles aient "passé l'âge d'en faire" ou qu'elles soient ménopausées, ont cependant du mal à accepter cette procédure. L'hystérectomie représente la fin du rêve de grossesse, la perte de l'organe qui leur a permis de porter leur enfant et cette absence les fait se sentir inutiles (Beltran, 2013).

Au moment des consultations préopératoires, les explications du gynécologue au sujet de l'intervention, de l'anatomie sont les suivantes : – non, il ne restera pas un trou dans le corps à la place de l'utérus –, de l'absence de répercussions négatives sur la sexualité ultérieure – on pourrait même plutôt parler d'une amélioration si on élimine les effets gênants comme les saignements ou les douleurs –, sont essentielles pour rassurer les patientes dont l'anxiété est due à une certaine méconnaissance du rôle de l'utérus et des conséquences de l'intervention sur l'organisme. Cependant, il est impératif de ne pas nier l'importance symbolique de l'utérus aux yeux des femmes et ainsi de respecter leur vécu. Les patientes ont besoin d'empathie de la part des médecins – qui ne doivent pas banaliser le rôle de l'utérus –, d'une qualité d'écoute et de pouvoir poser toutes les questions sans se sentir jugées. Il est nécessaire d'écouter les patientes avant l'intervention pour pouvoir dépister et prendre en charge toute pathologie psychologique avant d'opérer. Chez les femmes nullipares, il est fondamental d'être particulièrement attentif et ce, indépendamment de l'âge, car on oublie trop souvent que même à 45 ans, une femme qui n'a pas eu d'enfants n'a pas forcément renoncé à son rêve de maternité (Beltran, 2013).

Un état psychologique problématique est un prédicteur significatif d'une dépression et d'une dysfonction sexuelle postopératoires. Des études récentes soutiennent que l'hystérectomie par elle-même n'est pas un acte inducteur de troubles psychiatriques, mais qu'elle peut s'adresser à une population vulnérable psychologiquement. Il est important, dans la mesure du possible, de respecter le temps psychique des patientes. Les hystérectomies liées aux fibromes sont rarement programmées en urgence et une préparation psychologique éviterait que les femmes ne redoutent une intervention qui, au final, serait un soulagement

pour la plupart d'entre elles. Le délai entre les consultations peut permettre aux patientes qui ont besoin d'un cheminement pour accepter l'opération de se préparer progressivement et d'arriver à dire "au revoir" à leur utérus afin que l'hystérectomie ne soit pas vécue comme un arrachement, mais comme le passage à une autre étape de leur vie de femme (Beltran, 2013).

En Période postopératoire, un certain nombre de femmes vont exprimer des plaintes attribuées à l'hystérectomie qui révèlent souvent des manifestations anxieuses telles que la fatigue, des troubles gastros intestinaux, des palpitations, des crises d'angoisse, une diminution de la libido, et pouvant aller jusqu'à une phobie de la pénétration. Le médecin peut avoir tendance à sous-estimer ces plaintes, car elles ne relèvent pas du geste chirurgical ni de ses suites.

Dans la majorité des cas, l'hystérectomie est associée à une amélioration de la fonction sexuelle et de la qualité de vie, et il est important que les femmes en soient conscientes. La disparition des symptômes contraignants tels que les douleurs, les saignements abondants et la fatigue profonde peuvent permettre de se réapproprier un corps qui avait été oublié. Toutefois, il est souhaitable que les médecins puissent comprendre que ce n'est pas toujours le cas et qu'il est alors fondamental de pouvoir suivre ces patientes de façon spécifique avec l'aide de psychologues, de psychiatres ou de sexologues. Le rôle du psychologue est d'accompagner les femmes dans le processus psychique de l'hystérectomie et cela, aux différents moments du parcours thérapeutique. Il est fondamental d'inscrire l'hystérectomie dans l'histoire singulière de chaque femme. Des événements tels que des grossesses difficiles, de longs parcours d'infertilité ou des histoires familiales où toutes les femmes sont passées par l'hystérectomie, vont modifier le vécu subjectif des patientes. Lors du suivi psychologique seront abordées des questions relatives au féminin, l'objectif étant d'aider les patientes à accepter cette épreuve, de leur permettre de se réapproprier leur corps et de redécouvrir leur propre féminité (Beltran, 2013).

2.3.1. Les conséquences de l'hystérectomie sur le plan psychologique

Le trouble le plus répandu suite à l'hystérectomie selon les études réalisées à ce sujet est la dyspareunie (Graesslin et al, 2002), symptôme traduisant à la fois une difficulté organique et psychique, liée à des motifs anatomiques et à l'expression d'une crainte. La dyspareunie est généralement abordée comme ayant une étiologie fortement psychologique conduisant progressivement au refus systématique de pénétration et de contact physique, donc au refus de toute relation sexuelle (Reich, 2007). Les difficultés prolongées et le rejet global de la sexualité nous indiquent une problématique au-delà des inconvénients directs du cancer.

La durée des troubles indique une problématique sexuelle sans étiologie organique, installée suite aux interventions sur le corps et durant bien après les traitements sans jamais régresser (Waldir, 2005). Ce dernier temps indique des problèmes sexuels persistants à long terme, qui s'enkystent après guérison et traitement, mettant sur la voie d'une atteinte psychique considérable ne permettant pas de compter sur l'effet curatif du temps.

À ce sujet, certains résultats des études consacrées à l'hystérectomie montrent un possible « effet positif » sur la sexualité de la femme (Yazbeck, 2004) justifié par la contraception définitive, l'arrêt de la dysménorrhée et parfois de la dyspareunie. Cependant, si ces femmes paraissent soulagées du poids de la filiation, le lien qu'elles sont en capacité de faire entre sexualité et procréation n'est pas spécifié, ni d'un point de vue physiologique, ni d'un point de vue psychologique. Il en reste que ce pourcentage de femmes est faible et se situe à contre-courant de ce qui est régulièrement relevé par la clinique. D'ailleurs, ces résultats variant avec les patientes ouvrent une nouvelle fois vers une problématique en deçà du somatique. D'autre part, les études cliniques s'accordent à dire que les traitements anticancéreux sont effectivement susceptibles d'altérer la qualité de vie et la sexualité des patients à court ou à long terme (Dupont, Antoine, Reich, Beve, 2007).

2.3.2. Hystérectomie et qualité de vie

Les cancers quels qu'ils soient et leurs traitements invasifs ont en effet un impact sur l'organisation et l'équilibre psychique des patients que les études traitent comme une « détresse psychologique » et une « atteinte à la qualité de vie (QdV) » (Reich, 2007), notion multidimensionnelle qui englobe tout ce qui peut marquer la vie d'un individu. La QdV est un concept subjectif car il concerne le sentiment de satisfaction et de bien-être. Le sujet juge lui-même de son ajustement à la situation sur le plan des fonctionnements physique, psychologique, émotionnel, social et occupationnel, qui lui sont proposés. Cet intérêt pour la QdV dans le domaine du cancer s'explique par l'amélioration des techniques de soins et les meilleurs pronostics. Les informations multidimensionnelles recueillies par la QdV sont désormais un pronostic indépendant en plus des données biomédicales (Incrocci, 2007). Il faut alors peser toute l'importance des conséquences des traitements sur la QdV de la patiente (Hirsch, 2005).

Étant donné la spécificité du cancer pelvien que nous étudions, le domaine d'évaluation concernant la sexualité est à mettre en exergue parmi les autres (Incrocci, 2007). La sexualité a une place importante dans la QdV, elle est traitée en termes (Poinsot, et al, 2005) d'image de soi, de sentiment de féminité, d'attirance sexuelle estimée ; et divisée en

trois dimensions : le désir sexuel, le fonctionnement sexuel, la satisfaction sexuelle. Pourtant, cette tentative de globalité se fait au détriment de la richesse de la singularité et ne permet pas d'approfondir les causes sous-jacentes aux dysfonctions et aux malaises conscients de ces femmes au sujet de leur féminité et de leur sexualité. Cette évaluation n'investit pas les processus et modalités de fonctionnement de la psychosexualité féminine en termes d'investissements libidinaux et de pulsionnalité, pas plus que le registre défensif, fantasmatique et les représentations inconscientes qui sous-tendent les capacités de la femme à exprimer sa sexualité (désir, fonctionnement, satisfaction) sous le primat du génital. Il manque alors ce qui, chez les femmes, vient expliciter leurs symptômes et leur « mal-être ». Les études comparent l'impact des différents traitements sur la sexualité en termes de scores mais ne prennent pas en compte la composante psychique des troubles que présentent ces femmes au niveau de leur sexualité. Il y est question de dysfonction, de peur, de fréquence, de satisfaction mais elles ne considèrent pas la dynamique psychique qui fait lien entre la maladie et les difficultés de sexualité. Elles ne permettent donc pas d'expliquer pourquoi le cancer et ses traitements associés ont un impact sur la sexualité, en dehors de toute étiologie somatique. Il n'est pas rare que ces études¹³ invitent les autres à se tourner du côté de l'investigation psychique plutôt que d'en rester aux critères anatomiques.

Selon Mbongo, Mouanga, Massamba Miabaou, Nzelié, Iloki, (2016), de même, la perte de l'organe qui prive ces femmes des menstruations peut être vécue par certaines comme une perte de l'identité, de la désirabilité. Cependant l'hystérectomie vaginale peut les soulager de douleurs intenses ou de métrorragies abondantes ; ce qui constitue souvent la motivation principale les poussant à accepter ce geste salvateur mais qui en ôtant leur utérus leur enlève l'attribut principal de la maternité. Le vécu d'une maladie gynécologique telle que le prolapsus utérin et le traitement subséquent du type hystérectomie vaginale ; est une expérience très difficile à vivre par une femme ; du fait qu'elles font face aux complications inhérentes à d'une part à la maladie et d'autre part aux traitements, d'où altération importante de la qualité de leur vie.

Selon Mbongo, Mouanga, Massamba Miabaou, Nzelié, Iloki, (2016) la maladie, par sa gravité potentielle, déstabilise non seulement la malade, mais également ses proches ; souvent les relations professionnelles sont plus ou moins interrompues. Les troubles psycho-sexuels, aggravés par l'atteinte de l'image corporelle pendant la maladie et le confort de la patiente, sont nettement améliorés par l'hystérectomie vaginale en raison aussi de l'absence « virtuelle » de cicatrice abdominale. Selon eux, Toute maladie est un mal en soi qu'il faut éradiquer car

elle altère souvent de façon significative la qualité de la vie. Pendant la maladie, le vécu des femmes a été : l'inconfort sexuel 26/40 (65%) ; les saignements génitaux 12/40 (30%) ; les douleurs pelviennes 13/40 (32,5%). En Post-opératoire, ont été notés les dyspareunies transitoires 30/40 (75%) ; les céphalées secondaires à l'anesthésie 4/40 (10%). Le vécu psychologique a été dominé avant l'HV par la peur de la chirurgie chez toutes les patientes, les troubles du sommeil 38/40 (95%), l'angoisse 30 /40(75%), un sentiment de honte lié aux difficultés à accomplir l'acte sexuel en raison du prolapsus 26/40(65%) et/ ou en raison des saignements génitaux, dus au fibrome utérin 14/40(35%). Le sentiment de la perte de féminité était déclaré par 26/40 femmes porteuses de prolapsus utérin (65%), la modification de l'estime de soi 26/40 (65%). Aucune information n'a été donnée par les femmes à leurs proches et aux membres de la famille avant la chirurgie, traduisant ainsi leur sentiment de gêne ou de honte. Concernant l'activité sexuelle, tous les couples ont déclaré leur satisfaction après le traitement. Le vécu dramatique de la maladie et de l'hystérectomie vaginale avant, est nettement amélioré après l'intervention chirurgicale.

2.4. LE SENTIMENT DE CULPABILITE

2.4.1. Approche psychologique

Les émotions ont depuis longtemps fait l'objet d'études en psychologie. Les psychologues en distinguent deux types : les émotions positives telles que la joie, la satisfaction, l'optimisme, et les émotions négatives comme la peur, la tristesse, la honte, la colère ou encore la culpabilité. Pour la psychologue Larivey (2002), Le sentiment de culpabilité est une émotion relative au groupe social qui repose sur la conviction d'une responsabilité personnelle dans un événement fâcheux, dans lequel on n'est pourtant pas toujours intervenu directement, ou au contraire dans lequel on n'aurait pas pu intervenir. Un exemple classique est celui du malaise ressenti durablement par un enfant suite à la maladie ou au décès d'un autre enfant (voire d'un parent). Il est habituel d'éprouver passagèrement un sentiment de culpabilité à l'occasion du travail de deuil d'un proche.

Le sentiment de culpabilité pourrait aussi être un malaise ressenti lorsque l'individu se comporte à l'encontre de l'intérêt général ou de l'intérêt du groupe. D'un point de vue éthologique, le sentiment de culpabilité n'aurait de sens que si le jugement de culpabilité est partagé par les autres membres du groupe. Il agirait alors comme un régulateur social et serait en équilibre avec l'égoïsme en tant qu'abus envers les autres membres du groupe. Ainsi, même si un individu ne ressent pas de culpabilité, il sera « rappelé à l'ordre » par d'autres membres du groupe. Cette réaction de jugement de culpabilité serait très forte et des individus seraient

prêts à se mettre en danger uniquement pour faire respecter la norme du groupe, censée protéger l'intérêt général.

De nombreux auteurs ont abordé le sentiment de culpabilité. Freud (1913) est probablement celui qui y a le plus travaillé ; nous l'aborderons à la fin de ce chapitre en lui consacrant une section entière. Mais d'autres penseurs ont également contribué à l'exploration de ce phénomène. Nous n'en citerons que quelques-uns car l'objet de notre travail n'est évidemment pas une réflexion psychologique sur les travaux de ces penseurs mais une synthèse. Adler (1911) lie la culpabilité au sentiment d'infériorité qui nous habite tous, et au désir de toute-puissance compensatoire. Jung (1916) aborde la culpabilité en parlant de « culpabilité de soi vis-à-vis de soi », c'est-à-dire du refus de s'accepter soi-même. Pour Jacques Lacan (1966), la culpabilité est liée au désir et à la place qu'occupe le sujet dans l'ordre du signifiant de son désir. Lacan désigne la source la plus profonde de la culpabilité lorsqu'il dit que le sujet se sent coupable toutes les fois où il en vient à « céder sur son désir ».

Lacan met l'accent sur l'impossible plus que sur l'interdit. L'interdit n'est qu'une défense contre l'impossible, car il est plus facile de se conformer à l'interdit que de reconnaître l'impossible. La culpabilité aurait donc à voir avec l'impossible et non avec l'interdit (alors que le péché a à voir avec l'interdit en premier). Pour Lacan la culpabilité est l'expression du manque, le « signifiant » de la finitude.

Les deux analystes Klein (« L'amour et la haine », 2001) et Winnicott (« De la pédiatrie à la psychanalyse », 2004) nous ramènent à la relation du nourrisson avec sa mère. Cette relation est ambivalente. L'enfant a simultanément peur de la fusion avec sa mère (alors que la vie le pousse à grandir, il craint de rester un avec sa mère) et a le désir d'aimer et d'être aimé de cette mère, qui est la source de tous ses plaisirs. Il y a donc tout à la fois attirance vers la mère et rejet de celle-ci. Son conflit peut s'exprimer ainsi : s'il est, il n'est plus aimé de sa mère (car indépendant d'elle), et s'il en est aimé, il n'est pas. Cela se résume à être ou être aimé. L'enfant croit qu'il y a opposition entre ces deux termes et se demande s'il peut exister en dehors de sa mère. Pour ces auteurs, la culpabilité naît donc de ce sentiment d'ambivalence affective. S'il est bien géré par la mère et plus tard par le père, ce sentiment normal de culpabilité ne sera pas une source de problèmes à l'âge adulte. La mère devra être nourricière et en même temps sécurisante pour son enfant, qui vit mal le fait d'aimer le plaisir qu'elle lui procure et le fait qu'elle est aussi celle qui le frustre. Cette culpabilité inconsciente sera réactivée au moment de l'Œdipe, quand la mère sera l'objet désiré mais interdit.

Cette culpabilité qui est l'expression d'une ambivalence affective doit être considérée comme un élément normal de notre personnalité. Bien appréhendée par notre mère, elle va nous construire ; mal appréhendée (c'est-à-dire si la mère ne réapparaît pas, si elle donne les soins de manière irrégulière), elle risque de nous détruire. Pour les deux psychologues cliniciens Engel et Ferguson (1999), c'est l'altruisme excessif et mal dirigé qui est parfois source de culpabilité. Nous avons tous un besoin inné de venir en aide aux autres, une tendance à être Sauveteurs. Même un bébé est bouleversé quand il en voit un autre pleurer. Mû par une sorte d'empathie rudimentaire, il se met aussi à pleurer. Un enfant peut se rendre malheureux par empathie avec ses parents qu'il voit tristes. Il se sent, il se croit responsable de ce qui leur arrive (maladie, conflit). Il se croit obligé de les aider et n'y arrivant pas, il culpabilise. Il se sent coupable parce qu'il ne se sent pas capable.

Cette formule : « pas capable – coupable » se vérifie aussi pour les adultes dans la vie quotidienne comme en relation d'aide, et elle fonctionne aussi en sens inverse : « coupable pas capable ». Quand une personne ne se sent pas capable de faire quelque chose, elle se sent coupable de son incapacité. Inversement, lorsqu'elle se sent coupable, cela la rend souvent incapable d'agir. Deux exemples peuvent illustrer ces propos : si cela fait longtemps que l'on aurait dû rendre visite à une grand-tante, mais que l'on n'en a pas trouvé le temps, cela nous culpabilise. A l'inverse, des parents peuvent se sentir vaguement coupables parce qu'ils ne se sont pas rendus à la dernière réunion organisée par l'instituteur de leur enfant ; ils ne se sentent alors pas capables de croiser le regard de cet instituteur et évitent soigneusement de le rencontrer. La culpabilité est donc un sentiment archaïque, latent en nous, qui s'habille de différentes facettes et qui guide nos comportements.

2.4.2. La culpabilité dans la théorie freudienne

Freud explique le sentiment de culpabilité comme l'expression et le résultat d'une tension entre le moi et le surmoi. Cette dernière instance psychique dérive à la fois du narcissisme primitif et du complexe d'Œdipe à la suite d'une identification au parent rival, jaloux interdicteur (des caractères essentiels de la personne introjectée, elle a fait siennes la puissance, la sévérité, la tendance à surveiller et à punir). Le surmoi peut aussi bien stimuler le moi dans la voie de l'accomplissement et de la réussite que l'écraser sous le poids de ses interdictions et de ses accusations, comme s'il était en complète connivence avec le ça, dont, en jouant les justiciers, il mobilise d'ailleurs les pulsions agressives, c'est-à-dire la pulsion de mort. Le surmoi va " se montrer dur, cruel, inexorable à l'égard du moi qu'il a sous sa garde". Mais celui-ci en vient à adopter la fameuse position masochiste et à chercher compulsivement

à se faire critiquer, châtier et détester par le premier. Le Moi jouit de subir, tandis que le Surmoi jouit de punir. Position de "masochisme moral", le moi s'expose, par besoin, à un tel sadisme, comme s'il aspirait à être châtié et se complaisait dans cette condition de victime. Moi et surmoi forment ainsi un véritable couple sadomasochiste dans lequel, par la médiation du sentiment inconscient de culpabilité, "la morale [se trouve] resexualisée", alors qu'elle n'avait pu surgir qu'une fois le complexe d'Œdipe surmonté, c'est-à-dire déssexualisé.

Cette puissance auto-érotique qui consiste à savourer la punition et la torture intérieure replace donc le sujet, en deçà de l'œdipe, dans une position pré-génitale où la pulsion de mort travaille à la fois du côté du surmoi, qui attaque, et du côté du moi, qui se repaît de sa propre destruction, tandis qu'Éros, lui aussi, est à l'œuvre dans la satisfaction libidinale procurée à celui-ci. Il est paradoxal, d'ailleurs, que le besoin d'autopunition, dont on peut dire qu'il est synonyme de sentiment inconscient de culpabilité, permette au masochiste moral d'atteindre, en tant que victime, à une puissance narcissique telle qu'il en vient à s'imaginer parfait et irréprochable. "Les systèmes que forment les obsédés, dit Freud, flattent leur amour-propre par l'illusion qu'ils leur donnent d'être de meilleurs hommes que d'autres, puisqu'ils sont particulièrement purs et consciencieux." La torture au sein de laquelle elle se complaît conduit ainsi la monade non seulement à s'isoler dans son narcissisme, mais aussi à conjurer tout risque d'affronter la moindre aperception de la source de ce processus, c'est-à-dire la culpabilité.

Le sentiment de culpabilité prend toute sa force dès qu'il franchit un seuil délimité par l'intériorisation, dans le surmoi, de l'autorité parentale qui interdit et condamne. Il se confond alors avec la sévérité de la conscience morale. En deçà de ce stade, on ne rencontre qu'une forme plus primitive, une autre espèce de culpabilité qui est simple angoisse de perdre l'amour des parents. En intériorisant et l'interdit et la sanction, le surmoi "élève à un autre niveau" le sentiment de culpabilité, qui ne mérite rigoureusement son nom qu'"une fois ce changement opéré". Le moi, qui, avant l'œdipe, était libidinalement fixé aux parents, l'est désormais à cette nouvelle instance, qui est devenue leur substitut en introjectant leur pouvoir et leur sévérité. Le sujet est désormais soumis non plus au seul risque d'être puni par quelqu'un autre, mais à un tourment intérieur, qu'avive le simple désir de la chose défendue aussi bien que la transgression effective.

Le renoncement et l'abstinence attisent la culpabilité au lieu de l'atténuer. Le surmoi déjà impitoyable quand on se garde de toute transgression, le devient même, paradoxalement, encore plus quand on arrive, comme l'obsessionnel, à suspendre ou à éteindre ses désirs. Dans

cette situation, dit Freud, "le renoncement aux pulsions n'exerce plus aucune action pleinement libératrice, l'abstinence n'est plus récompensée par l'assurance de conserver l'amour, et l'on a échangé un malheur extérieur menaçant ; perte de l'amour de l'autorité extérieure et punition de sa part ; contre un malheur intérieur continu, à savoir cet état de tension propre au sentiment de culpabilité".

C'est à partir de deux situations cliniques, la névrose obsessionnelle et la mélancolie, que Freud (1913) s'est interrogé sur le sentiment de culpabilité. Si pour lui, ce sentiment est le pain quotidien des psychanalystes, s'il en mesure l'importance, il n'a cependant jamais écrit de synthèse de ses réflexions sur ce thème qu'il reconnaissait être « embrouillé ». Il s'est contenté d'en relever l'existence dans la littérature (notamment chez Dostoïevski, 1871) dans les mythes, la religion, l'art, et d'affirmer que nous sommes tous coupables et plus immoraux que nous le croyons. Pour lui, la culpabilité n'est ni bonne ni mauvaise, c'est la source qui l'alimente qui la rend destructrice ou non. Le sentiment de culpabilité est ambivalent : il peut être morbide et naître du refoulement mais aussi être sain, valable et moral, s'il est l'expression de ce « Je » qui est en nous un véritable pouvoir d'examen, de jugement. Il n'existe pas, pour Freud, de moyen direct de combattre la culpabilité. On peut seulement en faire progressivement un sentiment conscient.

En allemand le même signifiant « Schuld » désigne à la fois la dette et la culpabilité. C'est sans doute ce qui poussa Freud, en partie, à approfondir ce lien qui éclate de façon particulièrement manifeste dans le cas célèbre d'une analyse d'un patient obsessionnel connu sous le nom de « l'Homme aux rats » paru en 1909. L'histoire de ce cas montre à quel point la névrose s'articulait de façon inextricable autour d'une dette paternelle que le patient s'ingéniait à la fois à perpétuer et à rembourser.

Freud (1913) lui-même, dans une lettre à Fliess faisait référence en ce qui le concernait à une dette ou faute de ce type dont il voyait l'origine dans la naissance d'un jeune frère qui naquit peu de temps après lui pour mourir quelques mois plus tard. Cette dimension de la dette / culpabilité serait une caractéristique des civilisations judéo-chrétiennes alors que d'autres civilisations comme la culture grecque ou les cultures orientales seraient davantage marquées par la question de la honte selon une problématique qui s'adresse plutôt au groupe dont on est issu. La honte est une émotion mixte, c'est à dire un mélange des émotions simples que sont la peur et la colère. Cependant, parmi les autres émotions, elle se distingue par sa complexité et ses dimensions multiples : sociale, narcissique (lié à l'ego et à l'identité), corporelle et spirituelle. Nous y reviendrons plus tard dans ce travail doctoral.

2.4.3. Le sentiment « inconscient » de culpabilité

Dans l'analyse d'une pièce de l'écrivain norvégien Henrik Ibsen, intitulée *Rosmersholm* (1886), Freud veut montrer que les actions de l'héroïne, Rebecca, sont induites par une culpabilité liée à trois secrets. Le troisième de ces secrets est l'amour qu'elle porte à un homme dont elle ne sait pas qu'il est son père. Cette pièce que Freud appréciait beaucoup lui donnait une bonne illustration de son affirmation que la culpabilité inconsciente est toujours liée, de près ou de loin, à la situation œdipienne. Nietzsche décrivit un profil psychologique qu'il appela criminels par sentiment de culpabilité. Il signifia alors que certains peuvent, se sentant coupables mais sans savoir pourquoi, commettre un crime dans le seul but de donner une raison à cette culpabilité. La culpabilité n'est pas la conséquence du crime mais, paradoxalement, sa cause même : il s'agit pour le coupable de pouvoir se représenter sa faute. Freud reprend ce principe lorsqu'il discute de la culpabilité inconsciente, indissociable du surmoi, sévère juge de la personne. Freud précise que le névrosé a bel et bien commis une faute, du moins dans son fantasme. Peut-être n'y a-t-il pas eu d'acte mais l'intention à la source des reproches est bien réelle, et la culpabilité n'est guère que retournement sur la personne propre de l'agressivité.

2.4.3.1. Les différents types de culpabilité.

Après cette rapide synthèse des travaux des principaux auteurs ayant abordé le concept de culpabilité, plusieurs distinctions méritent d'être soulignées : Le sentiment de culpabilité peut aussi bien concerner une activité présente, passée ou bien future. Il se dégage donc plusieurs sortes de culpabilités d'un point de vue temporel: (De Peyrelongue, 2011).

- une culpabilité rétrospective (j'ai commis un acte négatif ou j'ai omis de faire quelque chose) ;
- une culpabilité actuelle (je suis en train de faire quelque chose de mal) ;
- une culpabilité d'anticipation (je vais faire quelque chose à l'encontre de l'intérêt des autres).

On peut se sentir coupable de faire quelque chose, mais aussi de ne pas faire quelque chose. Il y a donc une culpabilité de l'action et une culpabilité de l'inaction. Dans ce dernier cas, la culpabilité se définit moins par rapport à un acte que par rapport à des conséquences. Une distinction peut être établie au niveau des conséquences :

- les conséquences sont réparables : la personne peut facilement annuler le préjudice (j'ai cassé ton stylo mais je peux le recoller),

- les conséquences peuvent être compensées par une autre action positive (j'ai cassé ta pelle mais je t'ai acheté un beau marteau),
- les conséquences ne peuvent pas être réparées ou compensées : le coupable est en dette de quelque chose (j'ai cassé ton vase qui avait une valeur sentimentale).

Une autre distinction peut être établie entre la conscience honteuse et la conscience coupable : la différence réside dans le rapport à la faute :

- la conscience honteuse a besoin de se refaire une image qui lui réassure l'estime des autres et la confiance en elle-même. Il existe des situations de honte où le sentiment de faute n'a pas sa place et qui ont en commun la remise en question d'une image idéale de soi-même. La honte est alors vécue comme une blessure narcissique qui résulte de la prise de conscience d'une insuffisance foncière ;
- la conscience coupable se découvre non plus en défaut par rapport à l'idéal du moi, mais en faute. A la différence de la conscience honteuse, elle ne fait pas l'épreuve d'une insuffisance qui tient sa liberté en échec, mais de son être faillible et de la perversion de sa liberté. La morsure de la culpabilité ne se fait sentir que lorsqu'il a dépendu de moi de faire le bien ou le mal et que j'ai fait le mal alors que j'aurais pu l'éviter. C'est la douleur qui torture l'âme scrupuleuse et l'empêche de dormir en paix.

La culpabilité est classée selon les auteurs et selon les disciplines comme une émotion liée à la morale, au soi et aux autres. La variété des écrits et des réflexions à son sujet souligne la complexité de cet état émotionnel (notamment parce que cet état affectif semble avoir des antécédents cognitifs) et les différents rôles que peut jouer la culpabilité dans la vie d'un individu. En psychologie, le sentiment de culpabilité est une émotion négative relative au groupe social : il implique la conviction (fondée ou non) d'une responsabilité personnelle dans un événement fâcheux, ou dans le manquement à une règle collective. Freud ainsi que d'autres psychologues ont mis en avant le rôle essentiel du comportement affectif des parents dès la plus petite enfance dans la formation de ce sentiment. Ils soulignent également le lien « culpabilité – capacité » : on peut se sentir coupable car incapable d'agir.

2.5. LE COUPLE FACE AU CANCER ET À L'HYSTERECTOMIE

Le couple confronté au diagnostic de cancer s'adapte plus ou moins bien à cette situation, en fonction de son histoire relationnelle et/ou des difficultés auxquelles il a déjà été

confronté antérieurement (mort d'un enfant, période de chômage, maladie, migration forcée, etc.). Le cancer peut donc se répercuter sur la vie relationnelle du couple (Kellerhals, Widmer & al, 2004). Le couple qui fait front commun face à la maladie a plus de chance de préserver sa qualité de vie et de s'adapter aux éventuelles répercussions sur la vie sexuelle. Les partenaires sont soumis à un très grand stress et se confient en majorité d'abord vers le conjoint malade (Northouse, Templin et al, 2001). Le partenaire est souvent vu comme très soutenant (Sormanti et Kayser, 2000), la meilleure aide pour accompagner les femmes confrontées au cancer du sein (Gates, 1980), surtout s'il est un support social adéquat, ni rejetant, ni hyper protecteur (Reynaert, Libert et al, 2006).

La réussite du couple qui doit faire face à la maladie est souvent liée à la capacité de parler de la maladie (Wimberly, Carver e al, 2005). La communication dans le couple risque cependant d'être affectée, de même que les relations sexuelles (Holmberg, Scott et al, 2001). La détresse psychologique des patientes est prédite par celle du conjoint et par la qualité de leur relation conjugale (Giese-Davis, Hermanson et al, 2000). Les couples qui sont le plus en difficulté sont donc ceux qui présentent des difficultés relationnelles préexistantes au diagnostic (Kornblith et Ligibel, 2003) et/ou une situation de couple conflictuelle (Marx, 2007).

Les couples fragilisés par la maladie et l'impact des traitements sur leur qualité de vie, sont dans une période critique de leur histoire : il y a donc un changement probable de mode de relation entre les conjoints (Razavi, Delvaux et al, 2008). Le couple peut être projeté également face à d'importantes difficultés en lien avec l'angoisse devant un avenir à deux qui peut sembler compromis, devant la rupture avec les projets communs. Avoir un partenaire est malgré tout synonyme d'une meilleure santé, les femmes veuves ou divorcées sont davantage à risque de mauvaise adaptation (Dauchy et Rouby, 2007). Cependant avoir un partenaire peu impliqué diminue la possibilité de faire face à la maladie et aux traitements (Ballantyne, 2004).

Les études publiées démontrent que les couples ne se séparent pas davantage lorsqu'un partenaire est touché par le cancer du sein, le degré de satisfaction marital n'est pas différent lui non plus (Dorval, Maunsell et al, 1999). Cependant, les femmes qui présentent des insatisfactions conjugales trois mois après leur diagnostic de cancer du sein présentent plus fréquemment des ruptures de leur couple huit ans après le diagnostic (Schover, 2004). Pour la survie du couple confronté au cancer du sein, il est important de maintenir l'estime de soi, une qualité de relation entre les partenaires, une bonne gestion du stress, de préserver l'identité et

le narcissisme du couple afin d'éviter l'instauration d'un clivage entre les deux partenaires, passablement malmenés par l'expérience du cancer du sein (Reich, 2007). Lorsque la maladie devient « chronique », et c'est malheureusement parfois le cas dans le cancer du sein, les défis posés au couple se prolongent et peuvent plus facilement fragiliser la relation (Dallaire, 2006).

2.5.1. L'expérience de la sexualité dans la relation de couple

Les recherches récentes démontrent que l'entente sexuelle et amoureuse est comprise comme la base de la vie d'un couple et la pratique de la sexualité semble aller de pair avec la pérennité de l'union (Le Van, Ferrand et al, 2008). Aujourd'hui ce n'est plus le mariage qui construit le couple et permet la vie sexuelle, mais la vie sexuelle qui fait que le couple existe (Belzer, Bajos et al, 2008). La problématique sexuelle peut être présente, antérieurement au diagnostic de cancer. De nombreuses femmes « saines » présentent un ou plusieurs problèmes sexuels tels que sécheresse vaginale, difficulté avec la libido, etc. (Demarest, Allen et al, 2000), indépendamment du contexte de cancer (Marx, 2007). Les hommes éprouvent également davantage de difficultés sexuelles après quarante ans et rares sont les partenaires qui se disent satisfaits de la qualité et de la quantité des rapports sexuels dans leur couple (Dallaire, 2006). Les couples plus anciens ont généralement un engagement moins grand dans les questions sexuelles, en termes de désir et de fréquence (Belzer, Bajos et al, 2008) et certains affirment que « le sexe n'est pas le moteur d'un couple qui dure, mais seulement un ingrédient de celui-ci, bien moins important qu'on ne le croit » (Pasini, 2005).

Le couple confronté au cancer du sein peut traverser des étapes déstabilisantes pour sa sexualité et les conséquences à venir vont dépendre des valeurs sur lesquelles il s'est construit et sa capacité à s'adapter. De nombreuses femmes se désintéressent des questions sexuelles (Mathelin et Annane, 2005), dès l'annonce du diagnostic et pendant les traitements : 24% se plaignent d'un manque d'intérêt sexuel et 17% se sentent incapables d'apprécier le sexe (Ganz, Kwan et al, 2004). Les études récentes démontent que les femmes en traitement pour le cancer du sein ne recherchent pas nécessairement les rapports sexuels, qu'elles ne les voient pas souvent comme épanouissants pour elles, à ce moment de leur histoire de maladie (Emilee, Hussher et al, 2010).

De nombreuses études démontrent que la satisfaction maritale, la relation avec le conjoint, vont affecter la manière de faire face au cancer pour la patiente et son partenaire. La sexualité risque également d'être altérée en raison du changement relationnel qui intervient dans le couple dès l'annonce du diagnostic (Derzko, Elliott et al, 2007). Chaque couple peut vivre différemment le sens de l'événement pour son couple, et trouver sa manière de faire

face aux répercussions sur la vie sexuelle (Chamberlain, 2001). Les difficultés sexuelles peuvent avoir des conséquences sur la qualité de la relation et risquent d'augmenter les difficultés de communication dans le couple (Ganz, Desmond et al, 1999). Le couple éprouve d'énormes difficultés à pouvoir se parler de sexualité (Holmberg, Scott et al, 2001). La diminution du bien-être physique et de la satisfaction sexuelle concourt à une moins bonne adaptation au cancer (Reich, 2007). La frustration sexuelle peut amplifier le conflit latent entre le couple (Mathelin et Annane, 2005).

La qualité de la sexualité reflète la qualité de la relation entre les partenaires (Allais & Allais, 2008). Les difficultés sexuelles peuvent être révélatrices d'un conflit relationnel, parfois inconscient (Allais et Allais, 2008). L'ajustement du couple à la sexualité lors d'un cancer du sein va dépendre aussi de la relation avec la sexualité que le couple entretenait avant la maladie (Mercadante, Vitrano et al, 2010). Les femmes qui présentaient des difficultés sexuelles indépendamment du cancer sont plus à risque de développer des difficultés sexuelles (Schover, 2004). Les deux partenaires peuvent s'entendre pour vivre sans sexualité, sans mettre en danger l'équilibre de leur couple et la sexualité devient moins basée sur la fonction que sur le lien affectif (Levinson, 2008). Alors la sexualité n'est plus une priorité, voire n'existe plus vraiment et les difficultés sexuelles qui font suite au diagnostic et aux traitements n'altèrent pas vraiment la qualité de vie (Schover, 1997). L'image de la sexualité change et les partenaires vont considérer les rapports sexuels, les activités sexuelles sans rapport, l'intimité non sexuelle comme faisant partie de la vie sexuelle (Reese, Keefe et al, 2010). L'absence de relation sexuelle peut être acceptée par le couple, mais pour autant qu'elle fasse suite à des événements non désirés et temporaires (Bozon, 2009).

Cependant, si l'amour sans sexualité perdure, il peut amener de la frustration pour l'un ou l'autre des partenaires et le couple risque d'être déstabilisé. Si la femme touchée par le cancer du sein refuse d'avoir des relations sexuelles, le conjoint peut se sentir blessé (Psalti, 2008) et le couple s'épanouit difficilement si les questions sexuelles restent conflictuelles (Sheppard, Appl et al, 2008). L'abstinence sexuelle temporaire est généralement plus difficile pour le partenaire masculin, car la sexualité chez l'homme se vit comme un besoin (Brenot, 2003). Cette abstinence peut être préjudiciable pour les couples peu structurés et qui se parlent peu (Brenot, 2003).

Les couples qui s'ajustent le mieux aux difficultés rencontrées peuvent se permettre des périodes plus difficiles dans l'exercice de leur sexualité (Reynaert, Libert et al, 2006). Ils sont mieux armés pour ce passage périlleux. La crispation autour des rapports sexuels peut

amener le ou la partenaire à redouter les rapports et détruit le peu d'excitation sexuelle qui reste. Si le désir et l'excitation sont insuffisants, les rapports sexuels risquent d'être douloureux (Baize, Mounier et al, 2008). Les problématiques sexuelles dans les couples suscitent une forte anxiété, avant et pendant les rapports sexuels et risquent de porter atteinte à l'estime de soi, et interférer avec la capacité du couple à faire face aux événements stressants, comme la maladie et les traitements. Les conséquences touchent la patiente, mais également son partenaire (Reich, 2007). L'un et/ ou l'autre partenaire peut se sentir frustré et la qualité relationnelle du couple va en souffrir. Une perte du désir sexuel risque de mettre en péril la relation du couple et les personnes qui sont en difficulté sexuelle ont donc tendance à limiter de plus en plus leurs échanges sexuels (Allais et Allais, 2008). Malheureusement quand les rapports sexuels cessent, la quantité de contacts physiques diminue fortement également, car les couples pensent que cette forme d'affection physique fait nécessairement corps avec des rapports sexuels, souvent pas possibles ni désirés au temps du traitement (Hugues, 2000). Ainsi une baisse ou un arrêt des relations sexuelles signale majoritairement une baisse de la proximité, de l'intimité dans le couple (Hawkins, Ussher, et al, 2009).

Un manque d'épanouissement sexuel peut être à la base d'une séparation du couple (Sheppard, Ely et al, 2008). La réaction du partenaire face aux difficultés sexuelles peut donc avoir un impact sur la survie du couple (Fobair et Spiegel, 2009). L'attitude du partenaire va permettre aux femmes de faire face ou non aux répercussions sexuelles amenées par la maladie et les traitements (Chamberlain, 2001). Les femmes qui voient leur partenaire comme restant émotionnellement connecté à elles et leur portant une attention sexuelle ajustent mieux leur couple à ce passage. Si la femme se sent encore sexuellement attractive, elle a tendance à mieux se sentir (Wimberly, Carver et al, 2005). La diminution des relations sexuelles peut davantage renforcer le sentiment de dévalorisation de la femme (Dauchy et Rouby, 2007). Les femmes qui traversent des difficultés avec leur sexualité sont moins satisfaites de leur relation avec leur partenaire (Speer, Hillenberg et al, 2005). La relation au conjoint touché par la maladie est difficile : entre le désir de donner du plaisir et la crainte de ne pas respecter la fragilité de la femme, certains conjoints peuvent avoir de la peine à trouver leur équilibre (Le Mintier, 2004). Il semble que la capacité du partenaire à avoir une sexualité harmonieuse est également un facteur prédictif de l'harmonie sexuelle du couple.

La sexualité du partenaire va dépendre de multiples facteurs : il s'agit d'évaluer s'il présente lui-même des difficultés sexuelles, déjà antérieurement au diagnostic. Il peut également être fortement ébranlé, non pas seulement en raison de son histoire de couple ou

son rapport à l'image corporelle, mais simplement par l'écho de la maladie de sa femme sur son histoire personnelle de vie (Ricadat et Taïeb, 2008). Les recherches publiées jusqu'ici sur la sexualité ont malheureusement souvent négligé le partenaire (Gilbert, Ussher et al, 2010). Dans les couples où le partenaire offre du support et fait preuve de compréhension, les rôles familiaux sont mieux conservés et les relations sexuelles peuvent davantage perdurer (Holmberg et al, 2001). Une mauvaise relation au partenaire explique entre 16 et 30% des difficultés des femmes touchées par le cancer du sein, en ce qui concerne l'excitation, l'orgasme, la satisfaction des relations sexuelles (Speer et Hillenberg, 2005). Un conjoint très impliqué dans les soins va malheureusement difficilement pouvoir sortir de son rôle de « soignant » dans la relation qu'il a avec sa femme, considérée ici comme asexuée (Kelly, 1992). Il risque de continuer à regarder sa compagne comme étant malade (Reynaert, Libert et al, 2006) et non comme partenaire sexuelle (Hawkins, Ussher et al, 2009). Cette « médicalisation » de la relation peut amener une « déssexualisation » de la relation de couple (Bacqué et Baillet, 2009).

2.5.2. Le cancer et les entraves à la vie de couple

Les personnes mariées supportent mieux la pathologie et présentent une meilleure qualité de vie physique et psychique que les sujets seuls. En dépit de cela, les couples, avec l'entrée dans la maladie peuvent rencontrer de multiples difficultés. Le cancer est une atteinte au patient mais également à son conjoint et à la dyade formée par le couple. De nombreuses femmes ont peur que la maladie les sépare. Or, les ruptures conjugales ne sont pas plus fréquentes après un cancer que lorsqu'il n'y a pas de pathologie. En général, lorsqu'un divorce est prononcé, c'est que les relations étaient déjà difficiles avant la maladie. Moley-Massol confirme cette idée lorsqu'elle évoque que, « la maladie agit souvent comme un révélateur de la relation dans le couple, elle exacerbe les conflits comme elle exalte l'amour et renforce l'attachement ». Avoir un cancer ne dégraderait donc pas forcément les liens du couple. Avec le cancer, peut être constatée une augmentation ou, à l'opposé, une baisse de liens entre le couple. Delvaux et Ravazi disent que « les relations de couples sont parfois renforcées par la maladie mais lorsqu'il y a séparation ou divorce, 49 % en attribuent la cause à la maladie ».

3.2.1. Les styles conjugaux face à la maladie grave

Et lorsqu'enfin, à la faveur d'un moment plus calme, ces ressentis pourront s'exprimer, sans doute des pistes, via un accompagnement respectueux et non directif, pourront se dessiner. Cela supposerait un nécessaire travail de deuil d'un « avant » (où le

sentiment de sécurité était lié à la présence et au regard miroir de l'autre) vers un « après » où la personne va se retrouver individualisée, sans l'avoir jamais vraiment expérimenté. La terreur est donc grande de voir disparaître le repère, la base et la protection que l'autre a symbolisés et apportés, la sensation d'être soi-même suffisamment solide et autonome n'ayant été que rarement éprouvée ; pour les couples de longue durée qui ont grandi et évolué ensemble, cette perspective, puis cette réalité, sont insoutenables. Parfois cependant, il arrive que le couple, devant cette nécessité absolue d'exorciser l'angoisse de l'avenir sans l'autre, tente de l'appriivoiser en abordant ce qui ne pourra plus être : les travaux qu'ils ne finiront pas, les projets à deux qu'ils doivent quitter comme un rêve désormais inaccessible, l'amour qu'ils aimaient tant faire ensemble, les endroits où ont été déposés les lettres, les codes, les carnets secrets qu'il faudra lire ou détruire « après ». Dans cette évocation d'un futur où l'autre ne sera plus, un pré-deuil se dessine, dans un apprivoisement de l'impensable, qui oblige à commencer à regarder et à entendre l'impensable. Combien de personnes endeuillées ont pu témoigner de cet espoir qui jusqu'au bout leur a laissé espérer le miracle et les a fait refuser d'évoquer ensemble la possibilité que l'autre soit pris, happé par la mort, enlevé à l'amour, à la chaleur, à la vie qu'un couple fusionnel a passionnément entretenue.

2.5.3. Les couples fusionnels « en circuit fermé »

Lorsque la maladie précipite les conjoints dans une relation croisée d'interdépendance et de proximité corporelle nécessaires au soin, les rôles conjugaux qui fonctionnaient auparavant selon des assignations plus ou moins ritualisées sont dans l'obligation de se réactualiser dans l'épreuve : l'un qui, avant la maladie s'était arrogé le pouvoir décisionnel se retrouve dépendant de l'autre qui, auparavant œuvrait dans l'ombre et à présent reprend le pouvoir... (On y retrouve des couples de type « Bastion » avec des conjoints peu individualisés œuvrant pour une communauté familiale Secure avec un grand sens du devoir et de la répartition sexuée des tâches, mais peu à l'écoute de leurs besoins propres et de ceux de l'autre). La dimension de l'imaginaire érotique ayant été peu investie et explorée, qu'il s'agisse d'adaptation à la maladie invalidante ou d'accompagnement vers la fin de la vie, le contact corporel sera-t-il sans doute de type distant voire évitant ; ce qui pour autant n'empêchera pas une relation dans le soin de type « nursing » et un dévouement jusqu'à la fin du couple.

2.5.4. Les couples co-habitants

Pour les profils de type « parallèle » ou « association », la fusion n'est pas à l'ordre du jour, et la revendication de leur propre singularité s'oppose à une vision sentimentale du lien.

Le côté libre, sans engagements, du type « associatif » ainsi que la mise en couple par défaut, s'ils favorisent l'autonomie et un partage équitable des rôles et tâches, risquent d'impacter l'avenir du couple dans la dimension affective, amoureuse et de soutien. Ils se distinguent par là du couple plus fusionnel et de ses partenaires engagés corps et âme dans le combat pour être ensemble jusqu'au bout de la vie... Cependant, cette individuation importante dans la recherche du bien-être personnel peut permettre à certains couples de moins souffrir de cette épreuve et de trouver de nouvelles solutions d'adaptation et de transformation de leur vie affective et sexuelle. Comme si l'épreuve ne donnait plus d'autre issue que de vivre encore plus intensément...

2.5.5. Les couples conflictuels

Lorsque le couple est déjà fragilisé, la maladie arrive dans une ambiance de conflits, de tensions, de rancœurs accumulées, avec des tentatives successives de rupture que la maladie vient à nouveau réactualiser. Se pose alors la question de réinvestir autrement le couple, ou de le fuir. Mais le conjoint valide se trouve pris dans un conflit de loyauté avec la crainte d'être jugé par le corpus social. Peuvent alors se manifester des sentiments de dégoût, voire de haine face à une maladie invalidante qui plonge la personne atteinte et désormais vulnérable dans une dépendance qui la rend à la merci d'un conjoint perdu depuis longtemps. Le partenaire responsable de la survie de l'autre s'il est encore au domicile se sent piégé, dépendant lui aussi de l'état de santé déclinant de son conjoint. Cercle mortifère que les accompagnants se devront de repérer, apaiser, avec parfois une injonction de séparation et de prise en charge professionnelle préférable à une dépendance non choisie.

2.5.6. Les nouveaux couples : couples décomposés, et couples recomposés

Le couple « décomposé », lui, ne rentre pas dans la classification d'Éric Vidmer. En instance de séparation, ou déjà séparé, ce couple a acté son impossibilité de continuer ensemble lorsque survient la maladie. À la notion symbolique de mort annoncée du couple vient se substituer la réalité physique et concrète de la mort de l'un des deux ; la séparation n'est plus d'actualité, et pour beaucoup, il va s'agir de mettre en place du mieux possible des soins et un environnement excluant toute intimité affective, mais assurant la prise en charge médicale de l'autre dans le respect de sa dignité. Parfois des réconciliations ultimes peuvent avoir lieu, l'imminence de la fin remettant les compteurs du passif du couple à zéro... Les couples recomposés (nouveau couple de partenaires divorcés ou veufs) se caractérisent par une inscription volontaire et partagée dans un projet de renouveau, l'espoir d'un

recommencement. Espoir brutalement stoppé dans son élan vital par le couperet de l'annonce, et venant faire écho à d'autres échecs ou deuils de couples précédents. La maladie fait effraction au rêve qui se brise. La révolte peut être grande et l'accompagnement devient une lutte acharnée pour que la vie subsiste encore, avec un amour posé en valeur absolue comme ultime rempart à la mort... La sexualité peut alors s'exprimer de façon accrue, boostée par l'urgence à vivre encore plus fort.

CHAPITRE 3 : DE LA RELATION D'OBJET AU LIEN AFFECTIF DANS LE COUPLE CONFRONTE A L'HYSTERECTOMIE

3.1 LA THEORIE DE LA RELATION D'OBJET

3.1.1. De l'objet d'amour de Freud a l'objet (petit) de Lacan

Dans Deuil et mélancolie, Freud (1915, cité par Quartier, 1996) déclare qu'il y a deuil lorsqu'il y a manque, absence indue ou intolérable, ou tout simplement déplorable. Ce qui est ainsi absent dans le deuil, selon lui, c'est un objet, « un objet aimé » (p. 190). Il distingue alors trois éléments essentiels impliqués dans le deuil : le manque, l'objet et l'amour. En liant ces éléments entre eux, cet auteur établit une double relation de causalité. L'amour apparaissant comme condition sine qanun du manque et de l'objet. « Ce qui manque est un objet parce qu'il est aimé » (Freud, 1988, p. 261). Donc pour Freud (1915, repris par Quartier, 1996), l'objet manque parce qu'il est un objet aimé, de même qu'il est un objet, parce qu'il est quelque chose d'aimé. Etablissant une relation entre l'amour et l'objet, Freud (1915) affirme que pour que l'objet soit considéré comme tel, il doit être aimé et pris dedans le Moi du sujet amant ; faisant ainsi coïncider, comme le faisait Descartes (1989), l'externe, l'objet avec l'haï et l'interne, le sujet, avec l'aimé. De même, établissant cette fois-ci une relation entre l'amour et le manque, Freud (1915, cité par Quartier, 1996) affirme que, pour manquer, l'objet qui doit être aimé est pris dedans le Moi du sujet amant quand il est aimé. Ce qui l'amène cette fois à distinguer deuil normal de la mélancolie. Selon lui, dans le deuil, ainsi que dans la mélancolie, il y a une réaction à la perte réelle de l'objet d'amour.

Le deuil suppose un investissement d'objet alors que la mélancolie, quant à elle, suppose une identification narcissique avec l'objet et la corrélative ambivalence de sentiments envers lui. Pour Freud (1915), le Moi du sujet mélancolique est identifié avec l'objet absent, objet de son amour et de sa haine, lequel, en étant identifié à lui, demeure à l'intérieur de lui pendant qu'il est aimé et haï par lui, en tant que sur-moi, tandis qu'au contraire, le Moi du sujet en deuil normal n'est pas identifié avec l'objet absent, objet de son amour et seulement de son amour, lequel, en n'étant pas identifié à lui, ne demeure pas à l'intérieur de lui pendant qu'il est aimé. Pendant le deuil, ajoute Freud (1915), le sujet aime dans la mesure où sa libido reste rattachée à l'objet ; et il souffre dans la mesure où sa libido se détache de l'objet auquel elle est rattachée. Quant à l'objet, il demeure à l'intérieur du sujet dans la mesure où la libido du sujet est rattachée à lui. Pour Freud (1915), l'objet, que ce soit dans le deuil normal ou

dans la pathologie mélancolique, demeure à l'intérieur du sujet pendant qu'il est aimé. Et donc, le sujet qui désire ne se confond pas avec l'objet désiré, en général, pour la même raison que le sujet amant en deuil ne se confond pas avec l'objet aimé, dont il fait deuil, à savoir pour la seule raison que l'objet est ce qui manque, l'aimé, tandis que le sujet, l'amant, est celui à qui manque l'objet.

Ainsi donc, si on s'en tient à Freud (1915), en tant qu'objet, le sujet est l'objet aimé et haï, tandis que l'objet, comme tel, est seulement haï. Or, dans l'état de deuil, où le propre de l'objet est d'être aimé, cette vision n'est plus valable, puisqu'il n'y a plus aucun signe distinctif de l'objet ou du sujet qui nous permette de les discriminer : le premier, aussi bien que le second, se caractériserait par être l'aimé et l'haï. Pavon (2008) se rend alors compte que chacune de ces conceptualisations de Freud (1915) suppose une confusion ou une distinction particulière entre l'objet et le sujet, ainsi que de manière indirecte, entre l'amour et la haine, entre le manque et l'excès, et aussi, entre la non-confusion dans la normalité du deuil et la confusion dans la pathologie de la mélancolie. Ce faisant, le manque, défini comme l'absence d'un objet aimé, dont la présence est souhaitable, est tout simplement impossible dans la théorie freudienne ; étant donné que ce qui est aimé ne peut pas être absent s'il est aimé.

Constat qui vient soulever chez Pavon (2008) deux questions obscures concernant le rapport entre l'amour et l'objet d'une part, et entre l'amour et le manque d'autre part. Selon lui, si tant est que pour être considéré comme tel, l'objet qui doit être aimé est pris dedans le moi du sujet amant quand il est aimé, alors à quoi sert donc le monde extérieur pour le sujet, étant donné que dès l'origine l'objet est assimilé à l'extérieur ? De même, si pour manquer, l'objet qui doit être aimé est pris dedans le Moi du sujet amant quand il est aimé, de la même manière, à quoi sert le manque pour le sujet, sachant que l'objet demeure à l'intérieur de lui pendant qu'il est aimé par lui ? C'est ainsi qu'il est amené à reformuler la double relation de causalité, par laquelle Freud (1915) a lié précédemment les trois éléments cardinaux impliqués dans le deuil. En premier lieu,

ce qui manque est un objet, une extériorité, parce qu'il est aimé, aimé et non pas amant, et parce qu'il est aussi haï, expulsé avec haine du sujet ; mais ce qui manque est aussi le sujet, une intériorité, parce qu'il est, en tant qu'aimé et haï, dévoré par le propre sujet, dévoré avec

haine et amour, incorporé à son intérieur, identifié à lui ». Ensuite, « L'objet ne peut pas manquer, ne peut être un objet absent dont la présence est désirable, parce qu'il est aimé, parce que ce qui est aimé ne peut être absent, étant présent par l'amour, par la libido qui se rattache à lui ; mais l'objet ne peut pas manquer, en outre, parce qu'il est aussi haï, parce que la présence de ce qui est haï ne peut être désirable ».

Pavon (2008) découvre que, que ce soit dans le deuil ou dans la mélancolie, l'objet demeure à l'intérieur du sujet pendant qu'il est aimé, qu'il existe chez Freud (1915) deux tendances dans sa conceptualisation de l'objet ; la première centrée sur l'identification et conditionnant l'objectalité et le manque par l'amour, tandis que la deuxième centrée sur la différenciation et conditionne l'objectalité et l'amour par le manque.

3.1.2. De la non-confusion à la confusion des contraires logiques.

Les résultats auxquels Pavon (2008) aboutit lui permettent de comprendre que c'est du rapprochement jusqu'à la confusion des contraires logiques dans les couples amour-haine, objet-sujet et manque-excès, que résulte la mise en question la plus radicale de la distinction de Freud entre le deuil et la mélancolie. Selon lui, trois moments importants sont à mettre en relief dans cette mise en question. Abraham (1924), après avoir précisé que « la mélancolie est une forme archaïque du deuil », reconnaît que « le travail du deuil du sujet normal s'effectue également sous la forme archaïque dans les couches psychiques profondes » (p. 183). Selon lui, seule la séparation spatiale entre la profondeur et la surface maintient l'éloignement, dont dépend la distinction entre le deuil et la mélancolie, entre l'objet aimé qui manque et le sujet haï qui est en excès. Ainsi, dans le deuil, l'objet aimé, absent, qui manque en surface, est en profondeur le propre sujet amant en deuil, sujet mélancolique en tant qu'objet haï, objet excédent, objet présent en tant que sujet.

Pour Mélanie Klein, dans la Position dépressive dans laquelle le sujet se trouve pendant le sevrage et chaque fois qu'il éprouve la perte d'une personne aimée, cette perte provoque nécessairement l'identification du sujet avec lui en tant qu'objet complet, objet de la haine et d'amour. Selon elle, en situation de deuil normal, le sujet est malade ; pour celui-ci, il n'y a pas seulement perte de la personne aimée, les bons objets intériorisés, eux aussi

succombent et sont détruits ; ce qui fait que le sujet ne se contente pas seulement de placer à l'intérieur de soi l'objet qu'il vient de perdre, mais il réinstalle aussi ses bons objets intériorisés. Ceci semble se justifier lorsqu'elle déclare :

La douleur ressentie au cours du lent processus par lequel la réalité est mise à l'épreuve, dans le travail de deuil, semble donc provenir en partie de la nécessité de renouer, certes, des liens avec le monde extérieur et de revivre ainsi, sans cesse, la perte éprouvée, mais aussi, et grâce à cela, de reconstruire anxieusement le monde intérieur que l'on sent menacé de déchéance et d'effondrement » (Klein, 1940, p. 341).

Il ressort des travaux de Klein (1940) que, que ce soit en situation de deuil ou de l'infirmité de la mélancolie, il n'y a aucune séparation qui maintienne l'éloignement entre l'amour et la haine, entre l'objet et le sujet, entre le manque et l'excès. L'objet perdu étant un objet complet, aimé et haï, aussi manquant qu'excessif, mais qui constitue également, dans le deuil non moins que dans la mélancolie, le monde extérieur du sujet. Le deuil normal, comme une impossibilité insurmontable, s'assimile à la mélancolie pathologique, en tant que seule possibilité face à l'impossibilité de la normalité. Lagache (1956), S'inspirant des travaux de Pavon (2008), avait déjà utilisé un concept intermédiaire entre le deuil normal et la mélancolie pathologique. Celui du deuil mélancolique, qu'il définissait comme une forme pathologique du deuil qui emprunterait ses symptômes aux tableaux du deuil et de la mélancolie. Par la suite, en s'intéressant sur l'analyse du moi et des relations d'objet, il conçoit le problème du deuil beaucoup plus comme un problème moral que comme un problème libidinal. S'appuyant sur le cas de Marie, une femme de 44 ans qui présentait un état dépressif après la mort accidentelle de son fils, Lagache (1956) affirme qu'il n'y a ni deuil normal, ni mélancolie psychotique, encore moins une identification du Moi à l'objet aimé et perdu. Pour lui, il y a plutôt une réaction psychologique morbide, ainsi qu'une régression anaclitique sur l'objet archaïque, la mère précœdipienne. En plus, il déclare :

s'il y a conflit du Surmoi avec le Moi, ce n'est pas avec le Moi identifié au mort et transformé en cadavre vivant, c'était avec le Moi

en tant qu'il cherchait à se dégager du mort, autrement dit, du Surmoi maternel, à vivre pour son propre compte, et à substituer au fils perdu un autre objet » (Lagache, 1956, pp. 25-26).

L'identification à l'objet aimé et perdu, apparaissant alors comme le moyen de résoudre le conflit avec le Surmoi maternel projeté sur le mort. De cette façon, la normalité, en plus de se confondre avec la pathologie, se fonde sur elle : la situation véritablement pathologique, la projection et le conflit qu'elle suscite, est préalable à l'introjection qui manifeste la pathologie, laquelle, de son côté, tend à résoudre la situation pathologique. La confusion du sujet avec l'objet aimé et haï, manquant et excessif, pourrait atteindre ici le plus haut degré si le Moi n'était pas immunisé relativement, jusqu'à certain point, contre les projections et introjections qui façonnent le Surmoi.

3.1.3. De la confusion à la non-confusion : le manque-à-être de Lacan

Pavon (2008) découvre que, dans la conception de Lacan, le sujet, grâce à son désir, à son manque-à-être, ne se confond pas avec l'objet, avec ce qui lui manque, avec l'être qui manque, malgré la mise en question de tout ce qui, selon Freud (1915), se fonde sur la non-confusion de l'objet et du sujet. En d'autres termes, le sujet qui désire ne se confond pas avec l'objet désiré, en général, pour la même raison que le sujet amant en deuil ne se confond pas avec l'objet aimé, dont il fait deuil, à savoir pour la seule raison que l'objet est ce qui manque, l'aimé, tandis que le sujet, l'amant, est celui à qui manque l'objet. La deuxième tendance freudienne, allant de l'objet d'amour de Freud à l'objet (petit) a de Lacan, à travers l'objet transitionnel de Winnicott, présuppose le renversement auquel lui a menés la première tendance, tout en le conduisant, dans un mouvement inverse qui est compris dans le concept lacanien de manque-à-être et qui a été erronément simplifié et généralisé par Lagache, à une certaine non-confusion de l'objet et le sujet, une non-confusion présupposée déjà au point de départ dans la première tendance, mais qui apparaîtra, cette fois, en tant que projection, comme le complément nécessaire d'une confusion initiale, inévitable en tant qu'introjection, systématisée, de même que la non-confusion, dans les objets d'amour, transitionnel et (petit) a.

3.1.4. Confusion et non-confusion : Freud, Winnicott et Lacan

3.1.4.1. Freud dans l'objet d'amour

Pavon (2008) distingue quatre phases dans son mouvement de la non-confusion à la confusion chez Freud. Premièrement, dans une logique de l'être, c'est une confusion ou identification totale du sujet avec l'objet. Ensuite, (Freud, 1915) dans une logique de l'avoir, c'est la non-confusion ou différenciation du sujet avec l'objet. Après cela, encore dans une logique de l'être, (Abraham, Klein et Lagache), c'est la confusion ou identification du sujet seulement avec ce qu'il aime, ce qui lui manque. Finalement, de nouveau dans une logique de l'avoir, c'est l'amour proprement dit, l'amour non narcissique, l'amour du sujet, dans sa parcelle d'autonomie et d'originalité, pour ce qu'il n'est pas, ce qui lui manque, ce qui peut lui manquer encore. Pavon (2008) découvre que l'objet transitionnel de Winnicott remplit matériellement le hiatus essentiel entre la confusion et la non-confusion de l'objet et du sujet, ainsi que des autres contraires logiques qui se déduisent de ceux-ci » (p. 203). Selon Winnicott (1971, repris par Pavon, 2008), l'objet transitionnel répond à la frustration propre du sevrage et prend la place du sein ou de l'objet de la première relation, en même temps qu'il précède l'établissement de l'épreuve de réalité et la perception objective.

Lacan (2001, cité par Pavon, 2008) conçoit l'objet (petit) a à partir de l'objet transitionnel de Winnicott. Selon lui, il s'agit de « l'objet du désir » (p. 682), de « ce qui manque à l'homme » (p. 211). Pour lui, pour exister comme sujet, l'homme doit choisir, avec son père, ne pas être avec le sein de sa mère, ne pas être avec l'objet, ne pas être l'objet, ne pas être le phallus de sa mère, bref, ne pas être, manquer d'être. C'est la castration, le manque symbolique du phallus, d'un objet imaginaire avec lequel l'enfant s'identifie; c'est également la privation, le manque réel de l'être, d'un objet symbolique, de ce que l'enfant est symboliquement en tant que phallus ; et finalement, c'est aussi la frustration, le manque imaginaire d'un objet réel, le sein de la mère, le corps de la mère avec lequel l'enfant serait un et tout et par rapport auquel il pourrait au moins être, être un objet, être symboliquement, être le phallus imaginaire de sa mère, être ce qui manque à ce qui manque (Lacan, 2001).

De Freud à Lacan, Pavon (2008) note un renversement subtil, mais drastique auquel aboutissent tous les modes freudiens de confusion entre l'objet et le sujet : « au lieu d'un objet qui manque au sujet parce qu'il est aimé par lui, nous avons maintenant un objet qui est désiré par le sujet parce qu'il lui manque ». Il s'agit là de la « fonction de manque comme constitutive de la relation d'amour » (Lacan, 1991, p. 140), d'une double subordination, d'abord de l'objet et du sujet à l'amour et au désir, ensuite de l'amour et du désir au manque

et au deuil. Ainsi, le sujet existe parce qu'il désire et il désire parce qu'il se manque, tandis que l'objet existe parce qu'il est désiré par le sujet et il est désiré par lui parce qu'il lui manque. Une telle considération du manque, comme phénomène fondamental, dont tout émane, directement, l'amour et le désir, autant qu'indirectement l'objet et le sujet, se trouve suffisamment développée chez Freud de 1949.

Selon Pavon (2008), le remplissage matériel de l'objet transitionnel de Winnicott maintient, d'après Abraham, l'éloignement dont dépend la distinction entre la confusion de la mélancolie et la non-confusion du deuil. Pour lui, si Abraham voulait découvrir la profondeur à partir de la surface, Winnicott veut redécouvrir la surface à partir de la profondeur. Reprenant les idées de Winnicott (1971), Pavon (2008) précise que l'objet transitionnel de Winnicott est à distinguer de l'objet interne de Klein. Selon lui, Winnicott part de Klein, de l'objet interne, extérieur intériorisé déjà confondu avec le sujet, pour arriver, avec son objet transitionnel, intérieur extériorisé pas encore complètement séparé du sujet, à l'objet externe, qui ne se confond plus avec le sujet. Pour Pavon (2008), ce qui manque pour le désir, et que Lacan a conceptualisé comme objet (petit) a, et qui est symbolisé comme être dans sa notion de manque-à-être, apparaît dans sa nécessité comme la seule possibilité de manque face à l'impossibilité de manque dans le deuil. En d'autres termes, dans l'extrême confusion de l'objet et du sujet, qui présuppose un objet total, ne peut pas manquer en tant que sujet, ou objet identifié entièrement avec le sujet ; tandis que, dans la non-confusion, ce sujet doit manquer en tant qu'objet, objet partiel, morceau de sujet différencié du sujet.

Selon Pavon (2008), en décomposant cet énoncé, il aboutit d'une part, dans le deuil, à un sujet absent qui ne peut pas être absent puisqu'il est aimé, puisqu'il doit être présent lorsqu'il est aimé ; et d'autre part, dans le désir, à un objet présent qui ne peut pas être présent puisqu'il est désiré, puisqu'il doit être absent pour être désiré. Ainsi, comme double impossibilité et double nécessité, Pavon (2008) saisit la complexité de la conception lacanienne, laquelle, dans son mouvement de la confusion à la non-confusion, englobe le mouvement inverse, de la non-confusion à la confusion. Dans ce double mouvement, cet auteur voit se reproduire l'enchaînement logique être-avoir-être-avoir qu'il a deviné dans la pensée de Freud, lequel, après sa synthèse dans l'objet transitionnel de Winnicott, récupère Lacan, avec son n'être pas sans avoir le phallus, sa complexité interne, tout en conservant, comme objet (petit) a, le caractère synthétique, intemporel et substantiel qui était propre à l'objet transitionnel.

Parti des travaux de Freud (1915) sur l'objet, Pavon (2008) se rend compte que celui-ci suppose une confusion ou une distinction particulière entre l'objet et le sujet. Ce qui l'amène à reformuler la double relation de causalité, par laquelle Freud (1915) a lié précédemment les trois éléments impliqués dans le deuil, à savoir l'amour, l'objet et le manque. Toutefois, ces théoriciens de la relation d'objet n'ont pas pensé comme J. Puget (1998) qui affirme que le couple n'est pas le produit des identifications croisées des familles, il n'est pas du registre de la relation d'objet, c'est un lien, inédit, créatif mais aussi destructeur. D'où le choix porté sur la théorie de l'attachement qui explique au mieux le lien affectif au sein du couple.

3.2 LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

Le comportement d'attachement, est conçu comme une forme de comportement, simple ou organisé, qui aboutit à la recherche ou au maintien de la proximité à un individu différencié et préféré. Lorsque cette figure d'attachement paraît disponible, le comportement peut se limiter à une vérification visuelle ou auditive dirigée vers cette figure, et à un échange occasionnel de regards. Cependant, dans certaines circonstances, l'enfant peut s'adonner à la recherche de la figure d'attachement, ou chercher à l'attraper, de façons à éliciter chez elle un comportement de soins (careseeking role). Le comportement symétrique du comportement d'attachement, avec une fonction complémentaire de protéger l'individu attaché, est celui de prodiguer les soins (caregiving role). Tel est le rôle du caregiver ou d'un autre adulte ; il est dirigé vers un enfant ou un adolescent, mais il peut aussi être mis en évidence chez un adulte ; vis-à-vis d'un autre adulte, spécialement en temps de maladie, de stress, ou d'âge avancé (Bowlby, 1980 ; Ainsworth, 1985).

3.2.1. Le développement des relations d'attachement

Bowlby (1969/1982, 1973, 1980) expose sa théorie de l'attachement, à travers laquelle il affirme le besoin vital pour l'être humain de se lier de façon affective à autrui, tout en décrivant la façon dont se forment et se maintiennent les liens d'attachement au cours de la vie. Cette approche adopte l'observation et l'analyse de la relation mère/enfant comme point de départ pour comprendre le développement de la personnalité. En effet, il soutient le fait que l'enfant nait social et se construit au moyen des relations avec les personnes significatives qui l'entourent. L'observation de nombreux comportements chez les nourrissons a démontré que ce besoin de proximité au parent est indépendant des besoins physiologiques comme manger et se réchauffer et a plutôt comme fonction la promotion de l'interaction sociale.

Bowlby (1969/1982, p. 265) cité par Tereno, Soares, Martins, Sampaio & Carlson (2007) indique qu'à la naissance, le bébé est équipé d'un nombre de systèmes prêts à être déployés lors des stimulations environnementales. Quelques-uns de ces systèmes comportementaux constituent les piliers de sustentation du développement de l'attachement, parmi ces comportements, nous pouvons citer l'acte de pleurer, d'attraper, la succion, et l'orientation du nouveau-né. Il a également postulé que le système de développement de l'attachement se construit en quatre phases, les trois premières se déroulant durant la première année de vie et la quatrième commençant autour de la troisième année de vie de l'enfant. Ces phases du développement de l'attachement sont :

- **Phase I – Orientation et signaux avec une discrimination limitée des figures (8 à 12 semaines)**

Durant cette phase, le bébé, n'étant pas capable de différencier les personnes (sinon au niveau olfactif et auditif), a tendance à s'orienter de préférence vers les humains en général. Cette tendance, qui promeut et augmente la proximité et le maintien du contact avec ceux-ci, se remarque au travers de comportements instinctifs. L'intensité de ces manifestations comportementales atteint son maximum de sociabilité à douze semaines, puisque c'est le moment où les enfants arrivent déjà à reconnaître la figure humaine et montrent un sourire social intentionnel (Ainsworth, et al. 1978) cités par Tereno, Soares, Martins, Sampaio & Carlson (2007).

- **Phase II – Orientation et signaux dirigés vers une (ou plusieurs) figure(s) différenciée(s) (12 à 24 semaines)**

On assiste à l'apparition d'une réponse différenciée du bébé centrée sur la(les) figure(s) avec lesquelles il commence à établir une relation particulière. Cette phase n'a pas un début très clair, parce que la différenciation des comportements est progressive et en fonction de certaines figures, et peut se terminer au-delà de six mois selon les circonstances.

- **Phase III – Maintien de la proximité avec une figure différenciée par locomotion et d'autres signaux (6 à 36 mois).**

Cette période est caractérisée par des avancées significatives, au niveau du développement moteur, cognitif et socio-émotionnel, dans l'organisation des systèmes comportementaux. Les nouvelles compétences, principalement la locomotion, permettent au bébé une exploration plus intense de son entourage. Une plus grande activation du système

d'exploration, à cause de l'augmentation du risque qu'elle comporte pour la sécurité du bébé, rend impérative la structuration du système d'attachement, qui vise à protéger l'enfant.

- **Phase IV – Formation d'un partenariat réciproque corrigé quant au but (après 36 mois).**

Graduellement, on assiste à l'abandon d'une position égocentrée de la part de l'enfant, qui aboutit au moment où il commence à être capable de prendre en compte le point de vue de la figure d'attachement. En conséquence, il peut commencer à penser que ses sentiments et ses motivations, ses buts et ses plans peuvent influencer le comportement de sa figure d'attachement. Dans ce sens, on parle d'un système corrigé quant au but. L'enfant, recourant à une sorte de carte mentale encore élémentaire, commence à concevoir la figure d'attachement comme une personne indépendante, permanente dans le temps et l'espace, se mouvant dans un continuum spatial et temporel de façon plus ou moins prévisible. La qualité de ces expériences interactionnelles (particulièrement au niveau du langage), ainsi que les compétences acquises vers la décentration du point de vue de l'enfant, sont en relation avec le succès ou l'échec à soutenir la proximité et la communication avec les figures d'attachement (Soares, 1996) cité par Tereno, Soares, Martins, Sampaio & Carlson (2007).

3.2.2. Les Patterns d'attachement

Mary Ainsworth (1978) a beaucoup contribué à l'apport des études de l'attachement, notamment en trois domaines : A- le concept de base de sécurité ; B- l'importance du rôle de la figure d'attachement ; et C- la notion de sensibilité maternelle aux besoins et aux signaux du bébé. La notion de base de sécurité désigne le fait pour la figure d'attachement de représenter un support à partir duquel le bébé peut explorer le monde avec confiance. La perception intérieure d'une relation sécurisée avec la figure d'attachement fonctionne comme un ancrage qui permet au bébé d'activer son système d'exploration. Dans cette ligne d'idée, la sécurité dans l'attachement est définie comme un état de confiance quant à la disponibilité de la figure d'attachement (Ainsworth, et al. 1978). D'après Soares (2002), l'investigation d'Ainsworth et al (1978) a mis en évidence que le modèle de sécurité fournie par la figure d'attachement dans un contexte relationnel se transforme en confiance dans la relation du « self » avec la figure d'attachement et, postérieurement, en confiance dans le « self ». C'est dans ce sens que l'auteur conçoit l'espace relationnel comme organisateur de l'attachement.

Cette hypothèse appelle une évaluation validée des patterns d'attachement, laquelle a été opérationnalisée au travers du procédé de laboratoire connu sous le nom de Situation

Etrange. Mary Ainsworth et ses collaborateurs ont développé ce type de procédé sur la base d'une recherche de terrain en Ouganda (Ainsworth, et al. 1973, 1978) et d'observations réalisées dans le contexte familial au long de la première année de vie aux Etats-Unis (Ainsworth, et al. 1978). Suite à cette étude longitudinale et aux observations à domicile, les mères et les bébés ont été observés en laboratoire avec le paradigme expérimental de la Situation Etrange, conçu pour évaluer l'organisation de l'attachement et le comportement exploratoire dans un contexte non familial et générateur d'un niveau modéré de stress. La Situation consiste en une série de huit épisodes, qui incluent des séparations et des réunions entre l'enfant et sa figure d'attachement, ainsi que l'introduction d'un adulte étranger dans la pièce d'observation.

L'évaluation de la qualité des relations d'attachement se base sur la fréquence et la durée des comportements interactifs entre l'enfant et la figure d'attachement pendant les épisodes de réunion, après une brève séparation (recherche de proximité, maintien du contact, résistance au contact). Les enfants sont classés dans une de ces quatre catégories : groupe A : attachement insécurité évitant ; groupe B : attachement sécurisé ; groupe C : attachement insécurité ambivalent ou résistant (Ainsworth, et al. 1978) ; ou groupe D : attachement désorganisé/désorienté (Main & Solomon, 1990). La validité et la fiabilité de ce procédé ont été démontrées pour les enfants d'âges compris entre 12 et 18 mois.

Dans la Situation Etrange, un attachement sécurisé se reflète par l'utilisation active et la confiance de l'enfant envers la figure d'attachement pour réguler ses émotions (Sroufe et Waters, 1977). Ces enfants se laissent facilement aller à l'exploration quand ils sont en présence de cette figure d'attachement et ne se méfient pas excessivement de l'adulte étranger. Quand ils sont menacés ou angoissés par la séparation, ils signalent leur besoin directement, cherchant activement la proximité et le contact avec la figure d'attachement, qui apparaît pour eux presque immédiatement tranquillisante. Les émotions négatives (angoisse ou colère), exprimées durant la séparation ou pour communiquer ses besoins au caregiver, n'interfèrent pas avec l'exploration renouvelée et le partage d'émotions positives avec la figure d'attachement.

Les enfants avec une relation d'attachement insécurité évitant paraissent se confronter à l'augmentation de l'activation physiologique induite en situation de laboratoire par la mise en jeu d'un contrôle excessif de l'émotivité (Main, 1981). Ils se lancent dans l'exploration, en interagissant affectivement très peu avec la figure d'attachement, en ne partageant pas l'enthousiasme pour un jouet ou pour un succès, et en faisant preuve d'une discrimination

minime dans le traitement de la figure d'attachement et de la figure étrangère. Plus notable encore est le fait que ces bébés n'initient pas activement l'interaction ou la recherche de contact avec la figure d'attachement après la séparation, et que les émotions négatives (la colère par exemple) sont exprimées indirectement au travers de l'évitement et de l'absence de réponse.

L'attachement insécurité ambivalent ou résistant se caractérise par une inefficacité à obtenir la sécurité de la part de la figure d'attachement, malgré des efforts répétés pour la solliciter. Les bébés avec des histoires d'attachement résistant peuvent se sentir méfiants face à l'étranger et montrer une exploration pauvre, en pleurant fréquemment ou en cherchant le contact avec la figure d'attachement même avant la séparation. La simple présence du caregiver ne paraît pas les tranquilliser. Les séparations sont extrêmement stressantes et les bébés peuvent confondre la recherche de contact avec l'agressivité, la tension corporelle et les pleurs persistants lors de la réunion avec la figure d'attachement. L'anxiété et la colère exprimées interfèrent avec les tentatives du bébé pour obtenir du réconfort grâce à la proximité, et les empêchent d'explorer leur environnement. Le manque de confiance vis-à-vis de la figure d'attachement est évident.

Le groupe de bébés avec un attachement désorganisé/désorienté, un pattern plus récemment découvert, met en évidence une série de réponses comportementales indirectes ou mal dirigées, dans le contexte de la Situation Etrange. La désorganisation de l'attachement a été associée à des comportements parentaux très perturbés et terrifiants (frightened/frightening) pour les enfants qui vivent une situation de stress. Dans ces conditions, la figure parentale peut générer la peur et l'appréhension, en mettant l'enfant dans une situation de conflit insoluble, puisque la source d'apaisement est aussi la source de la peur, et que l'enfant ne peut simultanément rechercher et fuir sa figure d'attachement (Main & Hesse, 1990). Les trois patterns de base de l'attachement (attachement sécurisé, évitant et résistant) ont été observés au sein de cultures occidentales et non occidentales, en Afrique, en Chine, en Israël, au Japon, en Europe (Angleterre, Allemagne, Suède, Espagne, Portugal ainsi qu'en Amérique du Nord et en Amérique du Sud (Canada et Etats-Unis, Mexique et Colombie). Dans ces cultures, la majorité des enfants présentent des relations d'attachement sécurisé. Des variations culturelles spécifiques ont encore été observées pour les distributions insécurité et leurs sous-groupes.

3.3 L'ATTACHEMENT CHEZ L'ADULTE

3.3.1. La base de sécurité chez l'adulte.

Le concept de base de sécurité, forme aboutie de la recherche de proximité, restait pour Bowlby le concept central. Il y a un certain nombre de ressemblances avec l'enfant (Water et Cummings, 2000). Il s'agit tout d'abord d'un phénomène interpersonnel, orienté vers une ou quelques personnes spécifiques (Hazan et coll., 2004). L'équilibre « recherche de proximité/exploration » restait pour Bowlby le principe fondateur de l'attachement sécurisé. Cette notion de sécurité de l'attachement dérive de l'évaluation de la disponibilité des relations d'attachement dans les moments de besoin et de l'utilisation de ces relations comme d'une base de sécurité et d'un havre de sécurité (Waters et coll., 2002). Le havre de sécurité est le phénomène le plus étudié chez l'adulte : il est conceptualisé comme un mécanisme de réponse à une situation de crise (Waters et Cummings, 2000). La base de sécurité est, en revanche, beaucoup moins étudiée chez l'adulte. Ainsworth (1991), Marvin et Britner (1999) et Grossmann et coll. (1999) insistent sur le rôle croissant de l'exploration au fur et à mesure du développement alors que l'importance du système d'attachement diminue dans les conditions normales.

Une activité exploratoire qui est à la fois capable de rechercher la nouveauté tout en restant organisée ne peut survenir que lorsque le sujet est sûr de la disponibilité de sa figure d'attachement et qu'il n'expérimente ni la peur ni la détresse ou toute condition qui réveillerait un besoin urgent de rejoindre ce que Feeney et Collins (2004) appellent sa « base » (home base). Il y a trois groupes de stimuli qui activent le système d'attachement chez l'adulte :

toute situation de perte ou de séparation de la figure d'attachement (Mikulincer et coll., 2002) ou de danger concernant la figure d'attachement ou soi-même (Simpson et Rholes, 1998) ; les événements qui génèrent anxiété et/ ou doute sur soi (Kobak et coll., 1993 ; Simpson et Rholes, 1998) ; les conflits et les défis de la vie (Feeney, 2004 ; Kobak et coll., 1993). Deux situations sollicitent particulièrement le système d'attachement de l'adulte : s'occuper d'une figure d'attachement en situation de détresse ou d'incapacité (Feeney et Hohaus, 2001) et devenir parents pour un couple (Feeney, 2004)

Le phénomène de base de sécurité chez l'adulte est également différent de ce qui est observé chez le jeune enfant. Il est caractérisé par un changement crucial qui est la réciprocité (Ainsworth, 1991). Chaque partenaire d'une relation d'attachement peut à la fois fournir et recevoir du soutien, de l'attention et de la sécurité (Collins et Feeney, 2000). Les systèmes

motivacionnels impliqués dans l'attachement chez l'adulte comprennent, outre les systèmes d'anxiété/vigilance, d'attachement et d'exploration, celui du caregiving, qui contribue à la nature bidirectionnelle du comportement de base de sécurité chez l'adulte (Collins et Feeney, 2000). La capacité de négociation des conflits est un autre élément essentiel du phénomène de sécurité chez l'adulte, reflet du partenariat corrigé quant au but (Pietromonaco et coll., 2004).

Le conflit augmente les besoins de l'individu d'avoir un support émotionnel de la part de sa figure d'attachement : si chaque partenaire de la dyade a des perceptions positives de soi et des autres, s'il s'engage dans une communication ouverte et flexible et s'il reste ouvert à la perspective de l'autre dans le conflit, alors on peut s'attendre à une attitude et à un discours qui restent constructifs et cohérents. La place de l'autonomie est encore peu étudiée chez l'adulte. Les adultes sécures peuvent choisir, de manière flexible, de faire face aux menaces de manière autonome (en s'appuyant sur leurs ressources et compétences propres) ou en s'appuyant sur les autres, sans avoir alors le sentiment d'être en échec ou vulnérable (Mikulincer et Shaver, 2004). Si le besoin d'un contact physique réconfortant ne disparaît cependant jamais entièrement, en particulier en situation stressante, les adultes sont souvent capables de trouver du réconfort simplement à partir du seul fait de savoir que leurs figures d'attachement peuvent être contactées si besoin. Le comportement de base de sécurité est relativement intermittent chez les adultes : il peut être subtil, souvent uniquement verbal (Mikulincer et Shaver, 2007). Holmes (2001) évoque l'existence du phénomène de zone interne de sécurité : il renvoie à un schéma vers lequel on se tourne en cas de besoin comme élément de régulation émotionnelle.

L'activation de cette zone interne de sécurité peut provenir de l'évocation de pensées réconfortantes, de comportements autocalmants qui réduisent le besoin de faire appel aux figures d'attachement externes ou à leurs représentations. Shaver et Mikulincer (2004) proposent un modèle de l'attachement normatif et des stratégies conditionnelles chez l'adulte en différents « modules » fonctionnels. Un premier module représente la recherche de proximité qui suit l'activation du système d'attachement (la stratégie primaire du système d'attachement) : il inclut la surveillance et l'évaluation des événements menaçants. Un deuxième module représente la recherche et l'évaluation de la disponibilité de la figure d'attachement et les conséquences bénéfiques que représente cette stratégie primaire. Un troisième module représente le choix de la stratégie conditionnelle (hyperactivation anxieuse ou désactivation évitante), en réponse à l'indisponibilité ou à la non-réponse de la figure

d'attachement. C'est un choix en dehors de la conscience et qui est influencé par les expériences antérieures du sujet.

Le modèle est affecté par le contexte (type de dangers ou de menaces, informations actuelles sur la disponibilité ou non de la figure d'attachement et sur l'efficacité des stratégies possibles dans la recherche de proximité et de protection d'une figure d'attachement dans cette situation particulière). Il est aussi affecté par les dispositions personnelles : les modèles internes opérants (MIO) de soi et des autres qui biaisent la perception des informations contextuelles. Dans ce modèle compte autant la réalité (le contexte actuel dans lequel le système d'attachement est activé) que le fonctionnement psychologique associé aux MIO. En cas de menace de séparation, les couples sécures recherchent plus les contacts physiques et les maintiennent (Simpson et Rholes, 1998 ; Fraley et Shaver, 1998). Ressentir du stress conduit les partenaires sécures à rechercher plus de soutien, émotionnel et concret, de leur figure d'attachement (Collins et Feeney, 2004). Penser à sa propre mort entraîne la recherche de proximité de ses figures d'attachement (Mikulincer et Shaver, 2007). La disponibilité physique de la figure d'attachement a un effet apaisant lors d'expériences plus moins stressantes ou douloureuses (Coan et coll., 2006).

Lors d'une expérience stressante, l'évocation consciente ou automatique (techniques de priming), en dehors de sa présence, d'une figure d'attachement soutenante, a un effet calmant et apaisant (Mc Gowan, 2002). Feeney (2007) montre que le phénomène de base de sécurité est source d'autonomie : une relation sécurisée donne au sujet soutenu plus de capacités à réaliser ses objectifs personnels et plus de volonté de résoudre des tâches concrètes avec ses seules compétences.

3.3.2. Fonctionnalité et intégration des MIO à l'âge adulte

Les MIO sont des construits cognitivo-émotionnels, plus ou moins facilement accessibles, qui sont automatiquement activés chaque fois que des événements liés à l'attachement surviennent. Une fois activés, ils jouent un rôle important en modelant, de manière automatique, les patterns de réponse émotionnelle, cognitive et comportementale. Les MIO jouent un rôle sur la manière dont les sujets pensent à propos d'eux-mêmes et de leurs relations, au travers des processus d'attention, de mémoire, d'adaptabilité et de sociabilité. Ils guident le sujet dans la construction de ses expériences interpersonnelles, en donnant sens à ses relations. Les réponses émotionnelles sont particulièrement importantes.

Lorsque des événements pertinents quant à l'attachement surviennent, les MIO initient une réponse émotionnelle immédiate et largement automatique (processus d'évaluation primaire). Le type spécifique d'émotion qui sera éveillé et choisi est déterminé par l'évaluation secondaire des options possibles en réponse à l'événement déclenchant. Des réactions émotionnelles intenses vont conduire les individus à s'appuyer sur des schémas déjà appris et non pas à traiter l'information de manière maîtrisée et ouverte (Mallinckrodt, 2000). Chaque fois que les MIO sont activés, ils sont à l'origine de projets et de tendances à l'action, jouant le rôle de « patrons » automatiquement activés. Ils fournissent des sortes de « kits » de stratégies comportementales qui fonctionnent selon les règles « si – alors » pour atteindre les objectifs pertinents quant à l'attachement. Ainsi, une fois la situation sociale évaluée, la réponse comportementale du sujet peut être surdéterminée, particulièrement dans les conditions de stress et d'éveil.

Le modèle actuel le plus consensuel est le modèle bi-hiérarchique emboîté (nested model ; Collins et coll., 2004). Au sommet de la hiérarchie, on trouve le modèle par défaut (default model), qui correspond aux représentations les plus générales au sujet de soi et des autres, une sorte de résumé de l'histoire des expériences avec les figures d'attachement clés. Ce niveau général d'intégration des MIO s'applique à une large gamme de situations pertinentes quant à l'attachement : on le désigne sous les termes de métareprésentation, style général d'attachement ou style primaire d'attachement. Plus bas dans la hiérarchie, on trouve les modèles « domaines-spécifiques » qui correspondent à des types particuliers de relations (parent–enfant, amoureuses, etc.).

À un niveau inférieur se trouvent des modèles « relations-spécifiques » qui correspondent aux relations particulières. Ces niveaux hiérarchiques peuvent être dénommés qualité d'attachement ou style d'attachement secondaire. Ce modèle est encore complexifié par la probable existence, au sein d'un même niveau hiérarchique, d'une autre division « modèle général/modèle spécifique » : par exemple au sein du modèle général « les amis », le modèle d'un ami particulier. Au sein de ce modèle existerait un autre niveau de complexité lié au contexte. Ces contextes spécifiques varieraient selon la figure relationnelle concernée, le niveau de stress contextuel, le domaine spécifique sur lequel porte la demande d'aide et activeraient différents modèles de travail à l'origine de différents comportements du phénomène de base de sécurité (Hazan et coll., 2004). Enfin, il faut différencier, au sein de chaque niveau, le registre implicite (procédural) ou explicite (sémantique et épisodique) des

MIO qui influenceront chacune des réactions du sujet confronté à une activation de son système d'attachement (Collins et al, 2004).

Pour un certain nombre de sujets, les éléments conscients et inconscients (automatiques) peuvent être totalement incohérents. Enfin, il faut différencier l'approche interpersonnelle et intrapsychique de ces représentations. Le degré auquel un individu se sent sécure dans une relation spécifique est, en partie, lié à sa propension générale à se sentir sécure ou insécure (un style général d'attachement) et, en partie, aux traits de la relation spécifique (Collins et al, 2004). Un autre niveau de complexité de l'organisation des MIO chez l'adulte est celui de la fonctionnalité du réseau des MIO, c'est-à-dire de l'accessibilité des MIO. Cette notion traduit le degré auquel un « construit » psychologique est facilement activé et amené à la conscience (Collins et al, 2004). À l'origine des travaux de priming, elle permet de voir les différences individuelles comme autant liées à l'accessibilité qu'au contenu en soi des MIO. Si l'intégration des MIO sous la forme d'un métamodèle est probable, le processus d'intégration et sa fonctionnalité restent encore hypothétiques. (Collins et al, 2004) proposent trois modèles possibles. Le modèle indépendant ne postule les modèles « général » et « relations-spécifiques » influencent les devenirs de l'attachement par des voies indépendantes : on peut parler d'effets additifs sur le comportement et ces effets n'ont pas besoin d'être convergents ; dans ce modèle, on prédit que le modèle général continue d'être actif et d'être utilisé comme guide, même en présence d'un modèle relationnel plus spécifique.

Le deuxième modèle postule que les modèles sont en interaction. Les effets du modèle général sont modérés par ceux du modèle « relations-spécifiques » : l'impact du modèle général va dépendre des circonstances relationnelles actuelles. Le troisième modèle est un modèle médiationnel dans lequel les effets des modèles généraux d'attachement sur le comportement sont médiatisés par les modèles spécifiques. Ces modèles généraux exercent leur influence sur le fonctionnement actuel en modelant le développement des modèles relations-spécifiques. La fonctionnalité de ces modèles semble liée au contexte dans lequel est plongé le sujet : plus le contexte sera émotionnellement stressant, plus les MIO précoces et les plus automatiques, c'est à-dire les moins conscients, seront activés et domineront le tableau (Dornes, 2000).

3.3.3. Les styles d'attachement chez l'adulte

Les styles d'attachement chez l'adulte se définissent comme des patterns systématiques d'attentes, de besoins, d'émotions, de stratégies de régulation émotionnelle et

de comportement social. Ces styles sont considérés comme des « indicateurs de surface » des différences dans l'attachement qui sont liées à la cognition, à l'émotion et aux tendances comportementales et qui sont partiellement inconscientes. Ils captent les modèles internes opérants les plus conscients et portent sur des relations spécifiques actuelles (pairs et partenaires amoureux ; Shaver et Mikulincer, 2002). Ces styles d'attachement ont cependant une pertinence clinique, comme le montre Mikulincer et Shaver (2007). Les sujets ayant un style sécure ont plus de chances d'avoir une meilleure estime de soi, un sentiment de compétence ou d'efficacité personnelle et interpersonnelle plus élevé, un sentiment d'achèvement et d'accomplissement personnel plus fort, plus de satisfaction professionnelle, moins de « Burn out » au travail, un meilleur état de santé général et, en particulier, une meilleure régulation du stress. Les indicateurs de sécurité sont associés avec plus de facilité à résoudre les conflits et à y faire face de manière flexible, avec moins de sentiment de solitude, et plus de relations amicales considérées comme satisfaisantes.

Les sujets sécures ont un modèle des autres positif sans naïveté excessive ; ils recherchent les relations et les souhaitent proches tout en voulant être autonome ; ils ont un modèle de soi positif avec une vue réaliste de leurs points forts et de leurs vulnérabilités. Ils font face aux problèmes avec un équilibre flexible entre leurs compétences propres et l'aisance à demander de l'aide quand ils n'y arrivent pas par leurs propres moyens. Ils sont tout aussi capables d'aider que de demander de l'aide et de la recevoir. Les sujets sécures valorisent leur travail mais ne permettent pas que cette activité se fasse au détriment des autres relations personnelles.

Les sujets préoccupés ont une image négative de leur soi, dont ils doutent qu'il puisse être aimé. Ils ont, en même temps, une vision idéalisée et positive des autres, tout en ayant toujours le sentiment d'être déçus par eux. Ils ont le sentiment d'avoir peu de contrôle sur leur vie et recherchent de manière excessive les relations proches avec les autres. Ils sont dépendants des autres pour leur propre estime de soi. Les sentiments de colère et de détresse sont intenses et les réactions négatives intenses aux stress environnementaux, en particulier à ce qui évoque la perte ou l'abandon, les conflits chroniques. Les préoccupés ont souvent un comportement contrôlant sur leurs figures d'attachement avec une peur constante d'être abandonné ou de la perte. Les sujets préoccupés se servent du travail pour gagner le respect des autres (Tereno, Mintz & Guédeney, 2009).

Les sujets détachés évitants ont une vision positive défensive de leur soi, couplée à une vue négative des autres, envers qui ils se montrent méfiants et suspicieux. Ils ont du mal

avec les émotions négatives, qu'ils traitent par la mise à distance, la minimisation ou la dévalorisation, tout en valorisant l'indépendance et le détachement émotionnel. Ils donnent plus d'importance à leur accomplissement personnel qu'aux relations. Les relations avec les proches sont émotionnellement distantes. Ils préfèrent travailler seuls et peuvent utiliser le travail pour éviter les relations proches (Tereno, Mintz & Guédeney, 2009). Les sujets ayant un style craintif ont une image négative de leur soi vécu comme solitaire et non désiré, et une image négative des autres. Le craintif montre des niveaux élevés de détresse et d'anxiété mais il se retire en cas de stress. Il ne montre ses besoins de soutien qu'indirectement ou dans des situations extrêmes, quand il n'est plus capable de contrôler l'expression de ses émotions. Les sujets craintifs désirent des relations soutenantes dont ils ne sont jamais satisfaits. Alors qu'ils voudraient s'ouvrir aux autres, ils se voient eux-mêmes comme non aimables, et sont très soucieux du fait qu'ils ne trouveront jamais quelqu'un qui les aime vraiment. Ils sont particulièrement sensibles aux perceptions de menace et ressentent des niveaux élevés de détresse et d'anxiété même lorsqu'il s'agit de stress modérés (Tereno, Mintz & Guédeney, 2009).

3.3.4. La relation d'attachement chez l'adulte

La relation d'attachement chez l'adulte est un lien affectif durable au sein duquel le partenaire est considéré comme un individu unique, non interchangeable et dont on a envie de rester proche (Ainsworth, 1991). De nombreux auteurs ont tenté de définir les caractéristiques générales que devrait posséder une relation interpersonnelle pour être considérée comme une relation d'attachement (West et Sheldon Keller, 1994 ; Hazan et Shaver, 1987): maintien de l'accessibilité, détresse à la séparation lorsque celle-ci est imposée, joie ou plaisir lors des retrouvailles, sentiment de solitude au sens physique et d'absence en cas d'éloignement trop fort et attentes d'un futur partagé. La fonction de l'attachement – la recherche d'une base de sécurité et d'un havre de sécurité – reste stable tout au long de la vie, bien que les moyens pour y parvenir se modifient et évoluent avec l'âge (West et Sheldon, 1994). La sécurité des relations réciproques et symétriques de partenaires adultes, construite principalement sur la communication verbale, est différente de la sécurité de la relation asymétrique parent-enfant, basée sur le système d'attachement préconscient et préverbal (Blom et van Dijk, 2007).

3.3.5. Figures d'attachement chez l'adulte

Les adultes ont typiquement de multiples relations dont ils peuvent tirer un soutien. Bartholomew (1997) montre que les sujets du tout-venants ont un réseau de 3 à 6 figures

d'attachement qui incluent typiquement un partenaire amoureux quand il existe, les deux parents, un ou plusieurs membres de la fratrie et un ou plusieurs amis. Ils soulignent qu'il est probablement avantageux, à l'âge adulte, de pouvoir se tourner vers différentes figures d'attachement, selon la nature de la situation stressante et/ou la forme de soutien désiré. Hazan et Zeifman (1999) ont créé le *Who To*, qui demande aux sujets interrogés de nommer les personnes qu'ils considèrent comme l'objet principal des quatre comportements suivants : maintien de la proximité (la personne dont ils veulent le plus être proches et passer du temps avec), le havre de sécurité (vers qui ils se tournent en cas de détresse ou quand ils n'ont pas le moral), la détresse à la séparation (détester être éloigné, sentiment de manque en cas d'éloignement) et base de sécurité (compter sur l'autre pour être là en cas de besoin).

3.3.5.1. Figures d'attachement en dehors du réseau privé

Bartholomew (1997) a montré les caractères communs entre les relations de sécurité et le concept de support social : la recherche de soutien social est parallèle à la recherche de proximité dans l'enfance. Les attentes sur la disponibilité générale du soutien semblent, pour certains, refléter une caractéristique stable de la personnalité qui est « le sens du soutien » : pour Collins et Read (1990), un des traits de l'attachement adulte est « la capacité de voir les autres comme sûrs et disponibles pour apporter du réconfort et du soutien ». D'autres types de relation commencent à être étudiés, ouvrant de nouvelles perspectives sur la compréhension de la fonctionnalité des réseaux sociaux autres que le réseau privé. L'étude des phénomènes de leadership illustre l'apport de la théorie de l'attachement à la compréhension de la dynamique du monde sociétal et du travail. Popper et Mayseless (2003) reprennent les postulats d'Ainsworth (1991) et d'Hazan et Zeifman (1999), qui considèrent que la théorie de l'attachement peut s'appliquer à toute relation d'adulte qui remplit les critères suivants : le maintien de la proximité, la fourniture d'un havre de sécurité et celle d'une base de sécurité. D'autres figures que les figures privées représentent des sources potentielles ou réelles de réconfort et de soutien et peuvent donc devenir des figures d'attachement. Davidovitz et coll. (2007) appellent ces figures d'attachement des figures d'attachement spécifiques au contexte (*context specific*).

Les leaders des groupes organisés (les responsables, les autorités politiques ou religieuses, des professeurs, des superviseurs ou des officiers militaires) peuvent jouer le rôle d'un « caregiver plus sage et plus fort » qui fournit une base de sécurité et un havre de sécurité pour ceux dont il est responsable (Popper et Mayseless, 2003). Les leaders qui jouent vraiment un rôle de leader ont en général les qualités suivantes (Mayseless et Popper, 2007) :

- ils sont capables de répondre rapidement et adéquatement à ceux qui les suivent ; ils sont capables de fournir des conseils, de l'aide et un soutien émotionnel et concret aux membres du groupe ;
- de soutenir la créativité, l'initiative et l'autonomie de ceux qui sont sous leur autorité;
- ils peuvent renforcer l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle de leurs affiliés, ils soutiennent leurs souhaits d'affronter de nouveaux défis et d'acquérir de nouvelles compétences. Toujours selon Popper et Maysel (2003), les affiliés occupent une place qui partage certains traits avec ceux d'un enfant dépendant et vulnérable. Se tourner vers un leader pour lui demander soutien et aide dans les moments difficiles ou menaçants reflète l'activation du système d'attachement des affiliés.

Les périodes de crise personnelle ou collective, de traumatisme ou d'incertitude favorisent le besoin d'un leader fort. L'incapacité d'un leader ou sa nonvolonté de répondre de manière sensible aux besoins de ceux qu'il a en charge peut entraîner insécurité et démoralisation ou rébellion chez ceux qui le suivent (Mikulincer et Shaver, 2007). Cette insécurité accentue la détresse et la vulnérabilité des affiliés, soulève des doutes sur leur propre efficacité, active les défenses psychologiques et interfère avec la performance, la croissance et l'adaptation. L'insécurité altère la relation et la transforme en une relation dysfonctionnelle, conflictuelle et mutuellement hostile qui est source d'échec, et pour le leader, et pour l'affilié. Du point de vue de l'attachement, le facteur clé dans l'échec du leader à prendre sa place est le développement de liens insécures avec ceux dont il a la charge. Ce sont principalement des équipes israéliennes (idem ; Davidovitz et coll., 2007) qui étudient l'impact de l'attachement sur la motivation à être un leader, à être considéré par les autres comme un leader potentiel, et les liens entre attachement et caractéristiques de l'exercice de la fonction de leader d'une part, et attachement et qualité des relations leader affilié d'autre part.

Les groupes, les institutions et les personnages symboliques (comme Dieu) peuvent être considérés comme une base et un havre de sécurité (Kirkpatrick, 1999). Les études sur le phénomène de la croyance religieuse portent surtout sur la religion chrétienne (idem) et sur la religion bouddhiste (Mikulincer et Shaver, 2007). La théorie de l'attachement apporte ainsi un nouvel éclairage aux processus de groupe, en particulier dans le monde du travail et de la vie citoyenne, en s'intéressant aux processus de négociation, de marchandage, de prise de pouvoir, de prise de décisions par les responsables et aux questions plus larges de société,

d'économie et de politique, dans tout contexte de recherche d'une aide ou d'une sécurité auprès d'une figure spécifique, dans les moments de détresse.

3.3.6. Parents d'attachement

Le lien d'attachement avec les parents persiste tout au long de la vie (Ainsworth, 1991). En témoignent les réactions des adultes à la perte de leurs parents. En revanche, leur place dans la hiérarchie des figures d'attachement change naturellement, du fait de l'apparition de nouvelles figures d'attachement spécifiques de l'âge adulte (Kobak et coll., 2005). Les parents semblent servir de figures d'attachement de réserve et sont réutilisés activement chaque fois que l'enfant adulte franchit une étape du développement (parentalité) ou rencontre de sérieuses difficultés (divorce, maladie ; Mikulincer et Shaver, 2007).

3.3.7. Relation de couple

Hazan et Shaver (1987) ont été les premiers à considérer l'amour romantique comme un processus d'attachement. Les adultes amoureux créent des liens affectifs, analogues en plusieurs points à ceux qui se créent entre les enfants et leurs caregivers, qui reflètent leurs modèles opérants du soi et des autres. Shaver et Hazan (1993), suggèrent que la théorie de l'attachement peut éclairer quelques aspects de l'amour romantique chez les adolescents et les adultes, en particulier en ce qui concerne les différences systématiques de comportement et les défenses psychologiques suscitées par les relations. Le partenaire amoureux représente, après un certain temps de relation qui semble se situer autour de 2 ou 3 ans, la figure d'attachement principale pour la majorité des sujets tout-venant, dans les sociétés occidentalisées.

Au cours de ces deux ou trois années, le lien d'attachement se développe en plusieurs étapes (Hazan et Zeifman, 1999). Le pré-attachement constitue la première étape : c'est la période initiale de « flirt ». Le lien d'attachement n'existe pas encore à ce stade mais la nature des relations durant cette phase – les baisers, les échanges œil à œil prolongés, les relations sexuelles – favorise le développement d'un lien d'attachement ultérieur si le but de ce flirt n'est pas uniquement la satisfaction sexuelle. La composante sexuelle va apporter une motivation pour le développement de relations sociales et servir de catalyseur pour diriger l'attention vers de futurs partenaires. L'attrait sexuel favorise la construction d'un lien d'attachement et se trouve renforcé par celui-ci. L'attachement en voie de constitution représente la seconde étape, celle où « l'on tombe amoureux ». Pendant cette période, la proximité physique n'est plus motivée uniquement par l'attraction sexuelle mais par la

recherche d'une intimité plus générale, qui procure une source de sécurité. Les échanges commencent à concerner les émotions, et chaque partenaire du couple dévoile ce qu'il ressent en donnant des informations sur sa propre histoire avec ses expériences douloureuses et ses peurs. Ces échanges permettent de tester la réponse de l'autre et qu'ainsi chacun devienne un support émotionnel pour l'autre.

Le lien d'attachement est véritablement observé pendant la troisième étape, celle où « l'on est amoureux ». L'attraction sexuelle a moins d'importance et les échanges émotionnels prennent une grande place dans les liens. À partir de la répétition des expériences qui, à travers ces échanges, procurent du réconfort, de la sécurité, le lien amoureux est associé à la réduction du stress au sens biologique du terme, au calme, à la sérénité. Le système opioïde semble être le médiateur de ces sentiments. Le partenaire devient alors le « havre de sécurité » vers lequel se tourner en cas de besoin, tandis qu'apparaissent les manifestations de détresse à la séparation d'avec celui-là, signes d'un attachement installé. La quatrième étape est caractérisée par le partenariat corrigé quant au but ; il s'agit de « la phase de post romance ». La nécessité d'une proximité physique et tous les comportements qui favorisaient le développement d'un lien d'attachement diminuent. L'énergie psychique utilisée pour l'établissement du lien d'attachement peut se tourner à nouveau vers l'extérieur puisque l'assurance d'un lien d'attachement dans une profonde interdépendance émotionnelle existe. En effet, comme pour les enfants et leurs parents, il existe dans le couple une balance entre système d'attachement et système exploratoire. C'est quand cette sécurité émotionnelle est construite dans le couple qu'apparaît une profonde détresse en cas de séparation des deux partenaires.

Hazan et Shaver (1987) suggèrent que les trois patterns d'attachement identifiés par Ainsworth peuvent aider à décrire les relations entre partenaires d'attachement dans un couple. Les adultes avec un style d'attachement sûr trouvent relativement aisé de faire confiance aux autres, de s'ouvrir émotionnellement et de s'impliquer dans des relations intimes à long terme. Ceux qui présentent un style anxieux sont incertains quant au fait d'être aimés ou pas, dignes d'amour ou susceptible d'être protégés. Cette incertitude craintive explique leur vigilance excessive, leur besoin de réassurance, leurs protestations fréquentes et leur jalousie. Ceux qui présentent un style évitant ont appris, afin de se sentir relativement sûr, à majoritairement s'appuyer sur eux-mêmes et à ne pas rechercher ouvertement le soutien d'un partenaire, y compris lorsque (et en particulier s'il y a des enfants) un tel soutien est nécessaire à la survie et au développement optimal (Schachner et coll., 2003). Pour Hazan

et Shaver (1994), l'approche théorique attachementiste de l'amour chez les adultes aide à expliquer les réactions émotionnelles puissantes qui accompagnent les ruptures dans les relations, que ce soit une séparation, un divorce ou un décès.

3.3.8. Attachement et choix du partenaire

La relation de couple met en jeu quatre systèmes de comportement : celui de la reproduction, celui de l'attachement, celui de la sexualité et enfin celui du système de soins parentaux. Lorsque l'on interroge des sujets sur les qualités qu'ils recherchent chez leur partenaire « idéal », on trouve le plus fréquemment la sensibilité (sensitivity) et la compétence à répondre aux besoins d'attachement de façon satisfaisante (responsiveness). Ces qualités, qui rappellent celles d'une figure d'attachement adéquate, sont citées bien avant les qualités physiques, le statut social ou la fortune. D'autres études (Berscheid et Reis, 1998) ont montré que les adultes vont spontanément vers ce qui leur est familier pour créer des relations d'attachement. Il semble que cela soit lié à l'effet de patron (template) de leurs propres modèles internes opérants. Il semble ainsi qu'un adulte choisira d'autant plus souvent un partenaire qui saura réduire son inconfort en cas de stress, le rassurer, être là, s'il a fait l'expérience de parents disponibles le rendant sécure. Dans le cas contraire, il choisira un partenaire qui respectera ses modalités défensives.

Certains auteurs (Kenrick et coll., 1993) ont essayé de comprendre pourquoi il existait des différences quant aux qualités privilégiées dans le choix de leurs partenaires selon que les sujets s'engageaient dans une relation à long terme ou ne se projetaient qu'à court terme. La motivation liée au système d'attachement serait particulièrement importante dans le premier cas parce que ce partenaire doit être un bon « compagnon » pour le sujet et également, le plus souvent, un futur parent de qualité. Ainsi, tout adulte rechercherait dans son partenaire sexuel les qualités qui feraient de lui un bon parent pour leurs futurs enfants. À travers le lien d'attachement, le partenaire d'une relation stable joue le rôle de source primaire de sécurité physique et émotionnelle. C'est en s'appuyant sur celle-ci que des adultes projettent la possibilité d'avoir des enfants. Ces hypothèses sont particulièrement développées dans les modèles évolutionnistes (Simpson, 1999).

3.3.8.1. Attachement et qualité des relations de couple

Une meilleure qualité de la relation est perçue par les sujets sécures et par ceux qui ont des partenaires attachés sur un mode sécure. Les conséquences émotionnelles des interactions sécures avec d'autres personnes significatives conduiraient à une orientation positive vers le

fait de rechercher à être ensemble, l'organisation d'objectifs d'interaction selon des modèles d'intimité et de proximité, ce qui, en retour, encourage l'implication des sujets dans des relations conjugales à long terme. Les représentations mentales positives de soi et des autres, qui caractérisent le sentiment de sécurité, permettraient le développement d'une organisation cognitivo-affective pour la résolution de conflit et donc le maintien de relations maritales satisfaisantes. Enfin, le sentiment de sécurité de l'attachement favorise la satisfaction psychologique d'autres systèmes motivationnels (par exemple l'exploration, l'affiliation, le caregiving) au sein de la relation, ce qui conduirait à augmenter la satisfaction conjugale (Mikulincer et coll., 2002).

L'attachement chez l'adulte offre une relation particulière avec une autre personne qui est perçue comme disponible, vers qui l'on peut se tourner pour trouver un support émotionnel et qui est capable de répondre aux besoins d'attachement – cette dernière qualité étant primordiale (West et coll., 1987). De plus, la disponibilité de la figure d'attachement et la perception du partenaire de cette disponibilité ne sont pas toujours concordantes : le partenaire peut parfois la trouver inadéquate alors qu'elle est présente à un niveau élevé. Enfin, les caractéristiques personnelles peuvent rendre difficile l'utilisation par le sujet de ses relations d'attachement, particulièrement dans les moments de stress (West et coll., 1987). Collins et Feeney (2000) ont montré comment la recherche de soutien et du caregiving est cruciale pour le développement des sentiments de confiance et de sécurité dans les relations intimes. L'engagement sera activé si le sentiment de sécurité est menacé de façon à ce que, si les sujets ont à affronter des événements perçus comme stressants ou menaçants, ils aient tendance à désirer ou à rechercher le contact avec les figures significatives.

Dans les relations les plus sécurisées, un partenaire signale son besoin de manière claire et conséquente jusqu'à ce qu'il y ait une réponse, réalisant une approche directe de l'autre partenaire pour obtenir de l'aide ou du soutien. Le soutien reçu est réconfortant : l'adulte est à même de rétablir son équilibre émotionnel et de retourner à une activité normale et à l'exploration. En donnant un soutien en tant que base de sécurité, l'autre partenaire se montre intéressé et ouvert pour détecter les signaux, pour reconnaître que le partenaire a un besoin ou une détresse, en interprétant correctement le besoin et en donnant une réponse appropriée dans un temps adéquat. L'aptitude à répondre de manière sensible à l'un des partenaires n'a pas besoin de correspondre exactement aux préoccupations de l'autre partenaire, du moment que les réponses prennent en compte le bien-être du partenaire et de la relation dans son ensemble. Pour qu'un partenariat romantique puisse évoluer vers une relation d'attachement,

il semble que les adultes aient besoin d'interactions répétées du type de base de sécurité (Crowell et Treboux, 2001).

3.3.8.2. L'attachement dans le système du couple

Les individus sélectionnent souvent les environnements qui confirment leurs regards sur le monde (Kirkpatrick et Shaver, 1992), mais les expériences relationnelles peuvent invalider les modèles opérants existants (Rothbard et Shaver, 1994). Les partenaires du couple peuvent soit maintenir des modèles opérants existants, soit favoriser le changement pour le meilleur et pour le pire (Jonhson et Best, 2003, Chon et coll., 1992). Si l'autre partenaire a un attachement sécurisé, cette expérience de chaleur et d'interaction sensible confirme le modèle existant du partenaire sécurisé et invalide les modèles existants du partenaire insécure qui peut progressivement les reformuler (Miljkowitch, 2009). Un couple dont l'un des membres au moins est insécure peut aussi éroder le sentiment de sécurité des deux membres. (Feeney, 2003). Les cycles destructeurs de poursuite-mise à distance (un conflit pour réguler la proximité et contrôler le climat émotionnel de la relation) peuvent en partie être maintenus en raison des perceptions négatives de l'intention des autres (ByngHall, 1999).

En effet, selon Johnson (2002), la théorie de l'attachement est actuellement de loin la plus prometteuse pour expliquer les enjeux affectifs en cause dans les relations amoureuses des adultes. Il a été reconnu que les partenaires d'un couple, qui ont un attachement sécurisé, jouissent d'un lien dynamique, affectueux et dans lequel ils trouvent et alimentent l'intimité, le bien-être et la sécurité ; en plus, ces liens s'appuient sur une profonde interdépendance psychologique et physiologique. Les théoriciens de l'attachement ont souligné que, peut-être en raison de cette interdépendance, la façon dont le partenaire peut faire défaut à répondre à temps à un besoin urgent de « réassurance » ou encore ne répond pas de façon « suffisamment rassurante » pour le partenaire dans le besoin, semble affecter de façon disproportionnée la relation d'attachement (Simpson et Rholes, 1994).

Des événements apparentés à un attachement négatif, particulièrement des abandons et des trahisons, causent apparemment souvent des dommages irréparables aux relations intimes. En effet, plusieurs partenaires entrent en thérapie non seulement parce qu'ils sont en détresse, mais aussi avec le but de mettre fin à certains événements relationnels douloureux, ce qui contribue largement à augmenter l'intimité et la confiance. Ces événements appelés « blessures d'attachement » sont toujours vécus avec intensité de la part du partenaire blessé, beaucoup comme à la manière d'un « flash-back » traumatique accablant le partenaire blessé. Ainsi, lorsque l'autre partenaire manque à répondre d'une façon « suffisamment réconfortante

» ou encore lorsque le conjoint blessé ne peut s'ouvrir à cette tentative de l'autre, la blessure se complexifie.

La notion de « blessures d'attachement » ne s'attarde pas tant sur le contenu spécifique de l'événement douloureux que sur la signification accordée à ces événements. C'est pourquoi l'approche thérapeutique proposée pour accompagner les couples en difficulté, et mentionnée précédemment, reconnaît que F« l'EFT » peut être une voie précieuse pour dénouer les blessures liées à l'attachement, même si le concept de « blessures d'attachement » a émergé de l'observation des impasses dans le processus de thérapie des couples où les relations s'étaient améliorées, mais qui ne se rétablissaient pas de leur détresse et ce, malgré les thérapies centrées sur les émotions (Greenberg et Johnson, 1988; Johnson, 1996). La théorie de l'attachement se réfère, dans certains cas, à des niveaux beaucoup plus profonds de blessures d'abandon où les affects en présence sont, il va sans dire, beaucoup plus aigus. Lorsque les individus sont en proie à de tels niveaux d'angoisse originant de blessures plus profondes, ils sont aussi plus vulnérables, et éprouvent plus de difficulté à maîtriser leurs émotions (Johnson, 2002). Les perturbations de l'affect sont centrales dans toutes les descriptions de « stress traumatique ». Les blessures liées aux relations d'attachement qui résultent d'un manque à répondre émotionnellement et à temps à un besoin aussi significatif pour un partenaire « déjà blessé », peuvent équivaloir à un trauma, avec « un petit t » (Johnson, 2002).

3.4 REAMENAGEMENT DU LIEN CONJUGAL

Nous abordons ici le processus dynamique à l'œuvre dans le lien conjugal tel que l'ont décrit plusieurs auteurs. Dupré la Tour (2005) a décrit l'histoire du couple selon quatre étapes majeures : la rencontre et l'instauration, qui correspond à la « mise en place du lien avec ses collusions défensives » (Dupré la Tour, 2005, p. 44). Cette première période se caractérise ainsi par la mise en place de la première enveloppe du couple, les frontières entre les conjoints s'atténuent, les différences sont niées ou minimisées grâce à un processus d'idéalisation qui conforte la séparation d'avec les parents de l'enfance. C'est la période de la constitution du « Soi conjugal » décrit par Eiguer (1984) comme « l'instance narcissique et le réservoir pulsionnel conjugal, lieu de mise en commun des énergies personnelles » (Eiguer, 1984, p. 47).

Lacas (1993) décrit, quant à lui, le narcissisme de couple pour rendre compte de la centration du couple sur lui-même pendant la phase de « lune de miel » : « le lien d'alliance narcissique, qui est essentiellement fusionnel, y est vécu soit comme réalisé, soit comme désiré imaginativement (idéalement). L'union des deux membres du couple « veut » être vécue

comme unité » (Lacas, 1993, p. 25). Les prémices de la crise constituent la deuxième étape et correspond à « la création de symptôme de couple » ; Cette étape laisse place tout naturellement au moment de la crise à proprement parlé. La résolution de la crise se caractérise par deux destins possibles : l'évitement de la crise ou son dépassement. Ces deux destins sont particulièrement dépendants, selon Dupré la Tour (2005), de la capacité du couple à élaborer le processus de différenciation psychique à l'intérieur du couple qui suit la période d'idéalisation initiale. Pour l'auteur décrit deux conditions nécessaires à cette élaboration : la constitution, lors de la période d'instauration du couple, d'une enveloppe suffisamment contenant et étayante, le couple devant lui-même être étayé par un environnement contenant tout en lui laissant son autonomie. Nous percevons bien ici cette dynamique de contenant-contenu décrite par Bion comme « l'idée d'un contenant dans lequel un objet est projeté et l'idée d'un objet qui peut être projeté dans le contenant, objet que je désignerai du terme de contenu » (Bion, 1962).

Pour Dupré la Tour (2005), le dépassement de la crise permet ainsi

une maturation des conjoints par élaboration ou réorganisation des éléments pris dans la collusion. Cette maturation permet un lien plus solide avec ce partenaire-là ou avec un autre, et crée de nouvelles collusions ouvrant sur un remaniement de l'organisation défensive (Dupré la Tour, 2005, p. 44).

Ce phénomène d'idéalisation initiale du partenaire rejoint ce que Smadja (2011) a décrit des deux phases du couple : la phase de « lune de miel » qui correspond aux débuts de la vie amoureuse, et la « crise du couple » qui constitue pour l'auteur un véritable travail psychique de deuil. La phase de « lune de miel » est ainsi décrite comme « structurante pour la dyade et maturante pour les deux partenaires » (Smadja, 2011, p. 138). Une analogie avec la position schizo-paranoïde de Klein (Klein, 1946) est proposée par Smadja, l'objet amoureux étant représenté tel un objet partiel, clivé en bon et mauvais objet, l'aspect mauvais, persécuteur, serait alors dénié et projeté sur l'extérieur. Cette première phase de la constitution du couple est également rapprochée de « l'illusion groupale » tel que l'a décrite Anzieu (1971) pour les groupes. Ainsi, l'illusion groupale désigne un « état psychique particulier caractérisé par un sentiment d'euphorie que les groupes en général expriment à certains moments » (Smadja, 2011, p. 138). Elle instaure un narcissisme groupal et provoque

la mise en place d'un moi-idéal groupal qui viendrait se substituer au moi-idéal individuel des participants. Cette idéalisation permet aux partenaires de se sentir comme fusionnés l'un avec l'autre, de construire une frontière entre le couple et le monde. Cette phase symbiotique et fusionnelle est décrite comme nécessaire au couple :

Ainsi, nous pourrions dire que cette phase de « lune de miel » instaurerait, pour chacun des partenaires, le couple comme groupe naissant, objet d'investissement essentiellement narcissique inaugurant un « narcissisme conjugal » ou « Soi conjugal » (Smadja, 2011, p. 139). La deuxième phase décrite par Smadja rejoint celle de Dupré la Tour (2005) en constituant une rupture de l'idéalisation et du clivage avec le retour des pulsions agressives. Tout comme la première phase, ce deuxième temps est une étape indispensable pour le couple, lui permettant un accès à l'ambivalence, nécessaire au bon fonctionnement de la relation d'objet mais qui peut devenir difficilement supportable pour certains couples, tel que nous allons le décrire maintenant.

3.4.1. La crise du couple

Nous avons donc pu voir que l'histoire du couple traversait deux phases essentielles : une première étape d'idéalisation permettant la constitution du narcissisme du couple et la construction des frontières structurantes de celui-ci ; et une deuxième étape que nous développerons ici, constituant un moment de désillusion et de retour des pulsions agressives, à l'origine de la crise du couple. Erickson (1968) est l'un des premiers auteurs à avoir développé la notion de « crise » en psychologie. Ainsi, il propose une analyse des moments de crise du processus de développement, c'est-à-dire des crises « naturelles », principalement rattachées à des périodes de maturation biologiques telles que l'adolescence ou le devenir parent (Erikson, 1968). À la fin des années 1970, la notion de crise fait un retour en force avec les travaux de Kaës qui la définit comme « le changement brusque et décisif dans le cours d'un processus » (Kaës, 1979, p. 14). Cette définition ne se limite donc pas aux transitions développementales naturelles mais bien aussi à « des formes de crises de vie sur lesquelles une organisation psychique, mise en place et fondée sur l'utilisation de certains mécanismes de défenses ou d'aménagements, bute sur sa limite et la limite des systèmes de compensation que le sujet avait mis en place » (Roussillon, 2012, p. 8). Ainsi, ces formes peuvent se retrouver au moment d'un accident de vie ou bien d'une rupture sentimentale par exemple.

Ruffiot (1984) est l'un des premiers auteurs à s'être penché sur ce moment de crise conjugale. Ainsi il parle du désamour comme de l'équivalent d'une désillusion groupale. Il décrit la crise du couple comme une souffrance de l'appareil psychique conjugal et propose

une interprétation purement groupale de la crise duelle (Ruffiot, 1984). À la suite de Ruffiot (1984), Anzieu (1986b, 1996) décrit également la crise du couple comme une désillusion, qu'il a métaphorisé autour de la « scène de ménage ». Dans la continuité d'Anzieu, Estellon (2010), reprend les développements sur la scène de ménage dans un couple, qu'il définit comme une « véritable folie à deux impliquant une joute verbale en jeux de miroirs où ni l'un ni l'autre ne souhaite écouter de façon réfléchie. La scène de ménage est épuisante, excitante » et comme nous allons le voir « (...) chez certains, elle devient une scène rituelle qui cimente le lien » (Estellon, 2010, p. 27). Ainsi, la crise du couple ou la scène de ménage aurait quatre destins possibles :

Dans une première configuration, l'autre peut être rendu responsable de la désillusion : « c'est de la faute de l'autre si l'émerveillement amoureux réciproque et originaire a disparu ». Dans ce cas de figure, l'accès à l'ambivalence est impossible et la scène de ménage amorce un processus de rupture du couple (Anzieu, 1996, p. 256). Dans un deuxième cas de figure, un des partenaires va prendre un amant afin de revivre l'illusion amoureuse initiale et s'échapper d'un « système gémellaire étouffant » en revivant « la fascination amoureuse à l'égard d'une tierce personne tout en essayant de maintenir, avec la stabilité du couple premier, la constance de. Une troisième possibilité décrite par Anzieu consiste pour le couple à « transformer son espace imaginaire, en réorganisant ses rapports internes et avec l'extérieur, en devenant un système relativement ouvert, avec un cadre ferme et souple favorisant le plus grand développement personnel de chacun compatible avec le plus grand développement personnel possible de l'autre » (Anzieu, 1996, p. 257). Ainsi dans ce cas de figure, le couple peut accéder à l'ambivalence une fois admise la désillusion et la défusion, et permettre une diminution des scènes de ménage. Une partie de la libido se déplace du couple vers l'extérieur.

La peau commune intra couple subsiste également, mais allégée ; elle n'est plus exclusive ; chaque partenaire se dote au sein du couple d'un moi-peau singulier (...). L'idéalisation cède la place à l'identification projective ; la passion à la tendresse ; le désir d'expériences nouvelles au charme de répéter l'expérience connue (Anzieu, 1996, p. 257). Enfin le quatrième destin décrit par Anzieu concerne des couples pour lesquels la scène de ménage devient un aspect habituel de la relation intra couple. Ainsi, les partenaires ne peuvent se résoudre à se séparer mais la haine devient le sentiment qui « soude paradoxalement l'unité dyadique » :

Le huit clos exacerbe l'hostilité (« L'enfer c'est les autres »), qui est détournée du monde extérieur et retournée sur le couple (...). L'amour de l'autre est remplacé par l'amour de cette haine. : l'amour est préférable à la haine, mais, à défaut d'amour, la haine paraît préférable à l'indifférence » (Anzieu, 1996, pp. 257-258).

Dans son ouvrage sur les états limites, Estellon (2010) a montré que cette quatrième configuration se retrouvait de façon plus fréquente chez des personnes présentant une personnalité de type borderline qui seraient amenées à « systématiser cette modalité pathologique de relation » (Estellon, 2010, p.24), personnes pour lesquelles la question des limites entre « ce qui est à moi », « ce qui est à toi » et « ce qui est nous » est plus délicates à appréhender du fait des angoisses d'empiétement qui l'accompagnent, que chez d'autres couples. Comme nous l'avons développé précédemment, Dupré la Tour (2005b) a cherché à décrire les différentes phases rendant compte de la dynamique conjugale. Elle a ainsi décrit l'étape de la crise conjugale dont nous allons décrire maintenant les modalités. Pour l'auteur, la crise se déclenche à partir d'un événement particulier, que nous supposons anodin ou non, mais dont le contenu latent va venir révéler la structure sous-jacente du couple. Ainsi, l'auteur a décrit deux niveaux étroitement liés à considérer dans toutes crises de couple :

- Le niveau de la désillusion, déjà évoqué par Ruffiot (1984) et Anzieu précédemment (1996). La désillusion constitue un véritable travail de deuil. Elle est décrite comme une réélaboration nécessaire des projections qui ont été faites sur le conjoint et le couple.

- Dupré la Tour (2005) poursuit son développement en décrivant un deuxième niveau, celui du retour du refoulé et du dévoilement de la structure du couple. Ainsi la crise constitue non seulement une forme de désillusion, mais elle vient également mettre en exergue les raisons même de la mise en couple, le plus souvent, « par le retour de ce qui avait été mis de côté, par l'échec de la défense par la collusion » (Dupré la Tour, 2005b, p. 47). Ainsi, c'est le retour du refoulé qui provoque l'aversion envers ce qui était apprécié si fort en son partenaire au début de la relation. Le dépassement de la crise ne peut s'envisager que dans la présence de ces deux niveaux, de ces deux étapes successives :

Le dépassement des crises dans le lien n'est possible que si la désillusion a pu avoir lieu, si l'entité couple tient et fournit un étayage au lien. Bon nombre de couples font seuls le travail de dépassement (Dupré la Tour, 2005b, p. 47). Le dépassement des crises implique

donc une véritable réorganisation, un réaménagement du lien conjugal à travers la reconstitution du lien, de nouvelles collusions et également de nouvelles crises qui devront être également dépassées. Pour cela, Dupré la Tour (2005b) décrit ce travail psychique de dépassement des crises comme un organisateur de la psyché de chacun des conjoints :

Le travail psychique du lien dans le couple n'est jamais terminé, car il a à retravailler les identifications dans un processus continu de changement. Il est soutenu dans cet effort par le désir de durée et l'érotisation de la relation, condition primordiale pour que les conjoints puissent continuer à investir le lien, à le faire travailler et à s'investir dans les périodes de crises (Dupré la Tour, 2005b, p. 49). Cette succession illimitée du travail psychique inhérent aux crises conjugales rejoint également les travaux de Zenatti (2008) qui évoque « une continuité de crises maturatives à élaborer ». C'est cette continuité qui permettra alors la reconnaissance de la différence des sexes et des générations ainsi que l'intégration de la bisexualité psychique au sein du couple (Zenatti, 2008, p. 17).

Nous avons mentionné précédemment l'analogie évoquée par Smadja (2011) de la position schizo-paranoïde pour décrire la phase d'idéalisation du partenaire, caractéristique de la période de la « lune de miel » des débuts de la relation. Concernant la crise du couple, l'auteur évoque cette fois-ci un accès à une forme de position dépressive, toujours en référence aux travaux de Klein. En effet, l'objet amoureux, sujet à ce phénomène de désillusion devient un objet total et la relation amoureuse accède à l'ambivalence et donc à la position dépressive (Klein, 1934). Comme dans la théorie kleinienne, Smadja (2011) décrit dans le couple l'apparition de sentiments de culpabilité, d'un besoin de réparation et de la capacité à se soucier de l'autre :

Chacun est renvoyé à la réalité douloureuse de l'altérité de l'objet amoureux, de sa variabilité, de son pouvoir, de son impossibilité de le contrôler et de le posséder, mais aussi de sa propre dépendance à son endroit, si blessante narcissiquement (Smadja, 2011, p. 140). Comme la mère vis-à-vis du bébé, c'est bien la réalité psychique du sujet qui est modifiée et non la réalité objective de l'objet amoureux : « celui-ci n'a pas changé, c'est l'objet amoureux interne qui paraît faillir, ressenti alors comme étant insatisfaisant » (Smadja, 2011, p. 139) Smadja écrit deux types de causalités susceptibles d'être à l'origine d'une crise de couple. La première cause rejoint le retour du refoulé tel que nous l'avons décrit dans la théorie de Dupré la Tour (2005). En effet, Smadja (2011) évoque « l'évolution maturative de l'un des deux partenaires qui le pousse à désirer secondairement la satisfaction pulsionnelle contre laquelle il s'est protégé au départ en choisissant son partenaire » (Smadja, 2011, p. 141). Comme le

décrivait Dupré la Tour (2005), c'est ce retour du refoulé qui va parfois amener des sujets à reprocher à leur partenaire les raisons mêmes qui les avaient poussés à se mettre en couple avec lui. Le deuxième type de causalités pouvant être à l'origine d'une crise conjugale concerne les épreuves et étapes potentiellement critiques dans l'histoire du couple. Ainsi par « épreuves et étapes potentiellement », l'auteur fait référence à tous les événements – qu'ils soient heureux ou malheureux – susceptibles de représenter des blessures narcissiques, des deuils ou traumatismes :

Ces derniers pouvant engendrer une culpabilité œdipienne chez son auteur, et des mouvements d'envie chez son partenaire, déclenchant un état critique conjugal. Toutes ces situations pourront réactiver des conflits psychiques, des angoisses multiples, prégénitales (persécutives, dépressive) et œdipienne notamment, mais satisferont aussi des désirs d'accomplissement, de complétude narcissique, des fantasmes de toute puissance (Smadja, 2011, p. 141). Parmi ces « événements » possibles, Smadja (2011) évoque l'institutionnalisation du couple (Pacs, mariage), la cohabitation ou l'installation dans un espace commun, le départ des enfants ou encore le passage à la retraite. Parmi ces événements, la naissance d'un enfant nous intéresse tout particulièrement. Nous en décrirons les modalités théoriques dans la deuxième grande partie de notre revue de la littérature.

Enfin, nous terminerons cette partie sur la crise du couple par les développements de Robert (2015) qui a décrit l'équilibre du couple comme la capacité de celui-ci à vivre les déséquilibres dans une recherche constante d'espace psychique individuel et groupal. Selon l'auteur, c'est l'enveloppe et la libido qui font tenir un couple. Ainsi la libido se caractérise dans le couple comme un équilibre entre les mouvements de pulsions d'amour et de tendresse, maintenant une tension permanente entre le désir sexuel et l'état amoureux. C'est cette tension au sein du couple qui permet le maintien des liens.

3.4.2. Le contrat narcissique

La théorie psychanalytique considère que l'individu a besoin d'établir des relations stables avec les autres pour se sentir exister. Cette relation repose sur un certain nombre de processus parmi lesquels le contrat narcissique. Aulagnier (1975), à travers ce concept cherche à rendre compte des réalités qui influencent la constitution psychique des sujets appartenant à un ensemble. Ainsi, l'individu a besoin d'être reconnu par ses proches et son entourage pour construire des interactions fructueuses avec ceux-ci, pour s'inscrire dans la société en tant que Sujet désirant. Quelles sont les effets de ce contrat sur le destin des sujets ? De quoi est-il constitué ? Voilà en quelque sorte ce que l'auteur nous propose, en s'inspirant

et en complétant les auteurs comme Freud (1914), Pontalis (1963), Anzieu (1966) et Kaës (1970).

Didier Anzieu admet qu'il existe deux modèles de référence pour l'étude de la dynamique des groupes : le modèle de Kurt Lewin et celui issu de la psychanalyse. Il critique l'approche de Lewin tant sur l'aspect de l'analyse des résistances au changement que sur celui du diagnostic. Selon lui, l'explication dynamique « ne considère le groupe que comme un système de forces, alors que l'explication psychanalytique opère à la fois en termes de force et de sens », notamment grâce à une exploration de l'imaginaire du groupe. Ainsi, le dynamisme de Lewin ne ferait que renforcer les défenses des membres contre les pulsions inconscientes du groupe : le résultat serait alors superficiel (changements de rôles, optimisation de la communication et du travail en équipe) et peu durable : une perturbation endogène ou exogène d'un nouveau type viendra troubler la nouvelle économie du groupe, sans que celui-ci n'ait appris comment se transformer pour y répondre. Le risque serait alors de créer une idéologie du "bon chef" et du "bon groupe" (moi idéal du groupe) aliénante pour ses membres (Tomasella, 2014, p. 5).

D'autre part, pour Anzieu (1966), Pontalis (1963) et Kaës (1966), repris par Tomasella (2014, p. 6), il existe un inconscient de (et dans le) groupe. Le fonctionnement groupal et son recours à l'autoréférence seraient une défense contre l'acceptation des processus inconscients qui y sont à l'œuvre. Ils en arrivent à poser l'existence d'une "illusion groupale" : tout groupe se réfère, à son insu, à une illusion, une croyance, un mythe qui fonde sa cohésion apparente. Trois hypothèses structurent leurs recherches :

- Pontalis (1963) : le groupe a valeur d'objet psychique pour ses membres, qui l'investissent de pulsions et représentations inconscientes.
- Anzieu (1966) : comme le rêve, le groupe est un espace psychique qui permet la réalisation imaginaire de désirs infantiles ou actuels ; de ce fait, tout groupe se construit sur un fantasme sous-jacent, qui le spécifie.
- Kaës (1970) : le groupe existe en tant que réalité psychique singulière et possède un appareil psychique groupal qui régule l'ensemble grâce à des organisateurs fantasmatiques inconscients, ordonnant la relation de l'individu avec l'ensemble.

Bien que tous ces auteurs mentionnent la dimension imaginaire du groupe, ils ne font pas allusion à ce qui assure la pérennité et sa permanence dans le temps. Ce qui amène Freud,

cité par Aulagnier (1975, p. 189),   évoquer le concept du leader du groupe et le Moi-idéal. Selon lui, l'avenir du groupe et sa pérennité résident dans la fonction que ce leader peut jouer au sein du groupe. Cette hypothèse est battue en brèche par Aulagnier (1975, p. 189) qui estime que, indépendamment de la fonction que peut jouer le leader du groupe et le moi-idéal (Freud), c'est la condition même d'existence de l'ensemble d'être porté par un modèle idéal, aimantant vers lui une partie de la libido narcissique des sujets, qui assure la pérennité le groupe. Selon elle, L'existence de l'ensemble présuppose que la majorité de ses éléments voient dans les exigences de son fonctionnement ce qui, si elles sont intégralement respectées, permettrait d'atteindre l'ensemble idéal. La croyance en cet idéal s'accompagnera de l'espoir dans la permanence et dans la pérennité de l'ensemble. Dès lors, le sujet pourra, sans jamais y réussir complètement, établir une identité entre possibilité de pérennité de l'ensemble et désir de pérennité de l'individu. Seul le premier se présente comme réalisable, c'est pourquoi à la source de l'investissement du modèle idéal on découvre la participation d'un désir d'immortalité, auquel cet investissement s'offre comme substitut.

Travaillant sur la psychose, Aulagnier constate que, dans la plupart des anamnèses psychotiques, la réalité sociale est à l'origine d'un accroissement de rejet, de mutilation, de haine, de dépossession ; problématiques psychotiques qui sont mises en actes dans la relation de l'ensemble vis-à-vis du couple, et non plus seulement fantasmées. D'autre part, ces dernières années, elle a pu se rendre compte que certaines familles psychotiques réussissent à garder un équilibre, bien qu'instable, qui ne se maintient, tant bien que mal, aussi longtemps qu'elle peut éviter tout affrontement direct avec le discours des autres et ce, grâce à la mise au silence de ce qui se parle au-dehors. Ces différents constats amènent cette auteure à s'interroger sur la place du registre socioculturel dans la constitution du psychisme de l'enfant, ainsi que sur ce qui, dans le groupe, assure sa pérennité et enfin, les potentielles conséquences et de quelle manière un conflit entre le couple parental et l'ensemble affecteraient la constitution psychique de l'enfant.

En donnant de l'importance à la fonction métapsychologique du registre socioculturel; c'est-à-dire à la réalité socioculturelle et à son influence dans la constitution du psychisme, Aulagnier (1975) postule : la relation des parents avec l'enfant comporte la trace de la relation du couple parental avec le milieu social dans lequel ils sont inclus et dont le couple partage les idéaux ; le discours du couple parental anticipe et pré-investit la place que l'enfant va occuper dans le discours social même avant la naissance de celui-ci, et il investit également cette place avec l'espoir que l'enfant transmettra le modèle socio culturel en vigueur ; du côté de l'enfant

(futur sujet), celui-ci a besoin de trouver dans le discours social les références identificatoires qui vont lui permettre de se projeter vers l'avenir, de sorte que, au moment de s'éloigner du support fournit par le couple parental, il ne perde pas le support identificatoire du discours social dont il a besoin ; s'il y a un conflit entre le couple des parents et leur environnement social, le psychisme de l'enfant peut faire coïncider ses représentations fantasmées (de rejet, d'agression, toute-puissance ou exclusion) avec ce qui se passe dans la réalité sociale. De même, si le couple parental vit une oppression sociale, ce conflit des parents avec leur entourage social aura une influence sur la possibilité d'élaboration des énoncés identificatoires du discours socioculturel de la part de l'enfant, la société ayant donc un rôle à jouer dans le destin de ces enfants.

Cette auteure, à travers son œuvre, pose ainsi le problème du rôle des facteurs socioculturels ou de la réalité historique dans la survenue de la psychose. Aulagnier vise donc à montrer d'une part que la pérennité et la permanence du groupe dépend de la condition d'existence même du groupe d'être porté par un modèle idéal, qui attire vers lui une partie de la libido narcissique des sujets, et d'autre part, l'influence de la réalité sociale sur la constitution du psychisme de l'enfant. Les résultats auxquels Aulagnier est parvenue sont multiples. Tout d'abord, elle désigne le groupe social comme l'ensemble des voix présentes qui sont intégrées par les sujets qui possèdent une langue en commun, régis par les mêmes institutions et idéologie (religion, etc.). Son existence repose sur l'acceptation, par la majorité de ses membres, un discours comme vrai ; discours qui affirme le bien-fondé des lois régissant son fonctionnement, définit et impose le but visé. Ce discours, ce sont des énoncés concernant la réalité du monde, la raison d'être du groupe social et l'origine de ses modèles.

Nous représenterons métonymiquement le groupe social – entendant par ce terme un ensemble de sujets parlant la même langue, régis par les mêmes institutions, et quand c'est le cas, ayant une même religion – comme l'ensemble des voix présentes... Selon les types de culture, cette série sera constituée par les énoncés mythiques, sacrés ou scientifiques (Aulagnier, 1975, p. 184).

Le discours du groupe apparaît comme l'ensemble des énoncés concernant la réalité du monde, la raison d'être du groupe social et l'origine de ses modèles. C'est le discours fondateur d'une culture. Il peut être sacré, scientifique ou mythique. C'est lui qui institue le

contrat narcissique. Il a pour fonction indispensable de préserver une concordance entre le groupe et le champ linguistique, ainsi que l'interaction entre les deux. Le discours du groupe détermine le rapport du sujet au groupe et l'établit comme sujet du groupe, et ce, à travers son acceptation, sa répétition et son appropriation par ce dernier. Il offre au sujet la certitude sur l'origine, nécessaire pour que la dimension historique soit rétroactivement observable sur son passé ; certitude indispensable pour que celui-ci investisse le groupe.

Le discours de l'ensemble offre au sujet la certitude sur l'origine, nécessaire pour que la dimension historique soit rétroactivement observable sur son passé, qui sera ainsi soustrait à une référence dont le savoir maternel ou paternel serait le garant, ... Ce que vient ainsi offrir au sujet singulier l'ensemble va induire le sujet à transférer une partie de la mise narcissique, investie dans son jeu identificatoire, sur cet ensemble qui lui promet une prime future (p. 187).

Selon Aulagnier (1975), le contrat narcissique est un pacte d'échange entre le sujet et le groupe (familial, simultanément social). Il s'établit grâce au préinvestissement que l'ensemble fait de l'enfant, en tant que future voix qui prendra la place qu'on lui désigne et le dote ainsi, par anticipation, du rôle de sujet du groupe qu'il projette sur lui. Dans ce pacte, chacun doit respecter les clauses du contrat. L'enfant (futur sujet), accepte de répéter le discours fondateur et assurer ainsi la permanence et la pérennité du groupe. En retour, le groupe doit lui assurer le droit à occuper une place indépendante du seul verdict parental, lui offrir un modèle idéal qu'aucun membre du groupe ne peut renier, lui permettre de garder l'illusion d'une persistance atemporelle projetée sur l'ensemble et enfin, il doit lui garantir le transfert de la reconnaissance que possédait le prédécesseur disparu sur le nouveau membre (l'enfant).

Quant à l'enfant il demandera, en contrepartie de son investissement du groupe, et de ses modèles, qu'on lui assure le droit à occuper une place indépendante du seul verdict parental, qu'on lui offre un modèle idéal que les autres ne peuvent renier, sans par là même renier les lois de l'ensemble, qu'on lui permette de garder l'illusion d'une

persistance atemporelle projetée sur l'ensemble et, avant tout, sur un projet de l'ensemble que ses successeurs sont supposés reprendre et préserver... (p.187).

Le contrat narcissique est universel, en ce sens que tout sujet est cosignataire. Toutefois, la façon dont il est investi, varie d'un sujet à l'autre, d'un couple à l'autre et même entre les éléments du couple. Bien élaboré, le contrat entre le couple parental et le groupe joue un rôle secondaire dans le destin du sujet. Il lui permet d'établir une relation autonome avec ces modèles ; relation directement marquée par sa propre évolution psychique, ses particularités et la singularité des défenses mises en œuvre. Il influence ainsi l'espace familial où le « Je » de l'enfant peut advenir de deux façons : soit les emblèmes et les rôles valorisés par le couple déguisent un désir aux parents et à l'enfant, un désir qui, grâce à l'accord et la complicité des autres sujets de l'ensemble, s'inscrit dans le registre du bien, du licite, de l'éthique ; soit ils imposent au « Je » de l'enfant sa première connaissance de la relation qu'entretiennent les parents avec le groupe et le rapport du groupe vis-à-vis de la position qu'occupe le couple

La définition donnée au contrat narcissique implique son universalité :
mais s'il est vrai que tout sujet est consignataire, la part de la libido narcissique qu'il y investit varie de sujet à sujet, de couple à couple et entre les deux éléments du couple... (Aulagnier, 1975, p. 187).

En tant que pacte d'échange entre le couple parental et l'ensemble, Aulagnier (1975, p. 191) précise que deux situations peuvent entraîner sa rupture avec des conséquences pour chacune d'elles :

- Le couple est responsable de la rupture, c'est-à-dire qu'il refuse les clauses essentielles du contrat ; ce qui entraîne une grande faille dans leur structuration psychique et dévoile un noyau psychotique plus ou moins compensé. Ce qui fait que le sujet ne peut donc trouver en dehors de cercle familiale un support lui permette d'atteindre l'autonomie indispensable au fonctionnement de son Je. C'est le cas de certaines familles psychotiques qui présentent un caractère fermé vis-à-vis de l'ensemble social ;

- La responsabilité de la rupture incombe à l'ensemble, c'est-à-dire que le milieu extrafamilial impose au couple parental un contrat vicié, en ne lui reconnaissant pas les éléments qui lui permettent de s'inclure dans l'ensemble social – discrimination, exclusion – ce qui fait que ce couple se sente maltraité ou victimisé par l'ensemble social ; ce qui peut entraîner un accroissement de ce qui, dans le couple, avait été vécu comme interdiction de tout désir de contredire le dit, amenant ainsi l'enfant à projeter sur la scène sociale le pattern de sa problématique vis-à-vis de ses parents. C'est le cas de la haine, la mutilation, le rejet, la dépossession que la réalité sociale vient redoubler dans la plupart de psychose, problématique mise en acte dans la relation du couple à l'ensemble et non plus seulement fantasmée.

Les travaux d'Aulagnier s'inscrivent dans la logique de Freud (1914), bien qu'ils viennent le compléter. Reprenant les travaux de Tomasella (2014), nous pouvons dire que les travaux d'Aulagnier s'inscrivent dans la continuité de ceux de Freud (1914) sur le narcissisme. Selon lui, l'individu est à lui-même sa propre fin et il est en même temps membre d'une chaîne à laquelle il est assujéti ; les parents constituent l'enfant comme le porteur de leurs rêves de désir non réalisés et le narcissisme primaire de celui-ci s'étaye sur celui des parents et enfin l'idéal du Moi est une formation commune à la psyché singulière et aux ensembles sociaux (Kaës, 1993, p.272). Le contrat narcissique d'Aulagnier généralise ainsi les idées freudiennes en expliquant les relations corrélatives de l'individu et de l'ensemble social. Chaque nouveau-né qui vient d'arriver au monde devant investir l'ensemble en tant que porteur de la continuité, et, réciproquement, à cette condition, l'ensemble préserve une place pour l'élément nouveau. Schématiquement, les termes du contrat narcissique exigent que chaque sujet singulier occupe une place offerte par le groupe et signifiée par l'ensemble des voix qui, avant chaque sujet, ont développé un discours conforme au mythe fondateur du groupe. Chaque sujet doit reprendre ce discours d'une manière ou d'une autre : c'est à travers lui qu'il se connecte avec l'ancêtre fondateur.

Nous constatons que le contrat narcissique, tel que le définit Aulagnier, implique dans sa constitution une violence structurante, de par l'anticipation du rôle de sujet de groupe que l'ensemble projette sur le sujet : « Le contrat narcissique s'établit grâce au préinvestissement par l'ensemble de l'infans comme voix future qui prendra la place qu'on lui désigne : il dote celui-ci par anticipation du rôle de sujet du groupe qu'il projette sur lui » (Aulagnier, 1975,

p.190). Par ailleurs, Il se trouve à la base de toute relation sujet/société, individu/ensemble, discours singulier/référent culturel, comme le précise Somasello (2014) s'inspirant de (Kaës R., 1993, p. 273). Les parents, et en particulier la mère, sont les porte-paroles des attentes du groupe auquel ils appartiennent, en plus d'exprimer leurs propres désirs.

Le concept de contrat narcissique d'Aulagnier vient opérer une grande différence avec celui de contrat psychologique. Si le contrat narcissique désigne un pacte d'échange entre un sujet et un ensemble, avec une dimension imaginaire indispensable, ce n'est pas le cas du contrat psychologique qui désigne la croyance d'un individu relative aux termes et aux conditions d'un accord d'échange réciproque entre cette personne cible et une autre partie. Les questions clés ont trait à la croyance qu'une promesse a été faite et une compensation offerte en échange, liant les parties à un ensemble d'obligations réciproques (Rousseau 1989, p.123) cité par Somasello (2014). Ainsi pour Rousseau, le contrat psychologique est un schéma mental que les individus ont constitué à propos de la relation d'emploi. Cette définition met l'accent sur l'importance des interprétations subjectives individuelles, c'est-à-dire la nature idiosyncratique du contrat psychologique.

D'autre part, la rupture du contrat psychologique n'a aucun effet sur la constitution psychique des sujets, ce qui n'est pas le cas du contrat narcissique. Sa rupture se produit lorsqu'une des parties estime que l'autre a échoué dans l'accomplissement d'une ou plusieurs obligations ayant fait l'objet d'une promesse préalable, aussi, la manière dont les affects se nouent en amont n'est pas envisagée. Ce qu'éclaire précisément la théorie du contrat narcissique.

Parvenus au terme de notre analyse, il est important de rappeler qu'Aulagnier est partie d'un certain nombre de postulats à savoir : la relation des parents avec l'enfant comporte la trace de la relation du couple parental avec le milieu social dans lequel ils sont inclus et dont le couple partage les idéaux ; le discours du couple parental anticipe et pré-investit la place que l'enfant va occuper dans le discours social même avant la naissance de celui-ci, et il investit également cette place avec l'espoir que l'enfant transmettra le modèle socio culturel en vigueur ... ; s'il y a un conflit entre le couple des parents et leur environnement social, le psychisme de l'enfant peut faire coïncider ses représentations fantasmées (de rejet, d'agression, toute-puissance ou exclusion) avec ce qui se passe dans la réalité sociale. Il ressort donc de ses travaux un principe fondamental régissant le fonctionnement des groupes : ce qui assure la permanence et la pérennité du groupe, est

l'illusion d'une possible immortalité que chaque membre du groupe développe et qui l'amène ainsi à mobiliser une partie de sa libido qu'il aurait dû investir dans ses jeux identificatoires, au service du groupe.

Ce faisant, Aulagnier apporte ainsi une touche particulière dans la compréhension de certaines problématiques psychotiques, qu'elle nous invite à ne pas négliger l'apport de réalité sociale comme un facteur de premier plan. Dans le cadre de nos propres travaux, cet apport d'Aulagnier nous sera d'une importance capitale en ce qu'il nous permettra de mieux identifier la place des frustrations externes associées au sentiment de culpabilité dans l'effraction du lien au couple.

3.5 LA RÉALITÉ PSYCHIQUE DU LIEN

S'appuyant sur une triple pratique de la psychanalyse : la cure individuelle, le travail en situation de groupe, l'accompagnement d'équipes soignantes dans des institutions psychiatriques, Kaës (2007) découvre qu'il existe trois espaces psychiques : celui du sujet singulier, celui des liens intersubjectifs et celui des ensembles complexes (familles, groupes, institutions). Selon lui, le sujet se construit dans les processus et des formations psychiques communes à plusieurs sujets, notamment dans les alliances inconscientes dont il est parti constituée et partie constituante. La connaissance acquise par ces moyens forme progressivement une théorie psychanalytique du lien. Les processus sont la matière de la réalité psychique du lien. Mais ils ne sont pas les seuls, d'autres formations spécifiques constituent la réalité psychique du lien : les contrats de base et les alliances inconscientes structurantes et défensives, les interdits, les repères identificatoires et les idéaux communs, les représentations imaginaires et symboliques partagées.

Le psychisme humain repose sur trois principaux piliers : la sexualité infantile, la parole et les liens intersubjectifs. Ces trois piliers de fondation sont en étroite interrelation : la longue dépendance initiale du nouveau-né, due à sa pré maturation à la naissance, en est le lieu géométrique, elle infléchit sa sexualité, ses liens et son accès à la parole et au langage. La parole et le langage viennent à l'infans (celui qui ne parle pas) marqués par le refoulement de sa sexualité infantile et par les conditions intersubjectives dans lesquelles son environnement premier (la mère) les lui apporte en lui transmettant ses propres contenus inconscients et son propre refoulement : ces conditions sont à la fois subjectives (la psyché maternelle) et intersubjectives (la rencontre entre celle-ci et celle de l'infans). Corrélativement, le lien intersubjectif s'inscrit dans la sexualité et dans la parole et il les marque de ses effets.

Sexualité, parole et lien concourent de manière distincte et fondamentale à la formation de l'inconscient du sujet et à la construction de son Je. Du même mouvement, ces trois piliers concourent à la formation de la réalité psychique inconsciente du lien intersubjectif.

Parce que nous naissons prématurés, nous sommes enveloppés de soins physiques et indissociablement psychiques, de couches, de bras qui nous soutiennent, de peau qui nous réchauffe et se colle à la nôtre, d'odeurs et d'images, de bains de paroles et de discours. Bref, de tout un tissu de liens, qui se lient au-dedans de nous- mêmes et avec les autres, et qui forment des pelotes et des nœuds que nous ne cessons de faire et de défaire toute notre vie. Un « texte » assurément, mais un texte de chair, d'émotions et de pensées, de signes et de sens, un manuscrit dont nous déchiffrons le sens souvent avec peine et quelquefois avec bonheur. Nous sommes nécessairement liés par toutes sortes de liens avant de pouvoir nous en délier partiellement, en contracter d'autres, être suffisamment autonome et nous assumer comme Je. Nous ne pouvons pas vivre sans les liens, bien que certains liens, par excès ou par défaut, nous enchaînent ou nous empêchent de vivre, d'aimer, de connaître, de jouer.

Kaës (2009) distingue lien et entrave, liens porteurs de vie, d'amour, de croissance et liens porteurs de haine, de destruction, de mort. Pour lui, tous ces liens sont entremêlés les uns dans les autres comme la vie et la mort. Pour faire lien, dès l'origine de la vie psychique et ultérieurement pour former un couple, vivre en famille, s'associer en groupe, pour vivre en communauté avec d'autres humains, nous nous investissons électivement les uns les autres, nous nous identifions inconsciemment entre nous à travers des objets et des traits communs. Pour Kaës (2009), le lien désigne la réalité psychique inconsciente spécifique construite par la rencontre de deux ou plusieurs sujets. Il met ainsi l'accent sur la réalité psychique inconsciente, objet constitutif de la psychanalyse. Selon lui, le lien est le mouvement plus ou moins stable des investissements, des représentations et des actions qui associent deux ou plusieurs sujets pour la réalisation de certains de leurs désirs. Sa logique du lien est celle des implications réciproques, des inclusions et des exclusions mutuelles.

Pour Kaës (2009), toute rencontre avec l'autre est susceptible de créer un lien, et pour que les psychés s'associent et s'assemblent, pour qu'elles s'éprouvent dans leurs différences et se mettent en tension, pour qu'elles se régulent, quatre principales exigences sont nécessaires :

- l'obligation pour le sujet d'investir le lien et les autres de sa libido narcissique et objectale afin de recevoir en retour de ceux-ci les investissements nécessaires pour

être reconnu comme sujet membre du lien. Cette exigence de travail se forme sur le modèle du contrat narcissique décrit par Castoriadis-Aulagnier (1975) ;

- la mise en latence, le refoulement, le renoncement ou l'abandon de certaines formations psychiques propres au sujet. Freud avait indiqué en 1921 que le Moi doit abandonner une partie de ses identifications et de ses idéaux personnels au profit d'idéaux communs et en échange des bénéfices attendus du groupe et/ou du chef. Tout lien impose des contraintes de croyance, de représentation, de normes perceptives, d'adhésion aux idéaux et aux sentiments communs.

Être dans l'intersubjectivité n'implique pas seulement que certaines fonctions psychiques soient inhibées ou réduites et que d'autres soient électivement mobilisées et amplifiées. La clinique de la cure, celle des groupes et celle des familles donne à supposer – et pour ce qui me concerne à admettre l'idée d'une exigence de non-travail psychique qui se manifeste par des abandons de pensée, des effacements des limites du moi, ou de parties de la réalité psychique qui spécifient et différencient chaque sujet. C'est le cas des groupes sectaires et des groupes idéologiques. Comme le montrent les analyses cliniques des sujets et des familles qui ont été pris dans les groupes sectaires ou dans l'emprise de l'idéologie, admettre les processus d'auto-aliénation sont mis au service de ces exigences du lien :

- la nécessité de mettre en œuvre des opérations de refoulement, de déni ou de rejet pour que les conjonctions de subjectivité se forment et que les liens se maintiennent. Ces opérations ne concernent pas seulement les appuis méta-défensifs que les membres d'un groupe peuvent trouver dans celui-ci, comme E. Jaques (1955) l'a jadis montré. Elles concernent toute configuration de liens qui assure et entretient les dispositifs métadéfensifs nécessaires à son auto-conservation et à la réalisation de ses buts. Elles sont donc à la fois requises par le lien et par les intérêts personnels que les sujets trouvent à les contracter. Tels sont le statut et la fonction des alliances inconscientes défensives.

Ces alliances sont les processus producteurs de l'inconscient actuel dans le lien, elles forment ses nœuds névrotiques et psychotiques, et pour cet ensemble de raisons, elles sont les pièces majeures de la formation de la réalité psychique propre à une configuration de lien.

- Les interdits fondamentaux dans leurs rapports avec le travail de civilisation et les processus de symbolisation. Freud (1929) a insisté sur la nécessité du renoncement mutuel à la réalisation directe des buts pulsionnels pour que

s'établisse une « communauté de droit » garante des liens stables et fiables. Le résultat de cette exigence est les alliances inconscientes structurantes, dans la catégorie desquelles nous comptons le contrat narcissique, le pacte entre les Frères et avec le Père et le contrat de renoncement mutuel. Le résultat de cette exigence de travail est la formation du sens, l'activité de symbolisation et d'interprétation, mais aussi la capacité d'aimer, de jouer, de penser et de travailler.

Ces quatre exigences concourent à la création d'un espace psychique commun et partagé. Considérées du point de vue du sujet auquel elles sont imposées, ces exigences sont structurantes et conflictuelles. La conflictualité centrale se situe entre la nécessité d'être à soi-même sa propre fin et celle d'être un sujet dans le groupe et pour le groupe. En accomplissant ce travail psychique, les membres d'un groupe s'attribuent ou reçoivent en échange des bénéfices et des charges. Une balance économique s'établit, en positif ou en négatif, sur ce qu'ils gagnent et sur ce qu'ils perdent à satisfaire ces exigences. D'une certaine manière, nous n'avons pas le choix de nous soustraire à ces exigences : nous devons nous y soumettre pour entrer dans un lien et pour exister comme sujet. Mais nous avons aussi à nous en dégager, à nous en délier chaque fois que ces exigences et que les alliances qui les scellent servent notre auto-aliénation et l'aliénation que nous imposons aux autres, le plus souvent à l'insu de chacun. Je pense que c'est dans cette perspective que nous pourrions définir le champ pratique du travail psychanalytique en situation de groupe.

DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Ce premier chapitre de notre étude précise le dispositif méthodologique sur lequel s'étaye notre travail de recherche. Il débute par un rappel du cadre épistémologique de l'étude : la problématique et la question de recherche ; les hypothèses et les concepts clés de l'étude. Il abordera ensuite le cadre institutionnel et clinique entourant notre démarche : le site, la population et le contexte de cette étude ; exposera les outils méthodologiques déployés lors de nos investigations ; les raisons ayant conduit à leur choisir et la manière dont ils ont utilisé. Enfin, il expliquera les méthodes de recueil et d'analyse des données ayant permis d'élaborer et de questionner le matériel recueilli, et ce afin de mettre au travail nos différentes hypothèses sur la rupture du lien dans le couple.

4.1. RAPPEL DU PROBLÈME

Pour les théoriciens du lien affectif ou d'attachement dans le couple, en cas de crise dans le couple, bon nombre font seuls le travail de dépassement qui implique une réorganisation, un réaménagement du lien conjugal à travers la reconstitution du lien, de nouvelles collusions et également de nouvelles crises qui devront être également dépassées. (Dupré la Tour, 2005 ; Zenatti ; 2008 Kellerhals, Widmer et al, 2004). Or nous avons rencontré des couples soumis à la rude épreuve de l'hystérectomie et avons constaté que certains sont souvent confrontés au sentiment de culpabilité de la femme, qui se plaint davantage d'être le malheur de son couple, qui dit ne plus servir à rien dans son couple, ne plus être vraiment une femme, qui dit se sentir délaissée par son époux. Nous avons aussi constaté que les disputes dans ces couples sont légion et souvent exacerbées. D'où l'importance accordée, ici, à la dynamique du lien affectif dans ces couples.

4.2. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Comment le sentiment de culpabilité développé par la femme qui a subi une hystérectomie entrave-t-il sur le lien affectif dans le couple ?

De manière plus spécifique nous aurons :

- comment le sentiment face à une responsabilité personnelle développé par la femme qui a subi une hystérectomie entrave-t-il sur le lien affectif dans le couple ?

- comment le sentiment de regrets et de remords développé par la femme qui a subi une hystérectomie entrave-t-il sur le lien affectif dans le couple ?

4.3. RAPPEL DE L'HYPOTHESE

4.2.4. Rappel de l'hypothèse de travail

Chez la femme qui a subi une hystérectomie, le sentiment de culpabilité réactive les conflits archaïques (œdipiens) qui vont faire effraction dans les liens affectifs au sein du couple entraînant un désinvestissement libidinal entre conjoint.

4.2.5. Rappel de l'objectif

L'objectif de cette étude est d'examiner le lien affectif au sein du couple dont la femme développe un sentiment de culpabilité à la suite d'une hystérectomie.

4.4. SITE DE L'ETUDE

Créé initialement en 1933 comme un hôpital de jour, l'hôpital central de Yaoundé a subi plusieurs mutations structurelles. Il est aujourd'hui un établissement de soins de deuxième catégorie qui met au service des patients une équipe médicale et paramédicale spécialisée dans le domaine de la médecine générale et présente en outre de multiples atouts du point de vue de la situation géographique, de la possibilité d'une complémentarité, de l'existence d'un plateau technique acceptable, de la disponibilité du personnel 24h/24 et de l'autonomisation des services. L'HCY est située dans la région du centre, dans le département du Mfoundi, dans l'arrondissement de Yaoundé premier. Il est délimité au nord par la fondation Chantale Biya, au Sud par l'école des techniciens médicaux-sanitaire et génie sanitaire de Yaoundé, à l'Ouest par le quartier Messa et à l'Est par l'Hygiène mobile, la CENAME.

L'hôpital a une organisation bien structurée. Dans l'organigramme, nous constatons qu'il a trois niveaux de prise de décision : la direction, le conseil médical et l'unité administrative et financière. L'hôpital ne dispose pas de service de nursing et la surveillante générale n'est pas aussi directement attachée à la direction. Il faut qu'elle passe au niveau du conseil médical avant d'arriver à la direction ; ce qui ne facilite pas la démarche des infirmières dans la réalisation de leurs tâches. Le comité de gestion est l'assistance principale de délibérations et de décisions de l'HCY ; il a pour mission de veiller à l'application de la politique définie par le Ministère de la Santé Publique au sein de l'hôpital. Il adopte le budget équilibré en recettes et en dépenses et approuve son exécution conforme. Le comité de gestion

comprend deux types de membres : les membres délibérants et les membres consultatifs. Les unités opérationnelles de l'HCY sont réparties de la manière suivante :

- unités opérationnelles service (unité d'accueil des urgences et de réanimation, soins intensifs, centre de coordination de l'accueil et des urgences, Bloc opératoire René Essomba, Bloc des urgences chirurgicales, Stérilisation Buanderie, Réanimation, soins intensifs, Anesthésiologie) ;
- unités de médecine (Consultation Externe, cardiologie, gastro-entérologie, neurologie, gériatrie, infectiologie, hôpital de jour, centre national d'obésité, centre national de diabète et d'hypertension, rhumatologie et haut-standing, physio-kinésithérapie) ;
- unité de gynécologie-obstétrique (maternité bloc A, maternité bloc B, bloc opératoire et stérilisation, consultations externes, salle d'accouchement) ;
- Unité de chirurgie (chirurgie viscérale, chirurgie pédiatrique, ophtalmologie, ORL, stomatologie, traumatologie A, traumatologie B, neurochirurgie, urologie, oncologie, laboratoire d'anatomie pathologique) ;
- unité médico-technique (laboratoire centrale, laboratoire CCAU chargé uniquement des prélèvements, banque de sang, pharmacie, radiologie et imagerie médicale, maintenance et assainissement).

4.5. LA POPULATION DE L'ETUDE

Le cancer est un élément perturbateur dans le déroulement chronologique d'une vie, entraînant une rupture. Cette chronologie implique donc « un avant » à prendre en compte dans l'étude de son impact, pour mettre en évidence des facteurs déterminants (Bondil & Habold D, 2009). L'impact de l'hystérectomie par exemple va dépendre, entre autres, du vécu sexuel antérieur de la femme, c'est-à-dire de la manière dont elle a intégré la sexualité et l'érotisme corporel. Hirsch (2005) renseigne que les vulnérabilités préalables déterminent l'impact du cancer sur la sexualité, notamment la structure de la personnalité et surtout la construction de la féminité et son rapport à l'autre sexe. Pour lui, une femme ayant des difficultés dans ses relations aux objets ainsi qu'une défaillance narcissique serait plus vulnérable aux atteintes de l'image du corps, donc plus susceptible de déclencher des troubles sexuels.

D'un autre côté, cette maladie de l'intime et ses conséquences sexuelles entraînent un état psychologique spécifique qui retentit à son tour sur la sexualité de la femme et par

ricochet sur les liens relationnels. Dans un premier temps, l'annonce est un temps déterminant pour les réactions et la mise en place des défenses psychiques, elle est parfois décrite en termes de « choc » (This, 2006). Elle déclenche des angoisses liées à la mort et aux mutilations et un état dépressif. L'annonce engendre déjà un premier état psychologique peu compatible avec la sexualité en termes de perte d'énergie et d'élan vital, faisant planer le risque, la perte et l'incertitude. Dans un second temps, les traitements anticancéreux sont une atteinte corporelle et narcissique ; parfois castrateurs, ils influent sur la libido et la sexualité surtout si l'organe touché est sexuel. C'est dans ce temps que les études parlent d'une perte du pouvoir de séduction de la femme (Hannoun-Levi, 2005). La chirurgie est mutilante et provoque une altération de l'image de soi, une remise en question et un renoncement, voire un dégoût de la sexualité ; la chimiothérapie est considérée comme une atteinte de l'image corporelle (Reich, 2007).

Bondil et Habold (2009) soulignent que l'impact du cancer sur la sexualité du couple et les troubles sexuels d'autres origines présentent des similitudes. Dysfonction sexuelle et cancer ont tous deux un impact sur l'intimité et l'affect du couple et de chacun des partenaires, définissant ainsi 5 sphères distinctes en relation d'incidence : sexualité, cancer, femme, conjoint et couple. Cet impact commun correspond dans un premier temps à une incidence psychique sur le patient et son partenaire, dont un sentiment récurrent de culpabilité vis-à-vis de l'autre. S'ensuivent des mécanismes et des conduites réactionnels, de l'ordre d'un évitement de l'intimité et de la tendresse donnant lieu à une désorganisation négative de la sexualité du couple. « 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, & Habold, 2009).

Des remaniements psychiques sont forcément imposés par les cancers gynécologiques et toutes les thérapeutiques mises en place retentissent sur la sexualité. Le cancer gynécologique pelvien ne fait pas exception, au contraire, il semble même plus concerner de part sa localisation anatomique et les traitements particuliers qui lui sont associés (curiethérapie). Il provoque des dégâts indéniables sur la sexualité féminine. L'état psychologique de ces patientes est défini en termes de dépression, d'angoisse, de déni, de projection et concerne la perte, le deuil, les modifications corporelles et l'identité. La sexualité de la femme est, quant à elle, qualifiée d'hypercompensatoire ou d'absente, reléguée au dernier plan d'une vie complexifiée par le cancer. Ce comportement est considéré comme réactionnel

à l'état psychologique déterminé par l'annonce (angoisses, déni, projection) puis les traitements (deuil, déni, remaniements identitaires).

4.5.1. Critères de sélection des participantes

Les critères ayant dirigés la sélection des participantes de cette étude sont les suivants :

4.5.1.1. Critères d'inclusion

- Être atteinte du cancer du col de l'utérus et avoir subi une hystérectomie ;
- Être en couple ;
- Avoir donné son accord pour participer à la recherche.

4.5.1.2. Critères d'exclusion

- Des femmes présentant des troubles psychologiques préexistants ;
- Des femmes ayant subi une hystérectomie pour des raisons personnelles ;
- Des femmes non consentantes.

Tableau 1 : Caractéristiques des participantes sélectionnées

Participantes	Tita	Aurélié	Bella
Âge	49	47	39
Nombre d'enfants	3	4	2
Statut matrimonial	Mariée	Mariée	Mariée
Profession	Agent d'entretien	Enseignante	Enseignante
Ethnie	Boulou	Bamiléké	Ewondo

4.2. LA METHODE DE RECHERCHE

Cette recherche qui se veut qualitative est de type exploratoire et de nature descriptive. Selon Tsala Tsala (2006, p.104), « les différentes méthodes en psychologie s'échelonnent sur un continuum partant des approches quantitatives (résultats reproductibles) aux approches qualitatives plus individualisées (études de cas). De fait, les méthodes en psychologie obéissent aux finalités et aux objets que vise la recherche. Dans la manière d'aborder les phénomènes, la recherche quantitative se rattache au paradigme positiviste qui conçoit la réalité comme unique et statique, des faits objectifs existant indépendamment du chercheur et pouvant être isolés.

En effet, la recherche qualitative dépend du paradigme interprétatif selon lequel la réalité est multiple et se découvre progressivement dans l'interaction avec les individus dans leur environnement. Elle tend à faire ressortir le sens ou la signification que le phénomène étudié revêt pour les individus. La pensée est orientée vers la compréhension holistique du phénomène afin de construire une nouvelle réalité qui a du sens pour les individus vivant le phénomène concerné. Ainsi, en étudiant les êtres humains dans la globalité et la totalité de leur vécu, ce type de recherche prend en compte leur expérience de vie et le contexte dans lequel se situent leurs relations avec l'environnement. Dès lors, l'expérience d'une personne diffère de celle d'une autre personne et ne peut être connue que par la description subjective que l'individu en fait. Cette dimension relationnelle est essentielle dans la méthode clinique.

4.3.4. Méthode clinique de recherche

Selon Pedinielli (2006, p.107),

La psychologie clinique est une pratique dont les rapports avec la recherche et avec les constructions théoriques sont particuliers, tant du point de vue historique que du point de vue épistémologique. Historiquement, elle a d'abord été une praxéologie, une science empirique, un corpus de connaissances sur les cas, sur la manière d'écouter, d'observer, d'évaluer les sujets et elle n'est que secondairement devenue un savoir sur des objets comme la maladie, le développement, le conflit ».

De fait, de par son origine étymologique, le mot « clinique » vient du grec « klinikos, klinè » qui désigne le lit du malade. Le terme « clinique » vient donc de la tradition médicale. En effet, la méthode clinique tient beaucoup de l'expérience médicale, mais les conceptions psychologiques ont opéré une rupture avec le sens originaire en s'inscrivant dans un projet totalement différent. Si elle retient de la médecine le contact avec le malade et le rôle de l'observation, la clinique psychologique s'en distingue en refusant de dé-subjectiver la situation, comme le fait la médecine. Comme telle, la démarche clinique reste centrée sur l'individu, la singularité, la totalité et l'implication :

Elle commence au chevet du lit du malade au moment où le médecin recueille par l'observation directe les manifestations de la maladie aux fins de poser un diagnostic. Cette méthode d'origine médicale vise la compréhension de la maladie mentale du point de vue du vécu du malade et non de celui de la maladie. Les médecins souhaitent ainsi comprendre la façon dont l'individu, touché par la maladie, vit sa situation. Une importance particulière est accordée au discours subjectif du malade » (Tsala Tsala, 2006, p.137).

Ainsi, la méthode clinique est celle qui considère l'individu concret dans sa situation actuelle par rapport à son histoire personnelle. Elle cherche à le comprendre et à le décrire sans le référer à d'autres individus. Elle vise l'intelligibilité des processus et la formulation de leurs significations. Pour Lagache (1990), la méthode clinique est « une méthode qui vise à envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises ».

Dans le cadre de la recherche scientifique, cette méthode est fondée sur l'idée que la situation clinique est la source d'inspiration et le lieu d'élaboration du savoir. Le caractère individualisant de la méthode clinique ne lui enlève pas la rigueur attendue d'une démarche scientifique. Cette rigueur lui est conférée par l'observance des règles et des étapes fondamentales qui définissent chaque type de méthode en fonction du système de référence utilisé. La méthode clinique utilise habituellement l'étude de cas comme modalité fondamentale. L'étude de cas qui repose principalement sur la démarche inductive complète et prolonge souvent la démarche hypothético-déductive. Charaoui et Bénony (2003) soulignent que, l'étude de cas peut être utilisée conjointement avec une méthode de recherche plus systématisée intégrant une démarche hypothético-déductive pour apporter des informations supplémentaires.

4.3.5. L'étude de cas

La notion d'étude de cas est au centre de la méthode clinique. Elle consiste dans l'examen détaillé et complet d'un phénomène lié à une entité, que celle-ci soit un individu, un groupe, une communauté ou une organisation. Comme telle, l'étude de cas peut se ramener à

la description d'un sujet ou d'un groupe reconnu comme étant dans une situation particulière et unique. Le terme « cas » appartient en partie au domaine de la médecine. En psychologie clinique, cette notion de cas vise à se dégager des aspects dé-subjectivants de la position médicale. De ce fait, l'étude de cas tente de restituer le sujet et non pas simplement de reconnaître la pathologie qu'il présente. Ainsi, pour Pedinielli (2006, p.65), « l'étude de cas est une forme de recueil et d'intégration des données supposant que dans l'approche d'un problème, on se fixe comme objectif de comprendre une personne et non pas seulement le problème ou le symptôme ».

En tant que méthode de recherche, elle permet une intégration des informations recueillies à partir des techniques employées et leur interprétation en référence à l'histoire singulière de l'individu :

Ces données sont articulées dans un projet permettant de rendre compte de l'ensemble des phénomènes, de les nommer et de produire des hypothèses sur la genèse, la fonction et les conséquences du problème posé, sur la place qu'il occupe dans l'histoire du sujet et sur le sens qu'il lui donne » (Pedinielli, 2006, p.65).

La méthode d'étude de cas a l'avantage d'aller au plus près de la réalité concrète et de favoriser une compréhension holistique des relations entre les faits passés et présents et les positions actuelles du sujet. Elle peut aussi fournir des hypothèses et en montrer la pertinence. Mais elle présente aussi des limites qui concernent d'abord la fiabilité des informations recueillies (en raison de la mémoire sélective tant du sujet que du chercheur). Ensuite, on y éprouve des difficultés à confirmer les relations de causalité postulées et à produire ainsi une généralisation des résultats. Une autre critique porte, enfin, sur la réduction du problème à la seule référence au sujet, avec l'attribution à celui-ci de la responsabilité d'un problème dont il n'est peut-être que le symptôme d'un point de vue institutionnel et social.

4.3. TECHNIQUE ET OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES

Dans cette étude, nous avons fait usage d'un entretien clinique comme instruments pour la collecte des données. Les raisons qui peuvent avoir permis de pencher pour ce choix sont entre autres que cet instrument est plus pratique pour les répondants et d'administration rapide. Par ailleurs, nous avons choisi l'entretien comme instrument de recherche pour les

sujets parce qu'il « peut être proposé même à des individus n'ayant pas reçu de formation particulière et à tous les autres qui, même scolarisés, ont du mal à s'exprimer par écrit » (Tsala Tsala, 2006 :112). Telles sont les raisons pour lesquelles dans le cadre de notre étude, nous avons fait usage de l'entretien clinique de recherche dans sa variante semi-directive.

4.4.4. L'entretien semi-directif

En psychologie, l'entretien s'appuie sur l'habilité à étudier et à comprendre les comportements et les conduites de la personnalité, afin de mieux aborder l'interlocuteur dans sa singularité. Considéré comme la technique clinique par excellence en psychologie clinique. Selon Tsala Tsala (2006, p.113),

On parle d'entretien semi directif lorsque, à partir d'un guide d'entretien, l'interviewé aborde librement et dans l'ordre qui lui plaît, les questions qui lui sont proposées. Le psychologue intervient uniquement pour le relancer avec des questions portant sur les thèmes qui n'ont pas été abordés ».

Dans le champ de la recherche qualitative, l'entretien semi-directif apparaît comme la technique la plus appropriée : « il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises » (Campenhoudt, 2011, p.171). Il s'agit de comprendre le vécu de l'interlocuteur, en lui donnant l'occasion d'exprimer ses opinions et ses sentiments. L'échange porte plus ou moins directement sur les points qui préoccupent le chercheur, et non sur ce dont l'interlocuteur désire parler. Cela permet au chercheur de recueillir des informations sur les thèmes qu'il a fixés et définis d'avance. Aussi, la demande de l'échange vient-elle du chercheur qui, en fonction des centres d'intérêt de son étude, organise et oriente l'interview. En raison de ce qui précède, nous pensons que pour notre étude le choix de l'entretien semi-directif nous offre plus de facilité pour recentrer l'échange sur nos objectifs.

4.4.5. Le guide d'entretien

Pour la bonne conduite de l'entretien, le chercheur prépare un guide d'entretien qui est un répertoire de l'ensemble des points à aborder au cours de l'échange. Il est un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et

d'intervention de l'interviewer (chercheur). Comme tel, « le guide d'entretien est essentiellement un aide-mémoire pour l'interviewer qui peut ainsi vérifier de temps en temps, quels sont les points qui n'ont pas encore été abordés » (Van Campenhoudt, 2011, p.66). Pour cette étude, le guide d'entretien construit se présente de la manière suivante :

INFORMATIONS SOCIODEMOGRAPHIQUES.

- Age
- Profession
- Situation matrimoniale
- Nombre d'enfants
- Religion
- Ethnie.

CONTENU DES ENTRETIENS

Thème 1 : Conflits archaïques liés

Sous-thème 1 : Responsabilité face à la situation actuelle

Sous-thème 2 : Regrets et remords vis-à-vis de son attitude dans le couple.

Thème 2 : Lien affectif

Sous-thème 1 : Lien Secure

Sous-thème 2 : Lien anxieux

Sous-thème 3 : Lien évitant

4.4. ANALYSE DE CONTENU THEMATIQUE

L'analyse thématique est centrée sur les notions ou thèmes évoqués à propos d'un objet d'étude. Pour Muchielli (1996), l'analyse de contenu thématique est la plus simple des analyses de contenu. Elle consiste à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets. Elle est donc la première forme de catégorisation impliquée dans un corpus. En résumé, de type d'analyse assez simple dans son principe implique de procéder à une catégorisation dont l'unité de base est le thème. Elle a pour objectif la recherche de catégories dans un discours ou un texte qui correspond à la réorganisation sous forme résumée de ce qui est dit.

L'analyse thématique commence par la retranscription des entretiens. Cette retranscription est intégrale et permet d'éviter d'écarter trop vite de l'analyse les parties de l'entretien qui seraient jugées a priori inintéressantes ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse. Avant toute chose, il faut un matériau consistant et de qualité qui soit parfaitement restitué et entièrement disponible pour l'analyse. Quelles que soient les opérations auxquelles il sera procédé par la suite, il sera toujours possible de revenir à ce matériau de base et de s'y retrouver. Ensuite, il faut organiser ce matériau d'une manière qui permette son analyse. L'analyse thématique implique la mise en œuvre des différentes opérations de base qui sont utilisées dans toute analyse de contenu. C'est un mode d'analyse centré sur les notions ou thèmes évoqués à propos d'un objet d'étude. Il s'agit d'obtenir des informations sur cet objet d'étude. Pour Muchielli (1996), elle est la plus simple des analyses de contenu et consiste à repérer dans les expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets. C'est la première forme de catégorisation impliquée dans un corpus. Elle implique de procéder à une catégorisation dont l'unité de base est le thème.

L'analyse de contenu thématique vise la recherche de catégorisation dans un discours ou un texte qui correspond à la réorganisation sous forme résumée de ce qui est dit. Cette analyse se fait en plusieurs étapes :

- la préparation du matériel. La retranscription intégrale du discours est nécessaire pour la conduite rigoureuse de l'analyse de contenu ;
- la sélection d'un échantillon du corpus. Les éléments les plus informatifs du discours sont choisis et diversifiés pour construire la grille d'analyse qui sera appliquée à tous les éléments ;
- identification des thèmes. Il existe deux procédures pour faire cette étape :

D'une part on peut procéder au découpage du corpus guidé par la problématique et les hypothèses ou par une analyse flottante. La problématique et les hypothèses de recherche et d'autre part. À chaque unité de discours est affecté un mot ou groupe de mots susceptible de résumer le thème sélectionné. Cet étiquetage sert de base à la grille d'analyse utilisée ensuite. L'analyse flottante permettra de construire a posteriori un modèle. Dans l'analyse flottante, chaque entretien isolément fait l'objet d'une lecture suivie où tout est susceptible de faire sens.

4.4.1. Élaboration de la grille d'analyse de contenu

Une fois les thèmes identifiés, il s'agit de les organiser en sous-groupes, puis de positionner ces sous-groupes, les uns par rapport aux autres en introduisant une certaine logique. Une grille générale est donc réalisée à partir du premier entretien. Pour vérifier la stabilité et la pertinence de cette grille, on essaie de l'appliquer à un deuxième, puis un troisième élément du corpus. On apporte alors les modifications nécessaires. Durant cette phase, on note tous les nouveaux thèmes susceptibles d'apparaître.

4.4.2. Application de la grille d'analyse à l'ensemble du corpus

Il s'agit de dupliquer la grille de façon à procéder à l'analyse du corpus restant. Durant cette phase, il se peut qu'on repositionne les catégories les unes par rapport aux autres. L'inventaire et la hiérarchisation des thèmes pertinents conduit à établir une grille d'analyse sous forme d'un code dont l'emploi paraît laisser une part relativement importante à la subjectivité du codeur.

4.4.3. Analyse verticale ou synthèse individuelle

La grille d'analyse est reproduite en autant d'éléments du corpus. Pour chaque entretien, on incorpore sous chaque thème de la grille le ou les extraits, citations correspondantes ou bien on rédige un résumé de cette portion de texte. La grille devient alors un cahier d'analyse de contenu. À partir de là, une analyse entretien par entretien des différents thèmes est possible. Ceci pour analyser, comprendre la pensée du sujet, son organisation, sa structure et comprendre comment se sont construites les idées de manière singulière. Une analyse horizontale ou transversale. Il s'agit de la dernière phase de l'analyse thématique qui consiste à rassembler les cahiers d'analyse individuelle en une analyse de l'ensemble du corpus. Plus le corpus est important, plus cette phase est délicate et implique de travailler lentement et rigoureusement. L'objectif est de regrouper toutes les citations ou les résumés de l'ensemble du corpus pour chacun des thèmes. C'est à ce stade qu'intervient la « quantification de l'analyse ». On comptabilise le nombre de points de vue similaires et on les regroupe en un même thème. Il s'agit ici pour un thème donné d'analyser ce qui est commun, ce qui est différent entre les entretiens.

Pour faciliter l'analyse on peut évoquer les thèmes par ordre d'importance : le premier thème est celui qui est le plus consensuel, etc. On repère les thèmes majoritaires et

minoritaires. Des auteurs proposent des règles d'énumération qui correspondent à la manière de compter les informations.

4.5. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont eu lieu avec les participantes retenues après leur soumission aux critères de sélection. Elles étaient toutes volontaires à participer à l'étude. Les participantes ont toujours eu la possibilité de refuser un entretien et elles étaient libres d'y livrer ce qui leur était possible de dire. Les rencontres avec les participants se sont déroulées dans un endroit qui leur est familier (salle d'écoute aménagée à cet effet par le gynécologue) pour qu'elles se sentent en sécurité. Les recommandations de Gighlione et Blanchet (1991), repris par Ovambe Mbarga (2016) ont servi de base pour conduire nos entretiens. Ces auteurs posent que la conduite de l'entretien débute à l'aide de consignes qui sont des actes directeurs qui initient le discours sur un thème donné. L'entretien se poursuit avec des relances qui sont des actes subordonnés qui réfèrent à l'énoncé précédent de l'interviewer. Les entretiens furent d'une durée moyenne de quinze minutes selon la disponibilité des participantes.

Nous avons rencontré les participantes trois, voire quatre fois, cherchant à atteindre le principe de saturation. En effet, à en croire Mayer et al. (2000), les rencontres répondent au principe de saturation lorsque la poursuite de la collecte de données n'apprend plus rien au chercheur, n'apporte plus aucune idée nouvelle comparativement à celles qui ont déjà été trouvées, ne fournit pas une meilleure compréhension du phénomène étudié. De plus, le fait de rencontrer le sujet à plusieurs reprises permet d'approfondir la relation de confiance. De cette manière, le sujet qui se raconte, a la possibilité de réfléchir et de se préparer pour le prochain entretien. Quant au chercheur, cela lui donne la possibilité de revenir sur certains points restés obscurs (Giordano, 2003).

La première rencontre fut consacrée à l'explication du but de la recherche en cours et des objectifs qu'elle tend à atteindre. Lors de cette période, les participantes ont lu et signé le formulaire de consentement éclairé leur expliquant le but et les objectifs de la recherche. Lors de cette présente rencontre, il y a eu une période d'échange où nous avons répondu aux interrogations des participantes permettant ainsi de clarifier l'étude, de sécuriser la participante et favoriser la création d'un climat de confiance. La confidentialité et l'anonymat leur ont été rassurés. La deuxième rencontre a été le début véritable de nos entretiens avec les participantes (femmes hystérectomisées). Elles ont fait une présentation civile d'elles-mêmes. Il s'agissait en fait de donner les caractéristiques de leur maladie. Aussi, ont-elles parlé de leur

vécu. Les entrevues furent enregistrées par le magnétophone de notre téléphone avec le consentement des participants. La retranscription se faisait directement après l'entretien. La troisième rencontre, c'est-à-dire le deuxième entretien a abordé les thèmes qui, après le bilan partiel de chaque entretien, n'apparaissaient pas et en fonction du besoin, des rencontres nouvelles se programmaient. Lors de la dernière rencontre, il s'est agi des attentes qu'avait les participantes, aussi s'il y'a des ajouts, des éclaircissements sur ce qu'il avait dit lors des entretiens antérieurs.

Il convient de noter qu'à la fin de chaque entretien, nous remercions toujours le spécialiste pour sa disponibilité et nous faisons directement le bilan après transcription, question de voir quel thème n'a pas été abordé. Après tous ces entretiens, nous avons eu un flux de données qu'il fallait dès lors analyser. Toutefois, l'analyse de ces résultats devait se faire selon une technique bien précise.

4.6. CONSIDERATIONS ETHIQUES

En tant qu'elle touche à l'être humain, avec ce que cela peut comporter comme risques d'atteinte à ses droits et à sa dignité, la recherche dans les sciences humaines et sociales impose que l'étudiant encadre ses habiletés techniques par des règles éthiques. Ainsi, nous avons informé les participantes de la nature de la recherche et de l'utilisation des résultats. Les participantes étaient entièrement libres d'accepter ou de refuser de participer à la recherche. Un formulaire de consentement éclairé fut signé par chacune, avec la mention explicite qu'elle pouvait à tout moment se retirer de l'étude si elle le souhaitait. De plus, le contenu des entretiens est resté anonyme et confidentiel.

CHAPITRE 5 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Au cours de notre passage à l'Hôpital Central, nous avons rencontré différentes participantes dont nous procéderons à leur présentation.

5.1. PRESENTATION DES DONNEES

Il est question pour nous dans cette section de faire une présentation des participantes retenues dans le cadre de cette étude.

5.1.1. Participante Tita

5.1.3.5. Présentation de la participante Tita

La participante Tita est une femme âgée de 49ans. Nous l'avons rencontrée à l'hôpital central de Yaoundé dans le cadre de notre recherche. Elle est conduite dans cet hôpital suite aux saignements abondants et douloureux qu'elle avait. Après examens biomédicaux, il est relevé qu'elle a un cancer de l'utérus et dont il faut faire une hystérectomie à l'urgence étant donné qu'elle se vidait de son sang ; suivie d'une chimiothérapie. Mme Tita est une femme mariée et mère de trois enfants. Elle a un BEPC et travaille comme agent d'entretien dans cet hôpital.

5.1.3.6. Relevé des entretiens avec Tita

En ce qui concerne Tita, sa maladie est une affection courante dans sa famille. Cela ressort de ses propos lorsqu'elle dit :

C'est quand on m'a opéré que ma cousine, l'enfant de la grande sœur à papa a commencé à me citer certains de nos grands-parents qui ont eu ça. Moi je n'avais jamais compris, c'est elle qui m'avait alors expliqué qu'il y avait notre arrière-grand-mère qui était morte de ça. Selon ce qu'on lui avait expliqué, elle avait commencé à saigner abondamment ; et après on n'a pas pu arrêter le saignement, elle est partie. Quand quelqu'un te dit ça, cela voudrait dire que si on n'intervenait pas vite, moi aussi je serais partie. Elle m'a parlé de deux personnes qu'elle

aussi elle connaît. Elle a dit comme Dieu n'a pas accepté aussi sur pour moi...ça va, c'est bien.

Pour ce qui concerne ces douleurs, Tita dit :

Mais l'endroit ne me fait plus très mal. Mais lorsque j'éternue, je dois tenir mon bas ventre, sinon j'aurais très mal [...] oui, mais pas comme au début. Et aussi, je ne fais plus les selles comme avant. Je ne sais pas ce qui s'est passé là-dedans.

Tita évoque cette réalité post-opératoire en ces termes :

Depuis qu'on m'a opéré, je peux dire que je venais de commencer d'aller derrière. Parce que pour réussir à faire les selles, il faudrait que je prenne une position qui va faciliter la sortie des selles, dans le cas contraire, je ne pourrais pas me soulager. Et derrière là, il n'y a pas de support. En plus, depuis cette opération, je ne fais plus les selles comme avant, j'ignore pourquoi. Je ne sais pas comment ça s'est passé dedans. Il faut une position, et quand je ressens l'envie de me soulager, je dois immédiatement aller aux selles. Et quand je m'accroupis tout droit, c'est difficile à venir. Aussi quand je fais ma toilette, ce n'est plus comme c'était avant, je ressens le trait, où on avait cousu, c'est où je tire la saleté. Et ce n'est plus mouillé comme avant, c'est sec. Je peux faire deux jours sans faire la toilette et ça ne gêne pas.

En abordant la thématique des modifications corporelles, d'entrée, Tita évoque le soulagement qu'elle a eue suite à l'opération en ces termes :

Et quand on a enlevé ça, je me suis vraiment sentie soulagée, très soulagée. Après ça...la façon dont je sens mon corps...il est vrai, tu

sens comment on a enlevé une partie de toi. Tout est différent. Et comme c'est là en bas...c'est le rein, ça prend tout le bas. Un temps je ne sens plus mes pieds, ni mon ventre, et après ça revient tout seul ».

Toujours dans le même registre, elle évoque les difficultés qu'elle éprouve pour adopter une posture à cause des modifications corporelles :

Comme je vous ai dit, peut-être c'est progressivement. Là maintenant, c'est l'autre là et aussi le corps qui...tu sais, enlève une partie de toi, le corps n'est plus comme c'était avant. Impossible de rester sur une même position pendant longtemps. Il faut de temps en temps les changer. Quand je me lève, j'ai mal. Je ne peux pas me redresser à l'immédiat, il faut que je prenne de temps pour le faire progressivement afin de reprendre la bonne forme.

En ce qui concerne la participante Tita, elle évoque la douleur associée à la maladie en ces termes :

Trop de douleur, j'avais très mal. Quand je recevais même l'homme, il y avait parfois que la douleur était intense ; parfois même faire ma toilette était impossible. Même marcher en ces moments était quasiment impossible [...] Mes règles n'étaient pas trop douloureuses, sauf le mal là. Parfois je sentais mal les premiers jours ; et aussi je sentais également mal même en l'absence des règles. Douleur pouvait aller jusqu'à une semaine ».

Du fait de la douleur induite par la maladie, l'annonce de l'hystérectomie est une véritable libération pour Tita qui dit :

Oui, je me suis...j'ai remercié Dieu davantage [...] Donc ce qui fait que dès que le médecin m'avait dit qu'il faut qu'on enlève ça, je n'ai plus réfléchi parce que c'est quelque chose que j'avais dans la tête. Et si Dieu a décidé que ce soit ainsi...je n'y peux rien. Il m'a demandé si je veux encore accoucher ; j'ai dit que...avec les temps qui sont durs ci...j'ai quatre, et les quatre là... !

Lorsque Tita découvre que dans son entourage, il y a des personnes qui sont dans la même situation depuis des années, elle se sent soulagée :

Soulagée un peu...tu comprends que tu n'es pas seule dans ça [...] J'ai déjà croisé beaucoup des collègues qui m'ont que bienvenue dans le club. Je les regarde et je suis dépassée. J'ai donc compris que je n'étais pas seule. Et c'est quand tu entre dans une situation que tu découvres les gens qui sont dans la même situation. Plusieurs m'ont dit déjà approché en disant que ça va aller car ça fait des années qu'elles sont dans la même situation.

On note chez elle une véritable résignation ou acceptation de son sort en ces termes :

Ah...je suis là...je vais faire comment ? Ce qui est là...c'est difficile, mais on fait avec [...] moi je prie seulement Dieu que...tu sais, je suis seule avec mes enfants comme tu vois là ! J'ai quatre, la fille c'est l'aînée et voici le dernier. Les deux autres sont...dans le monde comme tu dis. Si ça me laisse me remettre sur pied pour que je puisse faire mon travail et que je continue à...peux être au fur et à mesure je vais vous dire, parce que je n'ai pas encore expérimenté les autres aspects.

Dans le domaine sexuel, on note une diminution du désir. Cela se note chez Tita lorsqu'elle s'exprime en ces termes :

Pour ce qui est des rapports sexuels avec un homme...comme je n'ai pas un homme dedans, je ne sais pas comment ça se passe. Et ce n'est plus dans ma tête comme c'était avant. Je ne sais pas. Mais le médecin m'a dit qu'il n'y a pas de problème, donc si je veux, je peux le faire parce que ça ne gêne en rien. Mais, je me dis que ça ne peut plus être comme avant.

À cette diminution du désir sexuel, s'associe une crainte des rapports sexuels. À ce sujet, Tita s'exprime de la manière suivante :

Bon, je me demande aussi comment ça sera. Et mon mari, quand il a déjà bu il est brutal, donc je me demande comment ce sera, il faut que j'attende peut-être quand il n'est pas sous. Donc je me pose beaucoup de questions [...] Mais on m'a dit que pour l'homme, il y a toujours le vagin pour les rapports. Ce n'est que l'utérus qu'on a enlevé ».

La participante Tita éprouve ainsi des regrets et des remords vis-à-vis de son attitude en lien avec son état de santé. C'est par exemple le cas lorsqu'elle s'exprime ainsi :

Je me pose la question, j'ai des regrets et de remords. Peut-être que si je m'intéressais à ça plutôt, je n'en serais pas là [...] oui, il y a toujours un peu de regrets. Je me dis, je ne sais pas comment je vais vivre sans utérus, comment ça sera ».

Suite à l'opération, de nombreux conflits ont éclatés dans son couple. Car pour Tita depuis son retour au domicile a mis une pause avec son conjoint :

Déjà d'abord il m'avait énervé. Je lui dis de rester à l'écart de moi [...] tu es sans ignorer l'homme et la femme. Donc pour lui quand je suis sortie de l'hôpital, et on a dit que ça va un peu il fallait déjà... je lui ai dit de quitter là-bas ! Qu'il reste d'abord là-bas. Donc pour lui il veut seulement que je meurs ou quoi ! Qu'il y a les femmes dehors.

Dans le cas de Tita, depuis l'hystérectomie, il y a une absence de contact et de proximité Tita : « J'avais bloqué son numéro [...] il est venu une fois, deux fois et je ne lui parlais pas il est parti jusqu'aujourd'hui ». Dans ce contexte, on assiste à une diminution de l'attraction éprouvée envers le conjoint. Cela se note par exemple chez Tita :

Oui...quand il y'a encore un petit quelque chose là...le cœur...mais il m'a trop fait mal. C'est seulement parce que je ne peux pas entrer dans les détails personnels. Mais c'est encore là, mais...c'est déjà distant, avec ce qu'il a eu à faire...nous sommes tous des bantous ; il a voulu ma peau ! Pour lui, on ne devrait plus parler de moi.

Imaginez que, tu sais que je vais entrer au bloc, tu prends la voiture tu voyages ! Tu pars faire quoi en laissant ta femme au bloc ! Et quand tu reviens, tu passes ; et dès qu'on te pose la question, tu t'en vas encore rester. Tu viens...tu fais semblant...donc cela voudrait dire que comme il a raté, il comprend donc que s'il s'accroche encore trop là...même avec les dents je vais le manger. Ce n'est pas facile, c'est quelque chose à laquelle tu ne t'attends pas, mais petit à petit le cœur est entrain de partir. Ce n'est pas quelqu'un qui voulait de mon bien qu'on reste comme ça on cause. S'il est même au courant que je n'ai plus l'utérus, je ne sais pas ce qu'il va penser. Car vue mon âge et mon état lui il veut les enfants. Et moi j'ai dit que je ne peux pas. Et

s'il est alors au courant que je ne peux même plus en faire, la distance serait encore plus grande. Donc, mieux je commence d'abord à enlever le cœur.

5.1.2. LA PARTICIPANTE AURELIE

5.1. 2.1. Présentation de la participante Aurélie

La participante Aurélie est une femme mariée âgée de 47 ans et mère de quatre enfants dont deux filles, deux garçons. Nous l'avons rencontrée à l'HGY dans le cadre de notre recherche. Elle s'est retrouvée dans cet hôpital suite à une campagne de dépistage gratuite du cancer de l'utérus et du sein. Malheureusement pour elle, il a été dépisté chez elle un début du cancer de l'utérus qui a tout de même nécessité une hystérectomie totale bien qu'elle désirait encore faire son dernier enfant. Mme Aurélie a un niveau académique équivalent à un master. Elle est une enseignante du secondaire dans un collège de la place.

5.1. 2.2. Relevé des entretiens avec la participante Aurélie

Les répercussions de la maladie commencent dès l'annonce du diagnostic. En effet, la découverte de la maladie entraîne de nombreux affects c'est par exemple le cas d'Aurélie lorsqu'elle dit :

C'était très difficile, vraiment difficile. En effet, je découvre que j'ai un cancer lorsqu'on a lancé une campagne de dépistage gratuit du cancer du col de l'utérus par la première dame [...] On a palpé les seins, puis on a introduit un appareil par mon vagin pour dépister un éventuel cancer du col. Puis après on me demande de venir prendre les résultats dans trois semaines. Mais à ma grande surprise après trois semaines on m'appelle ; et cela m'inquiète un peu. On me demande de passer au CRACER. Lorsque j'arrive au CRACER, on dit que c'est le Professeur qui va me recevoir. Ça m'a un peu fait paniquer, mais je n'avais tellement peur parce que je n'avais aucun symptôme, j'étais en bonne santé.

Aurélie diminue les efforts qu'elle effectue au quotidien pour permettre une bonne cicatrisation et une meilleure récupération :

Comme ça fait pratiquement 3 mois, de Juin en septembre... jusqu'ici je ne fais plus trop d'efforts. Je me dis que c'est après peut-être un an ou 2 ans que la plaie aura bien cicatrisé à l'intérieur, parce qu'à l'extérieur c'est déjà bien cicatrisé. Donc j'attends... Même lorsque je fais mes travaux ici, je ne fais plus trop d'efforts. Je me fais beaucoup aider par les gens. Donc c'est à ce niveau que je vis les contraintes là ! D'autres peut être... parce que je ne comprends pas bien.

Dans le cas d'Aurélie, nous relevons une difficulté en ce qui concerne l'acceptation du nouveau corps qui est vécu comme étant diminué :

Pour une maman comme moi bon... c'est un peu difficile de savoir que tu n'as plus tes organes ! Donc c'est ça... [...] bon... je n'ai rien, Je ne ressens rien... je suis normale. C'est vrai que j'ai de temps en temps des vertiges et ça m'inquiète un peu ! ».

À cette difficulté s'ajoute l'absence des menstrues qui selon elle est énervante :

Bon, Il n'y a rien, sauf que je ne vois plus mes menstrues. Ça m'énerve aussi... parce qu'une femme hein... lorsque la période-là arrive c'est énervant, mais je préfère la vivre quand-même ! Je me sens un peu diminué je me sens un peu.

Dans le même registre, à l'annonce du diagnostic, Aurélie éprouve des affects négatifs qui lui font fondre en larmes :

Quand je suis sortie de là, j'étais hors de moi, j'ai tellement pleuré ; du CRACER jusqu'à ma maison, j'ai beaucoup pleuré, j'ai énormément

pleuré. Je n'ai même pas eu le courage de rentrer chez moi. Je suis restée là en bordure de l'hôpital général, j'ai beaucoup pleuré.

Du fait de ces affects, elle a dû mobiliser beaucoup de ressources pour l'annoncer à son conjoint :

Je n'ai même pas pu dire à mon mari. C'est au petit matin que je lui dis qu'on a dépisté quelque chose comme ça... j'ai encore éclaté en sanglots et j'ai commencé à pleurer. Il m'a consolé et m'a dit que, je crois que tu m'as dit que c'était encore au début.

En ce qui concerne les affects relevés chez Aurélie, le sentiment d'une mort imminente occupe une place importante :

Mes enfants étaient assis là et je les observais en disant que j'allais les laisser bientôt. J'ai beaucoup pleuré. Je n'ai même pas eu le courage de dire à mon époux [...] J'ai passé le temps à regarder mes enfants. Je le disais que j'allais partir ». « J'ai pleuré, j'ai beaucoup pleuré. Je vous ai dit que j'ai fait mon testament non ! Que j'ai dit à mon époux de garder bien mes enfants, de ne pas les séparer. Oui... il ne pouvait qu'avoir des répercussions dans la maison !

L'annonce de l'hystérectomie suscite chez Aurélie des affects douloureux et constitue une véritable castration :

Le professeur me rassure que ce fût au début, qu'on fera une chirurgie et quelques séances de chimiothérapie après. Ensuite il me demande qu'on programme quand ? Il me dit que je dois déboursier une somme d'en moyen un million en deux semaines. Donc je dois aller me préparer, j'éclate une fois de plus en sanglots. J'étais vraiment sidérée.

Ce qui m'a beaucoup énervé c'est qu'on allait m'enlever mon utérus. Je devais faire mon dernier enfant cette année, je voulais encore faire mon dernier enfant. Donc comme on m'a dit ça, j'ai tellement pleuré au point où le professeur s'est énervé.

À cela, s'ajoute chez elle le doute sur l'efficacité de la chirurgie malgré le réconfort du professeur : « C'est vrai qu'en partant de là je n'avais plus de courage, je me suis dite qu'il disait ça juste pour me consoler est ce que ça allait marcher ? [...] J'étais tellement touchée lorsqu'on enlevé ». Dans le registre de la sexualité, à l'entame, Aurélie évoque en ces termes les douleurs qui accompagnaient les rapports sexuels : « J'avais parfois un peu de douleurs au niveau du col Pendant les rapports ». Mais suite à l'hystérectomie, elle évoque de nombreuses inquiétudes qui ont été levées par les médecins :

Non ça ne m'empêche pas, c'est même la première question que j'avais posée au chirurgien lorsqu'il m'avait dit qu'on allait enlever. J'ai causé longuement avec lui, donc je ne serais plus femme ! Parce que dans ma tête, ne sachant pas l'anatomie de la femme, je me disais qu'en enlevant l'utérus je ne devenais plus femme, ou comme un fossé quoi...je me disais que...J'ai échangé avec beaucoup de médecin certains même ont dessiné, ils m'ont dit que voilà l'utérus et qu'au moment des rapports sexuels, on se limitait au niveau du vagin. Car le col est loin...et il a répondu qu'on n'arrive pas là-bas. Et j'ai même essayé de convaincre mon chirurgien d'enlever seulement la partie atteinte et de laisser les autres... Il m'a dit non, c'est qu'on ne t'aime pas [...] Non... je lui ai posé la question ! Et étant donné qu'on m'avait demandé un repos physique d'au moins 2 mois, et après on a repris normalement. Je n'ai posé la question de savoir si j'avais

changé, il m'a dit non. Je n'ai pas changé. Je suis la même. En fait il n'y a pas de changement.

Depuis la chirurgie, elle évoque la sexualité en ces termes : « Je ressens le même plaisir par exemple, rien n'a changé et je me sens même plus à l'aise parce que je n'ai plus mal. Puisqu'avant j'avais légèrement mal, Maintenant là, je suis bien, je suis à l'aise ».

Cependant, Aurélie exprime des regrets en ces termes : « Oui je regrette. Une fois, j'étais allée toujours à un contrôle pour faire mon bilan de santé en tant que femme et on m'avait toujours dit que ton col est bizarre. Et même à chaque fois que je montais sur la table, on me disait toujours que ton col là... il est bizarre. Et moi je pensais que mon col est comme ça, que c'est une nature, puisque ça ne gêne en rien. C'est la négligence. Si à 29 ans, j'avais pris ça au sérieux, je ne serai pas arrivé là ». « Non... juste que de temps en temps, j'ai toujours des remords, des regrets, une rétrospection par rapport à ma vie de jeune fille, par rapport à... je reste là et je dis bon... [...] Oui, je me rejette beaucoup le tort, j'emploie beaucoup le si si...

En plus des regrets et des remords, elle reconnaît sa négligence :

J'ai vécu une situation quand j'avais 29 ans. J'étais allé à un dépistage comme ça et on m'a dit que mon col était bizarre. Vous voyez un peu ? Mon col était bizarre. C'est vrai qu'on m'a fait un traitement dont j'ignore le nom. C'était un traitement par laser et on m'a demandé de ne pas avoir les rapports sexuels pendant 6 mois et j'ai respecté cela. Mais après c'est un professeur en médecine il m'a dit que ton col est seulement bizarre, il n'y a rien de grave. Donc il faut observer ça. Après le traitement là, il m'a dit que ça va j'ai recommencé ma vie

normalement et j'ai même conçu. Mais moi je vous ai dit que je suis une personne négligente, parce qu'une personne éveillée aurait cherché à savoir ce que c'était. Vous voyez, c'est ça qui revient là, ne voyez-vous pas que c'est ça qui revient ?

5.1.3. La participante BELLA

5.1. 3.1. Présentation de la participante BELLA

La participante Bella est une femme mariée âgée de 39 ans et mère de deux enfants. Nous l'avons rencontrée à l'HGY dans le cadre de notre recherche. Elle y a été conduite parce que plusieurs examens médicaux ont révélé qu'elle souffrait d'un cancer de l'utérus. Même si pour elle, il s'agissait des petites boules comparées aux kystes qui se retrouvaient dans son vagin. Malheureusement, elle a été victime d'une hystérectomie totale qui bouleversé le cours de sa vie. En plus, pour le gynécologue de l'hôpital gynéco obstétrique de Ngouso, elle n'aurait pas dû subir cette opération. D'où son profond regret.

5.1. 3.2. Relevé des entretiens avec la participante BELLA

Les répercussions de la maladie commencent dès l'annonce du diagnostic. En effet, la découverte de la maladie entraîne de nombreux affects c'est par exemple le cas de Bella lorsqu'elle dit :

Ça avait commencé comme des petites boules à l'intérieur de moi, comme des petits kystes. Mais très petits à l'intérieur de mon vagin. Après j'ai commencé à avoir des écoulements comme des pertes blanches abondantes. Et puis je suis allée à l'hôpital Bethesda faire quelques examens. On m'a fait quelques examens ; et puis lorsque j'ai expliqué au médecin, il a dit que ce n'est pas ce qu'il craignait. Et dans ma tête j'ai directement pensé qu'il croyait que c'était le cancer...et pourtant c'était ça !

Après l'opération, je me suis sentie un peu...je ne peux pas dire mieux. J'ai continué à sentir les fortes douleurs ! Mais Pas très fortes quand-même ; et je me disais que ça allait passer ! Alors que ça s'empirait même... ! Et le 24 décembre, j'ai commencé à ressentir les fortes douleurs au point où lorsque je voulais uriner, les urines ne sortaient pas. Et ça faisait vraiment mal !

Les gestes et actions du quotidien sont douloureux. C'est ce que nous explique Belle en ces termes :

Oui oui...parfois, en journée je faisais vraiment les efforts ; surtout lorsque j'étais au travail, je faisais les efforts de bloquer. Car, quand j'allais uriner ou à la selle, c'était avec des fortes douleurs. Le 24 Décembre ça s'est empiré ; les douleurs étaient vraiment atroces ! C'est en ce moment que les urines se sont bloquées ; je ne parvenais plus vraiment à uriner.

Une autre difficulté post opératoire est la perte de poids. Ceci est révélé du discours de Bella en ces termes :

J'ai maigri complètement ! je suis devenue la chair et l'os.

Oui j'ai vraiment maigri ! Et puis les pertes d'appétit de temps en temps. Il y a aussi la fatigue générale, car je fournis trop d'efforts pour travailler.

Le désir sexuel prend également un coup après cette hystérectomie.

Je ne peux pas me senti mieux ! je me pose la question de savoir si je pourrais encore avoir un jour des rapports sexuels, est ce que ça se passera comme avant...je me pose autant de questions ! Ça fait six mois aujourd'hui qu'on m'a opéré, et quand je vois mon corps qui finit ; je me pose des questions. Je n'ai plus les formes comme avant

et je me demande si un jour je pourrais encore être en contact direct avec un homme...entretenir les rapports sexuels quoi ! je me pose aussi cette question-là parce que depuis qu'on m'a opéré avec la santé qui ne donne pas, je n'ai pas encore osé ; mais l'interdiction est dans la tête quoi...

Quand il a constaté ce mal, c'était une semaine avant mon opération. Mais pour les douleurs, il était déjà au courant des douleurs que je ressentais. Et lorsque je le lui ai informé, il m'a dit qu'il verrait ce qu'il peut faire à son niveau. Et quelques jours avant l'opération, je ne le voyais plus, même mes appels il ne décrochait plus. Et le jour où il a pris le téléphone, il est rentré et a commencé à me raconter une histoire banale comme quoi il avait voyagé et qu'on l'avait mis en cellule pour défaut de carte...bref, tout un tas de truc ! Quand je lui demande sa contribution, il me dit qu'il n'a même pas cinq francs, qu'il a les problèmes d'argent. J'ai laissé tomber et je suis allée me faire opérer. Quand j'étais sur le lit d'hôpital, j'ai encore essayé de l'appeler...mais en vain ! Lorsqu'il décroche en fin, il me répond qu'il est dehors en train de se battre.

Notre participante semble n'avoir aucun regret et remord : je n'accuse personne ; je me dis que c'est une maladie qui arrive comme toutes les autres. Car j'ai toujours entendu parler de cette maladie même étant plus jeune. C'est comme ça que j'ai pris la chose, sans toutefois s'appuyer sur une raison que tel ou tel a fait... des regrets non, des remords non plus ; parce que je me dis qu'avoir des regrets et des remords seraient s'apitoyer sur son sort et se faire du mal. Et bloquer la guérison, voilà pourquoi j'évite cela.

C'était parce que j'attendais les gens dire que ça ne donne pas du lait, et qu'on n'y pouvait rien. Qu'il fallait seulement aller en Europe pour

avoir une chance de guérison. Et qu'aujourd'hui j'entends les témoignages de certaines qui disent que j'avais ça, et maintenant je suis guérie. Et c'est comme ça que moi aussi je garde espoir que Dieu puisse faire afin que moi aussi je puisse guérir.

Bon...tout d'abord quand on m'a opéré, j'ai noté beaucoup de choses. La famille n'a presque pas levé son petit doigt ; même en me rendant visite. La famille paternelle a quand même fait semblant lorsque j'étais déjà à la maison. Et la famille de la mère où je pensais que c'est le côté le plus souple, personne n'a réagi, ni même me rendre visite, ni même appelé ; bref en dehors de mon grand frère et ma petite sœur. Et c'est comme ça que ça m'a marqué négativement. Si je me suis en sortie, c'est simplement parce que j'avais mes propres économies ; personne ne m'a aidé. Même après ma rechute, c'était le même scénario. Même mes tantes et cousines maternelles n'ont rien fait ; alors que je me disais que c'est le côté qui pouvait me soutenir ce ne reste moralement. Et je suis vraiment choqué !

La participante Bella a subi un abandon non seulement de la part du conjoint mais aussi familial : je pense que oui ! La famille maternelle ; c'est presque un abandon...on s'appelait. Pour ceux d'ici, on ne se voyait pas facilement ; mais lorsque c'était le cas, c'était dans une ambiance d'amour familial...Il y a eu une première séparation durant laquelle il vivait avec l'enfant. Après on s'est remis ensemble et voilà ce que ça a donné ! Voilà où j'ai toujours eu les regrets...

5.2. PRESENTATION DES DONNEES

5.2.1. Le sentiment de culpabilité chez les participantes

5.2.2.5. *Responsabilité vis-à-vis de la situation actuelle*

L'idée principale de cette modalité est que les femmes ayant subi une hystérectomie se sentent responsables vis-à-vis de leur situation actuelle. Les éléments significatifs du discours des participantes que nous avons relevés sont les suivants : Compte tenu du fait qu'on lui avait dit des années au paravent qu'elle devrait se faire opérer tôt ou tard Tita se sent responsable de la situation actuelle : « Lorsqu'on avait commencé à me dire ça depuis ; peut-être que si je mettais la tête comme j'ai mis cette fois ci, peut-être on ne serait pas arrivé au niveau ou on enlève totalement ». La participante Aurélie quant à elle l'évoque en ces termes : Si à 29 ans, j'avais pris ça au sérieux, je ne serai pas arrivé là ». Je reste là et je dis bon... [...] Oui, je me rejette beaucoup le tort, j'emploie beaucoup le si ... elle reconnaît également sa négligence :

J'ai vécu une situation quand j'avais 29 ans. J'étais allé à un dépistage comme ça et on m'a dit que mon col était bizarre. Vous voyez un peu ? Mon col était bizarre. C'est vrai qu'on m'a fait un traitement dont j'ignore le nom. C'était un traitement par laser et on m'a demandé de ne pas avoir les rapports sexuels pendant 6 mois et j'ai respecté cela. Mais après c'est un professeur en médecine il m'a dit que ton col est seulement bizarre, il n'y a rien de grave. Donc il faut observer ça. Après le traitement là, il m'a dit que ça va j'ai recommencé ma vie normalement et j'ai même conçu. Mais moi je vous ai dit que je suis une personne négligente, parce qu'une personne éveillée aurait cherché à savoir ce que c'était. Vous voyez, c'est ça qui revient là, ne voyez-vous pas que c'est ça qui revient ?

5.2.2.6. Remords et regrets face à son attitude dans le couple

L'idée principale de cette modalité est que les femmes ayant subi une hystérectomie ont des regrets et des remords face à leur attitude dans le couple. Les participantes éprouvent ainsi des regrets et des remords vis-à-vis de leur attitude en lien avec leur état de santé. C'est par exemple le cas de Tita qui s'exprime ainsi :

Je me pose la question, j'ai des regrets et de remords. Peut-être que si je m'intéressais à ça plutôt, je n'en serais pas là [...] oui, il y a toujours un peu de regrets. Je me dis, je ne sais pas comment je vais vivre sans utérus, comment ça sera ». Aurélie quant à elle exprime des regrets en ces termes : « Oui je regrette. Une fois, j'étais allée toujours à un contrôle pour faire mon bilan de santé en tant que femme et on m'avait toujours dit que ton col est bizarre. Et même à chaque fois que je montais sur la table, on me disait toujours que ton col là... il est bizarre. Et moi je pensais que mon col est comme ça, que c'est une nature, puisque ça ne gêne en rien. C'est la négligence. Si à 29 ans, j'avais pris ça au sérieux, je ne serai pas arrivé là ». « Non... juste que de temps en temps, j'ai toujours des remords, des regrets, une rétrospection par rapport à ma vie de jeune fille, par rapport à... je reste là et je dis bon... [...] Oui, je me rejette beaucoup le tort, j'emploie beaucoup le si si... En plus des regrets et des remords, elle reconnaît sa négligence :

J'ai vécu une situation quand j'avais 29 ans. J'étais allé à un dépistage comme ça et on m'a dit que mon col était bizarre. Vous voyez un peu ? Mon col était bizarre. C'est vrai qu'on m'a fait un traitement dont j'ignore le nom. C'était un traitement par laser et on m'a demandé de ne pas avoir les rapports sexuels pendant 6 mois et j'ai respecté cela.

Mais après c'est un professeur en médecine il m'a dit que ton col est seulement bizarre, il n'y a rien de grave. Donc il faut observer ça. Après le traitement là, il m'a dit que ça va j'ai recommencé ma vie normalement et j'ai même conçu. Mais moi je vous ai dit que je suis une personne négligente, parce qu'une personne éveillée aurait cherché à savoir ce que c'était. Vous voyez, c'est ça qui revient là, ne voyez-vous pas que c'est ça qui revient

5.2.2. Le lien affectif chez les participantes

5.2.2.1. Lien affectif Secure

L'idée principale de cette modalité est que, malgré le sentiment de culpabilité développé par la femme qui a subi une hystérectomie, cela n'entrave pas le lien affectif dans le couple. Les éléments significatifs du discours de la participante Aurélie démontrent à suffisance la confiance qu'elle éprouve pour son conjoint, l'ouverture émotionnelle et l'implication dans la relation à long terme. Suite à l'hystérectomie, elle évoque de nombreuses inquiétudes qui ont été levées par les médecins.

Non ça ne m'empêche pas, c'est même la première question que j'avais posée au chirurgien lorsqu'il m'avait dit qu'on allait enlever. J'ai causé longuement avec lui, donc je ne serais plus femme ! Parce que dans ma tête, ne sachant pas l'anatomie de la femme, je me disais qu'en enlevant l'utérus je ne devenais plus femme, ou comme un fossé quoi...je me disais que...J'ai échangé avec beaucoup de médecin certains même ont dessiné, ils m'ont dit que voilà l'utérus et qu'au moment des rapports sexuels, on se limitait au niveau du vagin. Car le col est loin...et il a répondu qu'on n'arrive pas là-bas. Et j'ai même essayé de convaincre mon chirurgien d'enlever seulement la partie atteinte et de laisser les autres... Il m'a dit non, c'est qu'on ne t'aime

pas [...] Non... je lui ai posé la question ! Et étant donné qu'on m'avait demandé un repos physique d'au moins 2 mois, et après on a repris normalement. Je n'ai posé la question de savoir si j'avais changé, il m'a dit non. Je n'ai pas changé. Je suis la même. En fait il n'y a pas de changement.

Depuis la chirurgie, elle évoque la sexualité en ces termes : « Je ressens le même plaisir par exemple, rien n'a changé et je me sens même plus à l'aise parce que je n'ai plus mal. Puisqu'avant j'avais légèrement mal, Maintenant là, je suis bien, je suis à l'aise » non... Mon mari, la grâce de Dieu. Donc il n'y a pas de changement. En fait il m'a soutenu durant cette période, il n'a pas changé. Et nous vivons notre vie normalement.

5.2.2.2. Lien affectif anxieux et évitant

L'idée principale qui émerge de ces modalités stipule que le cancer et l'hystérectomie ont entraîné un sentiment de culpabilité qui a constitué une source de conflit dans le couple. On peut noter chez ces participantes une incertitude à être aimé ou non, un besoin de réassurance et une non recherche du soutien de l'autre. En effet, suite à l'opération, de nombreux conflits ont éclaté dans les différents couples des participantes. C'est par exemple le cas de Tita qui depuis son retour au domicile a mis une pause avec son partenaire :

Déjà d'abord il m'avait énervé. Je lui dis de rester loin de moi [...] tu es sans ignorer l'homme et la femme. Donc pour lui quand je suis sortie de l'hôpital, et on a dit que ça va un peu il fallait déjà...je lui ai dit de quitter là-bas ! Qu'il reste d'abord là-bas. Donc pour lui il veut seulement que je meurs ou quoi ! Qu'il y a les femmes dehors.

Ainsi, dans le registre du lien affectif, notamment en ce qui concerne la proximité dans le couple, nous notons une altération de la proximité entre les partenaires dans le couple. Dans

le cas de Tita, depuis l'hystérectomie, il y a une absence de contact et de proximité Tita : « J'avais bloqué son numéro [...] il est venu une fois, deux fois et je ne lui parlais pas il est parti jusqu'aujourd'hui ». Dans ce contexte, on assiste à une diminution de l'attraction éprouvée envers le conjoint. Cela se note par exemple chez Tita :

Oui...quand il y'a encore un petit quelque chose là...le cœur...mais il m'a trop fait mal. C'est seulement parce que je ne peux pas entrer dans les détails personnels. Mais c'est encore là, mais...c'est déjà distant, avec ce qu'il a eu à faire...nous sommes tous des bantous ; il a voulu la peau ! Pour lui, in ne devrait plus parler de moi.

Tout comme l'attraction et la proximité, l'implication émotionnelle dans le couple est affectée suite à l'hystérectomie. C'est le cas par exemple de Tita qui dit :

Imaginez que, tu sais que je vais entrer au bloc, tu prends la voiture tu voyages ! Tu pars faire quoi en laissant ta femme au bloc ! Et quand tu reviens, tu passes ; et dès qu'on te pose la question, tu t'en vas encore rester. Tu viens...tu fais semblant...donc cela voudrait que comme il a raté, il comprend donc que s'il s'accroche encore trop là...même avec les dents je vais le manger. Ce n'est pas facile, c'est quelque chose à laquelle tu ne t'attends pas, mais petit à petit le cœur est entrain de partir. Ce n'est pas quelqu'un qui voulait de mon bien qu'on reste comme ça on cause. S'il est même au courant que je n'ai plus l'utérus, je ne sais pas ce qui va penser. Car vue mon âge et mon état lui il veut les enfants. Et moi j'ai dit que je ne peux pas. Et s'il est alors au courant que je ne peux même plus en faire, la distance serait encore plus grande. Donc, mieux je commence d'abord à enlever le cœur.

Bella quant à elle évoque ceci : quand il a constaté ce mal, c'était une semaine avant mon opération. Mais pour les douleurs, il était déjà au

courant des douleurs que je ressentais. Et lorsque je le lui ai informé, il m'a dit qu'il verrait ce qu'il peut faire à son niveau...hélas, rien du tout ! Je me suis sentie comme trahie bien-sûr...qu'est-ce que je pouvais bien faire ! J'ai laissé tomber et je me suis dit que j'ai une lourde responsabilité ; celle de ma santé et des enfants même

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSIONS DES RESULTATS

Ce dernier chapitre aborde l'interprétation et la discussion relative aux résultats découlant du problème traité. Nous commencerons par rappeler les résultats de l'étude.

6.1. RAPPEL DES DONNEES THEORIQUES

En ce qui concerne l'hystérectomie, c'est une castration que ces femmes subissent dans la réalité d'un corps qui souffre. Le cancer et ses traitements sont autant d'effractions corporelles qui réitèrent une représentation psychique de la pénétration comme de l'accueil passif de l'autre en soi. Cette figure de l'étranger à l'intérieur du moi convoque des fantasmes, affects et représentations pénétrantes qui endommagent l'image du corps, génère des images de passivité et ravive des expériences de passivation. De plus, cette effraction s'opère spécifiquement sur le lieu intime du sexe, là où s'incarne le devenir femme puis le devenir mère, convoquant le féminin dans sa pluralité, mais aussi dans ses rapports à la féminité (Venturini, 2014). L'une des principales conséquences de l'hystérectomie est la stérilité qui scelle le destin du couple et le contraint à renoncer à la réalisation du désir d'enfant.

Or En Afrique et au Cameroun en particulier, le mariage, qui est une étape déterminante pour la construction identitaire féminine et masculine, est directement associé à une injonction sociale qui est la procréation (Bonnet et Duchesne, 2014). Ainsi, lorsque le mariage n'est pas rapidement suivi d'une naissance, différents recours sont envisagés par les époux et leur famille (guérisseurs, néo-guérisseurs, marabouts, prières, etc.) (Inhorn, van Balen, 2002). La femme hystérectomisée est une femme qui a perdu une partie de son corps, une partie d'elle : la menstruation, les sécrétions vaginales, la féminité et la maternité (Mieille, 2013). La perte de l'utérus chez la femme est une rupture, rupture dans la féminité et la maternité.

L'hystérectomie confronte la femme à une expérience affective, impérieuse et vitale. La femme hystérectomisée doit faire face à des affects qui engagent directement sa vie et celle de son couple sur toutes ses dimensions organiques et psychiques (Smadja, 2004). L'impératif de préserver le lien affectif au couple, sollicite chez elle toutes les ressources dont elle dispose tant sur le plan individuel que sur le plan groupal afin d'éviter un vécu d'effondrement. Le lien affectif est un type de comportement d'attachement qu'un individu (typiquement celui qui

prend soin d'un proche) montre pour un autre individu, et dans lequel les deux partenaires tendent à rester à proximité l'un de l'autre. Hazan et Shaver (1987) ont été les premiers à considérer l'amour romantique comme un processus d'attachement. Pour eux, les adultes créent des liens affectifs, analogues en plusieurs points en ce qui se crée entre les enfants et leurs caregivers. Pour Marie (2001), les diverses transitions qui modifient les trajectoires conjugales et parentales des individus affectent leur lien au couple. Elle pense que pour bien comprendre la diversification des trajectoires familiales des enfants, il faut intégrer leur itinéraire dans l'histoire familiale des deux parents. Gratton et al (2003) abondent dans le même sens lorsqu'ils stipulent que le passé conjugal des parents est déterminant dans l'avenir du lien conjugal des enfants. Selon eux, le déroulement de la vie familiale des enfants est intimement lié aux trajectoires antérieures de leur parent.

Pour Joubert (2007), il existe un mode de choix d'objet transitionnel à l'œuvre dans le lien au couple. Selon lui, ces objets transitionnels participent à la constitution du lien au couple et sont à l'œuvre en son sein. Clément (2009) met en exergue la transmission intergénérationnelle et le lien au couple. Pour elle, la mère joue un rôle déterminant dans le devenir du lien au couple. Maria et al (2012) analysent la transmission psychique entre générations et son intervention dans la construction du lien conjugal. Selon eux, la famille d'origine exerce une influence sur le couple et leurs actions en ce qui concerne le développement de leur identité conjugale. Les travaux mentionnés plus haut ont cette particularité qu'on peut les regrouper en deux catégories. D'un côté, on se rend compte que le devenir du lien conjugal des enfants repose sur les trajectoires antérieures de leurs parents. (Marie, 2001 ; Gratton et al, 2003 ; Joubert, 2007). Et de l'autre côté, le lien au couple est fonction de la transmission transgénérationnelle. (Clément, 2009 ; Maria, 2012).

Toutefois, à y voir de près, on s'aperçoit que tous ces auteurs mettent en exergue la famille comme étant l'origine de ce que vivent les individus au sein du couple ; du lien conjugal. Cependant, ils n'ont pas pris en compte les caractéristiques personnelles des entités du couple ; et plus précisément les émotions que peut ressentir la femme hystérectomisée vivant en couple. Or tout porte à croire que le sentiment de culpabilité joue un rôle déterminant dans la constitution du lien affectif au sein du couple. Car pour Freud (1886), la culpabiliser inconsciente est toujours liée de près ou de loin à la situation œdipienne. D'où l'importance accordée, ici, à la dynamique du lien affectif dans les couples où la femme qui a subi une hystérectomie, développe un sentiment de culpabilité.

6.2. RAPPEL DES DONNEES EMPIRIQUES

Les participantes de cette étude se représentent le cancer comme étant une affection familiale. Une dont elles étaient prédisposées du fait de leur appartenance aux familles dans lesquels le cancer est fréquent. Du fait que le diagnostic s'est fait assez tôt, ce qui leur a permis de se faire traiter et d'être en vie, elles estiment avoir eues plus de chances que leurs proches qui sont décédés de divers types de cancers. Le cancer et l'hystérectomie induisent de nombreux changements dans la vie quotidienne des participantes. Ces contraintes sont multiples et vont de la douleur aux changements des habitudes de vie. Les gestes courants de la vie quotidienne, ils sont marqués par des douleurs qui induisent de nombreuses conséquences. Suite à la chirurgie, de nombreuses modifications corporelles sont observées chez les participantes. Ces modifications concernent l'acceptation du nouveau corps qu'elles perçoivent comme étant diminué.

Le cancer et l'hystérectomie génèrent de nombreux affects et des émotions tels que la douleur, les pleurs, le sentiment de mort imminente associé à un déni de la maladie chez Aurélie. Chez Tita, l'annonce de l'hystérectomie est vécue comme un soulagement alors que chez Aurélie, c'est une véritable castration qui induit des pleurs. Dans le registre de la sexualité, elles évoquent une diminution du désir sexuel et la crainte. En effet, suite à l'hystérectomie, les participantes ont développé une crainte des rapports sexuels. Elles ont toutes développées le sentiment de culpabilité qui s'exprime par des regrets, des remords, la reconnaissance de la négligence et de la responsabilité dans la situation. En effet, des années avant le diagnostic du cancer du col de l'utérus, elles ont eu des signes qui auraient dus susciter la recherche de solution. Mais elles n'ont rien entrepris dans ce sens. Dans ce contexte marqué par le sentiment de culpabilité, de nombreux conflits éclatent dans le couple. Ces conflits sont associés à l'altération de la proximité entre les partenaires dans le couple, la diminution de l'attraction éprouvée envers le conjoint. L'implication émotionnelle dans le couple est affectée.

6.3. INTERPRETATION DES RESULTATS

Il est pour nous question à ce niveau de faire une lecture théorique des résultats que nous avons obtenus.

6.3.1. De la responsabilité de la situation actuelle à la rupture du lien affectif au couple

L'idée principale de cette hypothèse était que la responsabilité de la situation actuelle entraîne la rupture du lien au couple. En effet, le sentiment de culpabilité est une conscience douloureuse d'être en faute consécutive ou non à un acte jugé répréhensible. C'est une notion clé de la métapsychologie, car c'est sur elle que s'appuient de nombreux processus psychiques, comme la mise en place de différents mécanismes de défense, de symptômes, ou encore de pathologies. L'hystérectomie est une véritable castration, Freud envisage un lien très fort entre l'angoisse et la castration. En effet, l'angoisse exprime une perte d'objet (utérus) hautement investi. La castration ravivant le traumatisme de la naissance est intensément revécue à la période œdipienne. Avec l'hystérectomie et le sentiment de culpabilité qui émergent chez les femmes hystérectomisées, les MIO sont automatiquement activés, ceci du fait que ces événements sont liés à l'attachement dans le couple. Une fois activés, ils modèlent de manière automatique, les patterns de réponse émotionnelle, cognitive et comportementale de la femme. En effet, ils modèlent la manière dont ces femmes pensent à propos d'elles-mêmes et de leurs relations, au travers des processus d'attention, de mémoire, d'adaptabilité et de sociabilité. Ils guident le sujet dans la construction de ses expériences interpersonnelles, en donnant sens à ses relations.

Avec l'émergence du sentiment de culpabilité chez la femme hystérectomisée, l'activation des MIO initie une réponse émotionnelle immédiate et largement automatique, ce qui correspond à une évaluation primaire de la situation. Suite à cette primo évaluation, une seconde va se faire et de cette dernière, vont émerger des émotions. Les réactions émotionnelles intenses vont conduire la femme hystérectomisée à s'appuyer sur des schémas déjà appris et non pas à traiter l'information de manière maîtrisée et ouverte (Mallinckrodt, 2000). Les MIO ainsi activés deviennent des patrons des projets et des tendances à l'action et fournissent des stratégies comportementales qui fonctionnent selon les probabilités pour l'atteinte des objectifs en lien avec l'attachement dans le couple.

L'attachement chez l'adulte offre une relation particulière avec une autre personne qui est perçue comme disponible, vers qui l'on peut se tourner pour trouver un support émotionnel et qui est capable de répondre aux besoins d'attachement cette dernière qualité étant primordiale (West & al., 1987). De plus, la disponibilité de la figure d'attachement et la perception du partenaire de cette disponibilité ne sont pas toujours concordantes : le partenaire

peut parfois la trouver inadéquate alors qu'elle est présente à un niveau élevé. Enfin, les caractéristiques personnelles peuvent rendre difficile l'utilisation par le sujet de ses relations d'attachement, particulièrement dans les moments de stress (West & al., 1987). L'engagement sera activé si le sentiment de sécurité est menacé de façon à ce que, si les sujets ont à affronter des événements perçus comme stressants ou menaçants, ils aient tendance à désirer ou à rechercher le contact avec les figures significatives.

Dans les relations les plus sécurisées, un partenaire signale son besoin de manière claire et conséquente jusqu'à ce qu'il y ait une réponse, réalisant une approche directe de l'autre partenaire pour obtenir de l'aide ou du soutien. Le soutien reçu est réconfortant : l'adulte est à même de rétablir son équilibre émotionnel et de retourner à une activité normale et à l'exploration. En donnant un soutien en tant que base de sécurité, l'autre partenaire se montre intéressé et ouvert pour détecter les signaux, pour reconnaître que le partenaire a un besoin ou une détresse, en interprétant correctement le besoin et en donnant une réponse appropriée dans un temps adéquat. L'aptitude à répondre de manière sensible à l'un des partenaires n'a pas besoin de correspondre exactement aux préoccupations de l'autre partenaire, du moment que les réponses prennent en compte le bien-être du partenaire et de la relation dans son ensemble. Pour qu'un partenariat romantique puisse évoluer vers une relation d'attachement, il semble que les adultes aient besoin d'interactions répétées du type de base de sécurité (Crowell & Treboux, 2001).

Les adultes, qui ont un attachement Secure, développent de bonnes représentations de leurs liens d'attachement. Les adultes ayant développé un attachement insecure, adopteront des stratégies comportementales de manière à acquérir une sécurité interne qui s'avérera fragile dans le quotidien ou encore qui les confortera dans leur croyance que les aides extérieures dont ils ont besoin sont défaillantes (Delage, Bastien-Flamain, Baillet-Lussiana & Le Breton, 2004). Mais quelles que soient les représentations qu'adoptent les individus, le besoin de se sentir protégé, aimé et sécurisé demeurera présent à l'âge l'adulte. Les styles d'attachement chez l'adulte se définissent comme des patterns systématiques d'attentes, de besoins, d'émotions, de stratégies de régulation émotionnelle et de comportement social. Ces styles sont considérés comme des « indicateurs de surface » des différences dans l'attachement qui sont liées à la cognition, à l'émotion et aux tendances comportementales et qui sont partiellement inconscientes. Ils captent les modèles internes opérants les plus conscients et portent sur des relations spécifiques actuelles.

De cette étude, il ressort que les participantes ont une image négative de leur soi, dont elles doutent qu'il puisse être aimé. Elles ont, en même temps, une vision idéalisée et positive des autres, tout en ayant toujours le sentiment d'être déçus par eux. Suite à l'hystérectomie, elles ont le sentiment d'avoir peu de contrôle sur leur vie et recherchent de manière excessive les relations proches avec les autres.

6.3.2. Des regrets et remords vis-vis de son attitude dans le couple à la rupture du lien affectif

Parlant de l'effraction dans les liens affectifs au sein du couple Hazan et Shaver (1987) ont été les premiers à considérer l'amour romantique comme un processus d'attachement. Les adultes amoureux créent des liens affectifs, analogues en plusieurs points à ceux qui se créent entre les enfants et leurs caregivers, qui reflètent leurs modèles opérants du soi et des autres. Shaver et Hazan (1993), suggèrent que la théorie de l'attachement peut éclairer quelques aspects de l'amour romantique chez les adolescents et les adultes, en particulier en ce qui concerne les différences systématiques de comportement et les défenses psychologiques suscitées par les relations. Dans un contexte marqué par le sentiment de culpabilité, la nécessité d'une proximité physique et tous les comportements qui favorisaient le développement d'un lien d'attachement diminuent. L'énergie psychique utilisée pour l'établissement du lien d'attachement est tournée vers des préoccupations relatives à la maladie.

Ces préoccupations propulsent ainsi le couple dans une situation de « crise du lien affectif » dans le couple. Le lien est une structure complexe qui inclut le sujet, l'objet et leur mutuelle interaction, à travers des processus de communication et d'apprentissage. Ces relations intersubjectives ont une dimension et elles s'établissent sur la base des besoins, fondement motivationnel du lien. Ces besoins ont une nuance et une intensité particulières dans lesquelles intervient le fantasme inconscient. C'est pourquoi nous insistons que dans toute structure de lien comme interdépendance d'élément, le sujet et l'objet interagissent en se nourrissant l'un de l'autre. Ruffiot (1984) décrit la crise du couple comme une souffrance de l'appareil psychique conjugal et propose une interprétation purement groupale de la crise duelle (Ruffiot, 1984). Cette crise apparaît comme une désillusion, qui dans sa configuration, la femme se rend responsable de la situation qui crée la désillusion.

Pour Dupré la Tour (2005), la crise se déclenche à partir d'un événement particulier anodin ou non, mais dont le contenu latent va venir révéler la structure sous-jacente du

couple. La désillusion constitue un véritable travail de deuil. Suite à cette désillusion, il se passe un véritable retour du refoulé qui va réactiver les angoisses et les conflits chez la femme. Tout cela contribue au dévoilement de la structure du couple. Ainsi la crise constitue non seulement une forme de désillusion, mais elle vient également mettre en exergue les raisons même de la mise en couple. Le retour du refoulé qui provoque l'aversion envers ce qui était apprécié si fort en son partenaire au début de la relation. L'effritement du lien affectif dans le couple est donc la conséquence de l'incapacité du couple à dépasser la crise dans le lien. Dans ces couples, la désillusion qui est une condition sine qua non n'a pu avoir lieu ; l'entité couple ne fournit plus un étayage au lien. Le dépassement des crises implique donc une véritable réorganisation, un réaménagement du lien conjugal à travers la reconstitution du lien, de nouvelles collusions. Or avec le sentiment de culpabilité ce travail de réaménagement du lien conjugal est inefficace.

Le travail psychique du lien dans le couple n'est jamais terminé, car il a à retravailler les identifications dans un processus continu de changement. Il est soutenu dans cet effort par le désir de durée et l'érotisation de la relation, condition primordiale pour que les conjoints puissent continuer à investir le lien, à le faire travailler et à s'investir dans les périodes de crises (Dupré la Tour, 2005, p. 49). Dans le couple dont la femme a subi une hystérectomie, ce travail psychique du lien est difficile car l'investissement du lien affectif est désinvesti. Chacun est renvoyé à la réalité douloureuse de l'altérité de l'objet amoureux, de sa variabilité, de son pouvoir, de son impossibilité de le contrôler et de le posséder, mais aussi de sa propre dépendance à son endroit, si blessante narcissiquement (Smadja, 2011, p. 140). Comme la mère vis-à-vis du bébé, c'est bien la réalité psychique du sujet qui est modifiée et non la réalité objective de l'objet amoureux (Smadja, 2011).

Le retour du refoulé va parfois amener des sujets à reprocher à leur partenaire les raisons mêmes qui les avaient poussés à se mettre en couple avec lui. Le deuxième type de causalité pouvant être à l'origine d'une crise conjugale concerne les épreuves et étapes potentiellement critiques dans l'histoire du couple. Ainsi par « épreuves et étapes potentiellement », nous faisons référence à tous les événements susceptibles de représenter des blessures narcissiques, des deuils ou traumatismes et pouvant engendrer une culpabilité œdipienne chez son auteur, et des mouvements d'envie chez son partenaire, déclenchant un état critique conjugal. Toutes ces situations pourront réactiver des conflits psychiques, des angoisses multiples, prégénitales (persécutives, dépressive) et œdipienne notamment, mais

satisferont aussi des désirs d'accomplissement, de complétude narcissique, des fantasmes de toute puissance (Smadja, 2011, p. 141).

Les conséquences émotionnelles des interactions sécurisées avec d'autres personnes significatives conduiraient à une orientation positive vers le fait de rechercher à être ensemble, l'organisation d'objectifs d'interaction selon des modèles d'intimité et de proximité, ce qui, en retour, encourage l'implication des sujets dans des relations conjugales à long terme. Les représentations mentales positives de soi et des autres, qui caractérisent le sentiment de sécurité, permettraient le développement d'une organisation cognitivo-affective pour la résolution de conflit et donc le maintien de relations maritales satisfaisantes. Enfin, le sentiment de sécurité de l'attachement favorise la satisfaction psychologique d'autres systèmes motivationnels au sein de la relation, ce qui conduirait à augmenter la satisfaction conjugale (Mikulincer et al., 2002).

La plupart des ruptures du lien au couple vient de ce que la femme hystérectomisée ne parvenant plus à faire confiance à son conjoint ne s'ouvre plus émotionnellement et ne s'implique plus dans la relation à long terme ; ce qui crée en elle une incertitude à être aimé et un besoin de réassurance. Tous ces affects négatifs qui fragilisent le lien au couple ont pour cause principale ; non seulement la responsabilité qu'elle se fait de la situation ; mais aussi des regrets et des remords vis-à-vis de son attitude dans le couple.

6.4. DISCUSSION DES RESULTATS

Au terme de cette analyse, il ressort que ; dans un premier temps, la plupart des ruptures du lien affectif au couple vient de ce que les femmes hystérectomisées portent toutes les responsabilités de la situation actuelle qui prévaut dans le couple. La crise conjugale naît donc de ce sentiment de culpabilité qu'elle développe après l'ablation de son utérus. A partir de ce résultat, on se rend compte que le développement du sentiment de culpabilité chez la femme qui a subi une hystérectomie réactive les conflits archaïques qui vont entraver le lien affectif au sein du couple entraînant un désinvestissement libidinal. Cependant, chez la participante Aurélie, malgré le sentiment de culpabilité qu'elle a développé à la suite de l'hystérectomie, cela n'a pas entraîné la rupture du lien au sein de son couple. Par conséquent, le lien d'attachement Secure développé dans son couple lui a permis non seulement de faire confiance à soi-même ,à son conjoint, de s'ouvrir émotionnellement mais aussi de s'impliquer dans la relation à long terme.

Deuxièmement, les remords et regrets ressentis vis-à-vis de son attitude envers le couple génère la crise conjugale qui crée la rupture du lien affectif entre les conjoints. De ce résultat, on se rend compte que le développement du sentiment de culpabilité chez la femme qui a subi une hystérectomie réactive les conflits archaïques qui vont entraver le lien affectif au sein du couple entraînant un désinvestissement libidinal. Bien que ce résultat confirme l'hypothèse générale de l'étude, il ne confirme pas notre modèle d'analyse. Car chez la participante Aurélie, malgré le sentiment de culpabilité qu'elle a développé à la suite de l'hystérectomie, cela n'a pas entraîné la rupture du lien au couple. Par conséquent, le lien d'attachement Secure développé dans son couple lui a permis non seulement de faire confiance à son conjoint, de s'ouvrir émotionnellement mais aussi de s'impliquer dans la relation à long terme.

Il arrive alors que les rapports sexuels soient considérés comme responsables de la maladie, ce qui entraîne parfois l'arrêt total de la sexualité et entretient les troubles, même après la fin de tout traitement. Le conjoint peut lui aussi entretenir des « croyances irrationnelles » (Reynaert et al., 2006.) Il arrive par exemple qu'il établisse de fausses relations entre la sexualité et l'état de santé de sa partenaire. Il pense alors bien faire en la préservant de toute sollicitation. Les études relèvent également une superstition à propos d'une « parole magique » susceptible de rendre réel ce qu'elle énonce, impliquant des « non-dits » dans le couple à propos de la sexualité et de la maladie. L'enquête de 2002 sur le retentissement psychique et sexuel à court terme de l'hystérectomie (Graesslin et al. 2002) fait état des mythes de la féminité, de certaines croyances réservées aux femmes concernant ce qu'elles ont de plus spécifique et intime. Il est question ici des « règles » qui purifient et nettoient le corps et qui pourtant disparaissent dans la maladie. Ces « fausses croyances » ne sont que trop rarement prises en compte malgré leur présence massive chez ces femmes malades. Croyances silencieuses et tabous exercent toujours leur impact sur l'angoisse des participantes, retentissant sur leur sexualité et sur leur couple. Ces croyances s'appuient parfois sur des mythes familiaux ou socioculturels.

Pour elles, la sexualité est comme « déniée » ou en tout cas réduite au silence et mise de côté en attendant « la fin » de la maladie, le « retour à la normale ». La sexualité est mise de côté comme tous les plaisirs de l'homme en cas de danger. Le rejet ou le déni de la sexualité, dans son aspect sensoriel, ponctue une situation ne permettant plus le « lâcher prise » et l'abandon de soi nécessaire au désir sexuel et à la réalisation du plaisir (Hoarau, Favier,

Hubert, 2007). L'attention particulière portée au corps sensuel n'est plus possible car celui-ci est devenu source d'anxiété.

Pour Dauchy et Rouby (2006), le diagnostic et les traitements du cancer représentent un traumatisme émotionnel et physique dont le retentissement psychologique et socio familial peut s'étendre sur plusieurs années. En effet les responsabilités de la participante non seulement l'exposent à un stress accru mais lui font courir le risque, au moment où elle ne peut pas remplir son rôle, de déséquilibrer la structure socio familiale. Dans celle-ci, elle évolue et représente en même temps son unité de soutien : responsabilité matérielle et affective, par rapport aux enfants à charge, parfois encore très jeunes, mais aussi par rapport à l'entretien du foyer, voire à la prise en charge de parents plus âgés. Elle lui offre les responsabilités professionnelles et financière. Le travail d'adaptation psychologique a pour but de préserver au mieux l'intégrité physique et psychologique du sujet devant la maladie. La participante utilise comme stratégies d'adaptation : l'adaptation active, par recherche d'informations et de partenariat, paraît la plus favorable en termes de diminution de la détresse.

Selon Dauchy et Rouby (2006), les symptômes d'anxiété les plus fréquemment retrouvés sont à type de pensées intrusives centrées sur la maladie (pouvant aller jusqu'à des états de stress post-traumatiques), d'anxiété anticipatoire avec ou sans évitement, de préoccupations anxieuses au sujet d'une rechute éventuelle. Un syndrome dépressif majeur est mis en évidence chez environ 10 % des patientes. Il doit être systématiquement recherché devant des troubles du sommeil, des troubles cognitifs, une asthénie persistante. Janne et al, (2001) le fonctionnement des patientes atteintes d'un cancer est caractérisé par l'externalité, c'est-à-dire qu'elles vont se tourner plus facilement vers des facteurs extérieurs à elle-même, comme par exemple la chance, plutôt que d'intérioriser la cause des événements. Reich (2007), souligne également cela lorsqu'il mentionne que la castration effective confronte 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.

Le trouble le plus répandu suite à l'hystérectomie selon les études réalisées à ce sujet est la dyspareunie (Graesslin et al., 2002) symptôme traduisant à la fois une difficulté organique et psychique, liée à des motifs anatomiques et à l'expression d'une crainte. La dyspareunie est généralement abordée comme ayant une étiologie fortement psychologique conduisant progressivement au refus systématique de pénétration et de contact physique, donc

au refus de toute relation sexuelle (Reich, 2007). Les difficultés prolongées et le rejet global de la sexualité nous indiquent une problématique au-delà des inconvénients directs du cancer. La durée des troubles indique une problématique sexuelle sans étiologie organique, installée suite aux interventions sur le corps et durant bien après les traitements sans jamais régresser (Waldir, 2005).

La culpabilité contient donc la notion de « punition ». Le sentiment de culpabilité est étroitement lié au fait d'être puni, et c'est pour cela que cette émotion entraîne autant d'effets dramatiques. En psychologie : la culpabilité va naître d'une conviction que la personne se fait par rapport à une responsabilité personnelle dans un événement négatif ou désagréable, que ce soit par son intervention ou sa non-intervention. On sait également que ce sentiment va apparaître dans les situations de deuil. La culpabilité est historiquement liée à l'idée d'une faute commise entraînant une punition. Celle-ci sera presque toujours représentée par une coupure, une séparation, une privation. Elle est incarnée par des objets tranchants qui donnent un coup ou par une séparation symbolique (deuil, exclusion, enfermement). Ce coup implique la notion de choc brutal, comme le fait de chuter et de tomber d'en haut. On met en général beaucoup de temps à s'en remettre, tant au niveau émotionnel qu'au niveau de son équilibre vital. La culpabilité serait ainsi l'émotion liée à ce mouvement descendant et séparateur.

Moley-Massol confirme cette idée lorsqu'elle évoque que, « la maladie agit souvent comme un révélateur de la relation dans le couple, elle exacerbe les conflits comme elle exalte l'amour et renforce l'attachement ». Avoir un cancer ne dégraderait donc pas forcément les liens du couple. Avec le cancer, peut être constatée une augmentation ou, à l'opposé, une baisse de liens entre le couple. Delvaux et Ravazi disent que « les relations de couples sont parfois renforcées par la maladie mais lorsqu'il y a séparation ou divorce, 49 % en attribuent la cause à la maladie ».

Lorsque le couple est déjà fragilisé, la maladie arrive dans une ambiance de conflits, de tensions, de rancœurs accumulées, avec des tentatives successives de rupture que la maladie vient à nouveau réactualiser. Se pose alors la question de réinvestir autrement le couple, ou de le fuir. Mais le conjoint valide se trouve pris dans un conflit de loyauté avec la crainte d'être jugé par le corpus social. Peuvent alors se manifester des sentiments de dégoût, voire de haine face à une maladie invalidante qui plonge la personne atteinte et désormais vulnérable dans une dépendance qui la rend à la merci d'un conjoint perdu depuis longtemps. Le partenaire responsable de la survie de l'autre s'il est encore au domicile se sent piégé,

dépendant lui aussi de l'état de santé déclinant de son conjoint. Cercle mortifère que les accompagnants se devront de repérer, apaiser, avec parfois une injonction de séparation et de prise en charge professionnelle préférable à une dépendance non choisie

Lorsque la maladie précipite les conjoints dans une relation croisée d'interdépendance et de proximité corporelle nécessaires au soin, les rôles conjugaux qui fonctionnaient auparavant selon des assignations plus ou moins ritualisées sont dans l'obligation de se réactualiser dans l'épreuve : l'un qui, avant la maladie s'était arrogé le pouvoir décisionnel se retrouve dépendant de l'autre qui, auparavant œuvrait dans l'ombre et à présent reprend le pouvoir... (On y retrouve des couples de type « Bastion » avec des conjoints peu individualisés œuvrant pour une communauté familiale Secure avec un grand sens du devoir et de la répartition sexuée des tâches, mais peu à l'écoute de leurs besoins propres et de ceux de l'autre). La dimension de l'imaginaire érotique ayant été peu investie et explorée, qu'il s'agisse d'adaptation à la maladie invalidante ou d'accompagnement vers la fin de la vie, le contact corporel sera-t-il sans doute de type distant voire évitant ; ce qui pour autant n'empêchera pas une relation dans le soin de type « nursing » et un dévouement jusqu'à la fin du couple.

La recherche de Turgeon (1998), auprès de couples en détresse conjugale discutant de situations vécues comme problématiques pour les deux, a confirmé l'impact anxiogène qu'exerce sur les conjoints la ténacité de leurs épouses à l'égard de changements attendus. C'est aussi ce que Gottman et Levenson (1999) ont confirmé lors de leur recherche visant à cibler les couples potentiellement jugés à risque de rupture. Selon Salomé (1995) et Michaud (1997), l'agressivité verbalisée sous forme de reproches et de ressentiment dans ce contexte de difficultés conjugales, provient pour une large part de l'insatisfaction « accumulée » par l'un ou par l'autre au fil de l'histoire conjugale. C'est d'ailleurs cette insatisfaction conjugale, couvant chez celui du couple qui se sent le plus insatisfait dans la relation, qui amorcera la rupture. Il est intéressant de rajouter, sur ces mêmes constats de Michaud, que « l'Initiateur » est également rapporté comme celui qui a déjà, en quelque sorte, « commencé à rompre de l'intérieur », et souvent depuis quelques années.

Selon Johnson (2002), la théorie de l'attachement est actuellement de loin la plus prometteuse pour expliquer les enjeux affectifs en cause dans les relations amoureuses des adultes. Il a été reconnu que les partenaires d'un couple, qui ont un attachement Secure, jouissent d'un lien dynamique, affectueux et dans lequel ils trouvent et alimentent l'intimité, le

bien-être et la sécurité ; en plus, ces liens s'appuient sur une profonde interdépendance psychologique et physiologique. Les théoriciens de l'attachement ont souligné que, peut-être en raison de cette interdépendance, la façon dont le partenaire peut faire défaut à répondre à temps à un besoin urgent de « réassurance » ou encore ne répond pas de façon « suffisamment rassurante » pour le partenaire dans le besoin, semble affecter de façon disproportionnée la relation d'attachement (Simpson & Rholes, 1994). Sous l'angle de l'anxiété, qui constitue la pierre angulaire de la détresse émotionnelle que peut engendrer un tel type de crise, nous convenons que l'agressivité constitue, dans pareil bouleversement, et particulièrement chez des individus plus fragiles, une réponse défensive signant une faiblesse de l'identité. C'est du moins ce qu'avait rapporté Forest (1988) des recherches de Crosby et al. (1983), et de Hunt et Hunt (1977), à savoir, un mécanisme de défense contre l'angoisse et la dépression ; ce qui nous apparaît être ici aussi la raison de cette projection de l'hostilité sur l'autre, tenu comme responsable de la crise.

Des événements apparentés à un attachement négatif, particulièrement des abandons et des trahisons, causent apparemment souvent des dommages irréparables aux relations intimes. Ces événements appelés « blessures d'attachement » sont toujours vécus avec intensité de la part du partenaire blessé, beaucoup comme à la manière d'un « flash-back » traumatique accablant le partenaire blessé. Ainsi, lorsque l'autre partenaire manque à répondre d'une façon « suffisamment reconfortante » ou encore lorsque le conjoint blessé ne peut s'ouvrir à cette tentative de l'autre, la blessure se complexifie. La notion de « blessures d'attachement » ne s'attarde pas tant sur le contenu spécifique de l'événement douloureux que sur la signification accordée à ces événements.

La théorie de l'attachement se réfère, dans certains cas, à des niveaux beaucoup plus profonds de blessures d'abandon où les affects en présence sont, il va sans dire, beaucoup plus aigus. Lorsque les individus sont en proie à de tels niveaux d'angoisse induisant de blessures plus profondes, ils sont aussi plus vulnérables, et éprouvent plus de difficulté à maîtriser leurs émotions (Johnson, 2002). Les perturbations de l'affect sont centrales dans toutes les descriptions de « stress traumatique ». Les blessures liées aux relations d'attachement qui résultent d'un manque à répondre émotionnellement et à temps à un besoin aussi significatif pour un partenaire « déjà blessé », peuvent équivaloir à un trauma, avec « un petit t » (Johnson, 2002).

La recherche de Sabourin et al. (1995), qui a démontré que plus les conjointes rapportent des symptômes de dépression, d'anxiété, d'agressivité et des problèmes de nature cognitive, moins leur degré d'adaptation conjugale est élevé, va aussi dans le sens des plus grandes difficultés relationnelles qu'ont pu éprouver certains de ces partenaires, et en majorité les femmes. Par ailleurs, des difficultés relationnelles peuvent avoir des conséquences psychologiques aussi importantes que la dépression, qui est dans ce cas le plus souvent liée à l'inhabileté à créer un lien Secure avec la première figure d'attachement de qui nous dépendons (Anderson, Beach et Kaslow, 1999 ; Davila, 2001 ; Whiffen et Johnson, 1999). Et bien que nous ne voulions nous attarder ici sur « le pôle dépressif » qui se trouve au cœur d'une crise de rupture,

Selon les modèles d'attachement établis par Ainsworth et al. (1980), les individus ont développé des modèles d'attachements « insécure-ambivalent », ou « insécure-évitant ». En ce sens, les nombreuses recherches auxquelles a participé ou a menées Johnson (1987, 1993, 1996), et particulièrement celle qu'elle a réalisée conjointement avec Maniken et Miliken en 2001, vont dans le sens des blessures d'attachement à l'origine des blocages relationnels des couples en difficultés, et nous porte à croire, du moins en ce qui nous concerne, qu'effectivement cette faille de la première relation d'attachement serait fondamentalement à l'origine des difficultés importantes rencontrées par plusieurs couples. Selon Jacobson (1983, cité par Forest, 1988), cet affect qui colore tous les aspects de la dynamique relationnelle des conjoints pendant la séparation, persisterait plus longtemps que les affects reliés à la tristesse.

6.5. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

Au vu des résultats de ce travail, l'hypothèse retenue est la suivante : chez la femme qui a subi une hystérectomie, le sentiment de culpabilité réactive les conflits archaïques qui vont faire effraction dans le couple entraînant un désinvestissement libidinal entre les conjoints. Au terme de cette étude, les résultats que nous avons obtenus peuvent être utiles :

- Sur le plan théorique, une étude qui ne prendra en compte que les regrets et les remords rendraient davantage compte du lien affectif au sein du couple. A partir de cette étude, on se rend compte que la responsabilité face à la situation expliquerait mieux le lien d'attachement dans le couple.

- Sur le plan pratique, on note l'accompagnement psychologique non seulement des femmes ayant subi l'hystérectomie, mais aussi de leur conjoint.

En effet, le sentiment de culpabilité qui émerge après la chirurgie génère non seulement de la détresse chez la femme, mais également une véritable crise conjugale dans laquelle cette dernière n'est pas l'unique protagoniste. En absence d'accompagnement psychologique approprié, l'effraction du lien affectif peut aller jusqu'à la séparation du couple alors que face à cette situation, la femme a besoin du soutien et de la présence de son conjoint. Ainsi, il serait approprié de mettre en place des interventions psychologiques pour prévenir l'émergence du sentiment de culpabilité chez la femme avant et après l'hystérectomie. Ce travail va également s'élargir au couple tout entier, pour amener le conjoint à comprendre les enjeux et donner au couple les outils nécessaires pour surmonter la crise conjugale si jamais elle venait à s'installer.

En perspective, nous envisagerions en plus de mener une étude éclectique (à l'intersection de la recherche clinique et de la recherche en clinique). Au cours de cette étude, nous allons utiliser des outils validés scientifiquement tel que l'Inventaire de l'Attachement de l'Adulte (IAA) pour évaluer les stratégies d'attachement des femmes afin de cerner les nuances en fonction des styles d'attachement. Dans la même lancée, une étude longitudinale pourra être menée pour investiguer au cours d'une durée plus ou moins longue (quelques mois à quelques années) pour appréhender l'évolution du lien affectif dans le couple suite à l'hystérectomie.

CONCLUSION GENERALE

En somme, il est important de préciser que cette étude est partie du questionnement selon lequel comment serait le lien affectif dans un couple où la femme est soumise à la rude épreuve de l'hystérectomie suite au cancer du col de l'utérus qui de prime à bord a une fonction salvatrice ? Partant de cette interrogation, nous avons fait un état de la question qui nous a permis de comprendre que l'hystérectomie a de nombreux retentissements psychologiques sur la femme ; qui a la sensation d'être diminuée, d'avoir un corps diminué par rapport aux autres femmes, à cela s'ajoute une détresse psychologique, de nombreuses inquiétudes, l'angoisse et le sentiment de culpabilité. Par ailleurs, l'une des principales conséquences de l'hystérectomie est la stérilité qui scelle le destin du couple et le contraint à renoncer à la réalisation du désir d'enfant. Or En Afrique et au Cameroun en particulier, le mariage, qui est une étape déterminante pour la construction identitaire féminine et masculine, est directement associé à une injonction sociale qui est la procréation (Bonnet et Duchesne, 2014).

Dans les pays où les normes sociales pro-natalistes valorisent la maternité, les anthropologues ont montré combien le besoin d'enfants dans un couple avait des conséquences sociales profondément centrées sur la présomption de stérilité portant uniquement sur la femme, accusation de sorcellerie à l'adresse de l'épouse, incitation à la répudiation ou à la polygamie de la part de la famille du mari. Ce qui met l'épouse dans une situation très inconfortable et la pousse à se culpabiliser (Journet, 2008 ; Moussa, 2012). L'identité et le statut social du couple dépendent de sa capacité à transmettre une descendance condition essentielle, par exemple, à l'acquisition du statut de chef de lignage, et d'ancêtre. Cette pression sociale est à l'origine du sentiment de culpabilité qu'on retrouve chez plusieurs couples incapables de procréer (Lalonde, 2016).

Au-delà des conséquences physiologiques et psychologiques que cette lourde opération chirurgicale peut entraîner, nous pouvons évoquer le sentiment de culpabilité (conviction que la personne se fait par rapport à une responsabilité personnelle dans un événement négatif ou désagréable, que ce soit par son intervention ou sa non-intervention) développé par ces femmes à l'issue d'une hystérectomie. Pour les théoriciens du lien affectif ou d'attachement dans le couple, en cas de crise dans le couple, bon nombre font seuls le travail de dépassement qui implique une réorganisation, un réaménagement du lien conjugal à

travers la reconstitution du lien, de nouvelles collusions et également de nouvelles crises qui devront être également dépassées. (Dupré la Tour, 2005 ; Zenatti ; 2008 Kellerhals, Widmer et al, 2004). Or nous avons rencontré des couples soumis à la rude épreuve de l'hystérectomie et avons constaté que certains sont souvent confrontés au sentiment de culpabilité de la femme, qui se plaint davantage d'être le malheur de son couple, qui dit ne plus servir à rien dans son couple, ne plus être vraiment une femme, qui dit se sentir délaissée par son époux. Nous avons aussi constaté que les disputes dans ces couples sont légion et souvent exacerbées. D'où l'importance accordée, ici, à la dynamique du lien affectif dans ces couples. Bref, suite au cancer et à l'hystérectomie, toute la vie conjugale subit un réaménagement qui peut œuvrer soit dans le sens de surmonter l'évènement et inscrire le couple dans une nouvelle dynamique. Soit inversement, il peut œuvrer dans le sens de la détérioration du couple. Aussi nous nous sommes posé la question de savoir : comment le sentiment de culpabilité développé par la femme qui a subi une hystérectomie retentit-il sur le lien affectif dans le couple ?

Pour répondre à cette question, nous avons formulé l'hypothèse de travail de l'étude suivante : Chez la femme qui a subi une hystérectomie, le développement du sentiment de culpabilité réactive les conflits archaïques (œdipiens) qui vont faire effraction dans les liens affectifs au sein du couple, entraînant le désinvestissement libidinal entre conjoints. L'objectif poursuivi est d'étudier le lien affectif au sein du couple dont la femme développe un sentiment de culpabilité à la suite d'une hystérectomie. Cette étude s'est déroulée à l'Hôpital Central de Yaoundé. Après l'obtention de l'autorisation de recherche ; nous nous sommes rendus à l'HCY et avons rencontré le gynécologue. Celui-ci a mis à notre disposition les contacts des femmes hystérectomisées que nous avons rencontrées. Avec le consentement de certaines femmes, nous nous mené trois entretiens. Ces entretiens ont été retranscrits au fur et à mesure puis analysés grâce à la technique d'analyse thématique. Nos participantes ont été sélectionnées sous la base des critères suivants :

- être atteinte du cancer du col de l'utérus et avoir subi une hystérectomie ;
- être en couple ;
- avoir donné son accord pour participer à la recherche.

Pour mener à bien cette étude, nous avons opté pour une recherche de type exploratoire et de nature descriptive. Car, en étudiant les êtres humains dans la globalité et la totalité de leur vécu, ce type de recherche prend en compte leur expérience de vie et le contexte dans lequel se situent leurs relations avec l'environnement. Dès lors, l'expérience

d'une personne diffère de celle d'une autre personne et ne peut être connue que par la description subjective que l'individu en fait. Cette dimension relationnelle est essentielle dans la méthode clinique. La méthode d'étude de cas n'est pas en reste ; car elle a l'avantage d'aller au plus près de la réalité concrète et de favoriser une compréhension holistique des relations entre les faits passés et présents et les positions actuelles du sujet.

Comme technique de collecte des données, nous avons fait usage de l'entretien semi-directif considéré comme la technique clinique par excellence en psychologie clinique selon Tsala Tsala (2006, p.113). C'est la technique la plus appropriée : « il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises » (Campenhoudt, 2011, p.171). Il s'agit de comprendre le vécu de l'interlocuteur, en lui donnant l'occasion d'exprimer ses opinions et ses sentiments. L'échange porte plus ou moins directement sur les points qui préoccupent le chercheur, et non sur ce dont l'interlocuteur désire parler. Cela permet au chercheur de recueillir des informations sur les thèmes qu'il a fixés et définis d'avance. Aussi, la demande de l'échange vient-elle du chercheur qui, en fonction des centres d'intérêt de son étude, organise et oriente l'interview. En raison de ce qui précède, nous pensons que pour notre étude le choix de l'entretien semi-directif nous offre plus de facilité pour recentrer l'échange sur nos objectifs.

Pour analyser nos données nous avons opté pour l'analyse de contenu thématique. Elle est centrée sur les notions ou thèmes évoqués à propos d'un objet d'étude. L'analyse thématique commence par la retranscription des entretiens. Cette retranscription est intégrale et permet d'éviter de s'écarter trop vite de l'analyse les parties de l'entretien qui seraient jugées a priori inintéressantes ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse. L'analyse de contenu thématique vise la recherche de catégorisation dans un discours ou un texte qui correspond à la réorganisation sous forme résumée de ce qui est dit. Pour faciliter l'analyse on peut évoquer les thèmes par ordre d'importance : le premier thème est celui qui est le plus consensuel, etc. On repère les thèmes majoritaires et minoritaires. Des auteurs proposent des règles d'énumération qui correspondent à la manière de compter les informations.

Les résultats obtenus à la suite de cette analyse montrent que le sentiment de culpabilité réactive les angoisses, les Modèles Internes Opérants et les styles d'attachement qui guident les réactions de la femme. Du fait de leur mise en œuvre, le couple plonge progressivement dans une crise conjugale dont il est incapable d'aménager. Dans ce contexte, de nombreux conflits éclatent dans le couple. Ces conflits sont associés à l'altération de la

proximité entre les partenaires dans le couple, la diminution de l'attraction éprouvée envers le conjoint. L'implication émotionnelle dans le couple est affectée. De là, nous cernons les processus psychiques relatifs au sentiment de culpabilité qui sont mis en œuvre dans l'effraction du lien affectif dans le couple. Ainsi, la plupart des ruptures du lien au couple vient de ce que la femme hystérectomisée ne parvenant plus à faire confiance à son conjoint ne s'ouvre plus émotionnellement et ne s'implique plus dans la relation à long terme ; ce qui crée en elle une incertitude à être aimé et un besoin de réassurance. Tous ces affects négatifs qui fragilisent le lien au couple ont pour cause principale ; non seulement la responsabilité qu'elle se fait de la situation ; mais aussi des regrets et des remords vis-à-vis de son attitude dans le couple.

Les résultats ainsi obtenus ont été interprétés par l'entremise des théories de l'attachement, et du lien conjugal dans le couple ; ils ont été par la suite discutés à la lumière des travaux antérieurs répertoriés dans le chapitre revu de la littérature.

Au terme de cette étude, les résultats que nous avons obtenus peuvent être utiles :

- sur le plan théorique, une étude qui ne prendra en compte que les regrets et les remords rendraient davantage compte du lien affectif au sein du couple. A partir de cette étude, on se rend compte que la responsabilité face à la situation expliquerait mieux le lien d'attachement dans le couple.
- sur le plan pratique, on note l'accompagnement psychologique non seulement des femmes ayant subi l'hystérectomie, mais aussi de leur conjoint.

En effet, le sentiment de culpabilité qui émerge après la chirurgie génère non seulement de la détresse chez la femme, mais également une véritable crise conjugale dans laquelle cette dernière n'est pas l'unique protagoniste. En absence d'accompagnement psychologique approprié, l'effraction du lien affectif peut aller jusqu'à la séparation du couple alors que face à cette situation, la femme a besoin du soutien et de la présence de son conjoint.

Ainsi, il serait approprié de mettre en place des interventions psychologiques pour prévenir l'émergence du sentiment de culpabilité chez la femme avant et après l'hystérectomie. Ce travail va également s'élargir au couple tout entier, pour amener le conjoint à comprendre les enjeux et donner au couple les outils nécessaires pour surmonter la crise conjugale si jamais elle venait à s'installer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ainsworth, M. (1991). Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In C. Parkes, J. StevensonHinde, et P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). New York: Routledge.
- Anderson, P., Beach, S. R., & Kaslow, N. J. (1999). *Marital discord and depression: The potential of attachment theory to guide integrative clinical intervention*. In T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.). *The interactional nature of depression*. American Psychological Association Press.
- Baietto, M-C. (2006). Le sentiment de culpabilité. *Analyse Freudienne Presse*, 2(14), 109-117.
- Bartholomew, K. (1997). Adult attachment processes: individual and couple perspectives. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 249–263.
- Bartholomew, K., Cobb, R. J., & Poole, J. A. (1997). Adult attachment patterns and social support processes. In G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & et al. (Eds.), *Sourcebook of social support and personality*. Plenum Press.
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (pp. 151–173). Guilford Press.
- Beltran, L. (2013). Hystérectomie : le point de vue du psychologue. *La Lettre du Gynécologue*, 378-379.
- Berscheid, E., & Reis, H. T. (1998). Attraction and close relationships. In S. Fiske, D. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 193–281) (4th ed.). McGrawHill.
- Blanchet, A., Gotman, A. (2010). *L'entretien*. Armand Colin.
- Blom, T., & van Dijk, L. (2007). The role of attachment in couple relationships described as social systems. *Journal of Family Therapy*, 29, 69–87.
- Bondil, P. & Habold, D. (2009). Le couple, le cancer et la sexualité. Prise en charge. Dispositifs SAICSSO et ERMIO. In : *Assises françaises de sexologie et de santé sexuelle, Le couple et sa sexualité : prise en charge*. Grand Palais.

- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Basic Books.
- Brechot J-M., Joseph-Jeanneney. B., Ruzsniewski., M. (2002). *Autour du malade : la famille, le médecin et le psychologue*. Odile Jacob.
- ByngHall, J. (1999). Family and couple therapy: Thoward greater security. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (pp. 625–648). Guilford Press.
- Campbell, J., Wasco, S., Ahrens, C., Sefl, T., & Barnes, I. Breaking the silence: trauma-informed behavioral health care. *National council magazine*, 2, 12-19.
- Carreel, M. (2017). *Le cancer Une personne malade, une famille souffrante*. Dunod.
- Chaban, M-N., Habold, D. (2017). La confrontation du couple à la maladie grave et à la mort. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2(129), 75-88.
- Charaoui, K., & Benony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Dunod.
- Charles, E et al. (2005). Etat de stress post-traumatique chez le sujet âgé. *Psychalneuropsychiatr vieil*, 3(4), 291-300.
- Chon, D., Silver, C., Cowan, C. et coll. (1992). Working models of childhood attachment and couple relationships. *Journal of family Issues*, 13, 432–449.
- Coan, J. A., Schaefer, H. S., & Davidson, R. J. (2006). Lending a hand. Social regulation of the neural response to threat. *Psychological Science*, 17, 1032–1039.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1053–1073.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: Evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 363–383.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644–663.
- Collins, N. L., Guichard, A. M. C., Ford, M. B. et coll. (2004). Working Models of Attachment. New developments and Emerging Themes. In W. S. Rholes, & J.

- A.Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research and implications* (pp. 196–239). Guildford Press.
- Collins, N., & Feeney, B. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on supportseeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1053–1073.
- Collins, W. A., & Sroufe, A. (1999). Capacity for intimate relationships: a developmental construction. In W. Furman, B. B. Brown, & C. Feiring (Eds.), *The development of romantic relationships in adolescence* (pp. 125-147). Cambridge University Press.
- Crowell, J. A., Treboux, D., Pan, H. et coll. (2002). Assessing secure base behaviour in adulthood: development of a measure, link to adult attachment representations and relation to couple's communication and report of relationships. *Developmental Psychology*, 38, 679–693.
- Crowell, J., & Treboux, D. (2001). Attachment security in adult partnerships. In C. Clulow (Ed.), *Adult attachment and couple psychotherapy: The 'secure base' in practice and research* (pp. 28-42). BrunnerRoutledge.
- D'Halluin. (2012). *La chirurgie gynécologique et mammaire de Charente*.
- Davidovitz, R., Mikulincer, M., Shaver, P. R. et coll. (2007). Leaders as attachment figures: leaders' attachment orientations predict leadership-related mental representations and followers' performance and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 632–650.
- Davila, J. (2001) Paths on to unhappiness: The overlapping courses of depression and romantic dysfunction. In R.S.H. Beach (Ed.). *Marital and family processes in depression: a scientific foundation for clinical practice* (pp71-87). American Psychological Association Press.
- Delage, M., Bastien-Flamain, B. Baillet-Lussiana S., & Le Breton, L. (2004). *Application de la théorie de l'attachement à la compréhension et au traitement du couple. Thérapie Familiale*, 25(2), 171-190.
- Delvaux. N., Ravazi., D. (2002). *Psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille*. Masson.

- Dolto, F. (1996)., *Sexualité féminine : la libido génitale et son destin féminin*. Gallimard.
- Dornes, M. (2000). *Psychanalyse et développement précoce*. PUF.
- 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. *Psycho-Oncologie*, 1(3), 174-178.
- Dupré la Tour, M. (2005). L'organisation groupale du couple. In *Les crises du couple, leur fonction et leur dépassement*. Erès.
- Fatton, B. et al. (2009). Impact de la chirurgie réparatrice pelvienne sur la sexualité. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 37(2) 140-159.
- Faure, C. (2011). *Vivre ensemble la maladie d'un proche. Aider l'autre et s'aider soi-même*. Albin Michel.
- Feeney, B. C. (2007). The dependency paradox in close relationships: Accepting dependence promotes independence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 268–285.
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2004). Interpersonal Safe Haven and Secure Base Caregiving Processes in Adulthood. In W. S. Rholes, & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research and implications* (pp. 300–338). Guildford Press.
- Feeney, J. (2003). The systemic nature of couple relationships. An attachment perspective. In P. Erdman, & T. Caffery (Eds.), *Attachment and family systems* (pp. 139–163). Brunner Routledge.
- Feeney, J. A. (1999). Adult attachment, emotional control, and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 6, 169–185.
- Feeney, J. A. (2004). Adult attachment and Relationship Functioning under Stressful Conditions. In W. S. Rholes, & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research and implications* (pp. 339–364). Guildford Press.
- Feeney, J. A., & Hohaus, L. (2001). Attachment and spousal caregiving. *Personal Relationships*, 8, 21–39.

- Forest, M. (1988). *La différenciation des affects dans la crise de rupture*. (Thèse de Doctorat présentée à la Faculté des études supérieures du Département de Psychologie de l'Université de Montréal).
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1998). Airport separations: a naturalistic study of adult attachment dynamics in separating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1198–1212.
- Giacomoni, C., Venturini, E. (2014). *L'autorité des femmes-mères en situation de maladie*. Presses Universitaires de Bordeaux.
- Giami, A., Moreau, E., Moulin, P. (2007). Les théories de la sexualité dans le champ du cancer : les savoirs infirmiers. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 1, 226-230.
- Girard, J-F., Audetat, M-C. (2006). Des cancers aussi intimes que notre sexualité. *Le médecin du Québec*, 46(4), 71-76.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1999). *Rebound from marital conflict and divorce prediction*. *Family process*, 38(3), 287-292.
- Graesslin, O. et al. (2002). Enquête régionale sur le retentissement psychique et sexuel à court terme de l'hystérectomie. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 30(6), 474-482.
- Gravel, M. (2013). Les Evènements traumatiques : Epidémiologie et caractéristiques. *Traumag*, 5, 1-8.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Zimmermann, P. (1999). A wider view of attachment and exploration. Stability and change during the years of immaturity. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (pp. 760–786). Guilford Press.
- Guédénéy, N., Tereno, S. (2009). Attachement chez l'adulte : approche normative. In N, Guédénéy et A, Guédénéy. *L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée*. Elsevier Masson.
- Haie-Meder, C. et al. (2005). Curiethérapie du cancer du col de l'utérus. *Revue Francophone de PsychoOncologie*, 4(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*, 9(3), 175-182.

- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1–22.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: an attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 270–280.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5 (pp. 1–22).
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachment: Evaluating the evidence. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (pp. 355–377). Guilford Press.
- Hazan, C., Gur-Yaish, N., & Campa, M. (2004). What does it mean to be attached? In W. S. Rholes, & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research and implications* (pp. 55–85). Guildford Press.
- Helgeson, M., Reymolds, K., & Tomich, L. (2013). A métaanalysis review of bebenefit finding. *clinical psychology*, 74, 797- 810.
- Hirsch, E. (2005). Quelle vie pour le couple après le cancer ? Le couple et la sexualité. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4(3), 201-206.
- Hoarau, H., Favier, A-L., Hubert, A. (2007). La sexualité du couple face au cancer : regards de femmes. *Psycho-Oncologie*, 1(4), 252-256.
- Holmes, J. (2001). *The search for a secure base. Attachment theory and psychotherapy*. Routledge.
- Incrocci, L. (2007). Cancer et fonction sexuelle : parler de sexualité aux oncologues et de cancer aux sexologues. *Sexologies*, 16(4), 263-264.
- Janne, P., et al. (2001). Le cancer du sein et son approche psychologique : la famille, les autres, la chance et... moi. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 29(1), 28-33.
- Johnson, S. M. (2002). *Emotionnaly focused therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. Guilford Press.
- Johnson, S., & Best, M. (2003). A systemic approach to restructuring attachment: The EFT model of couple therapy. In P. Erdman, & T. Cafferty (Eds.), *Attachment and*

- family systems: conceptual empirical, and therapeutic relatedness* (pp. 165–192). Guilford Press.
- Kenrick, D. T., Groth, G. E., Trost, M. R. et coll. (1993). Integrating evolutionary and social exchange perspectives on relationships: Effects of gender, selfappraisal, and involvement level on mate selection criteria. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*, 951–969.
- Kirkpatrick, L. (1999). Attachment and Religious Representations and Behavior. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (pp. 803–822). Guilford Press.
- Kirkpatrick, L., & Shaver, P. (1992). An attachment approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *18*, 266–275.
- Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R. et coll. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, *64*, 231–245.
- Kobak, R., Rosenthal, N., & Serwik, A. (2005). The Attachment Hierarchy in Middle Childhood. In K. A. Kerns, & R. A. Richardson (Eds.), *Attachment in Middle Childhood* (pp. 71–88). Guilford Press.
- Le Corroller-Soriano, A. G., Malavolti L., Mermilliod, C. (2008). *La vie deux ans après le diagnostic cancer*. La documentation Française.
- Lis, C. (2009). *L'impatiente*. Jean-Claude Lattès.
- Mac Gowan, S. (2002). Mental representations in stressful situations: the calming and distressing effects of significant others. *Journal of Experimental Social Psychology*, *38*, 152–161.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *10*, 239–266.
- Marvin, R. S., & Britner, P. A. (1999). Normative development. The ontogeny of attachment. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (pp. 760–786). Guilford Press.
- Matthew, J., Friedman, T., Keane P., & Resick, A. (2013). *Handbook of PTSD*. Guilford Press

- Mayseless, O., & Popper, M. (2007). Reliance on leaders and social institutions: An attachment perspective. *Attachment & Human Development*, 9, 73–93.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. The Guildford Press.
- Mbongo, J.A., Mouanga, A., Massamba Miabaou, D., Nzelié, A., Iloki, L.H. (2016). Qualité de vie et vécu de la maladie, avant et après hystérectomie vaginale, chez les femmes admises au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. *Pan African Medical Journal*, 25(79).
- Michaud, C. (1997). *Les saisons de la vie*. Ed. Du Méridien.
- Mieville, C. (2013). Psychanalyse et sentiment de culpabilité. *Les Echo de Saint-Maurice*, 83, 138-149.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2004). Security-Based Self-Representations. In adulthood: Contents and processes. In W. S. Rholes, & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research and implications* (pp. 159–195). Guildford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. The Guildford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). Adult Attachment and Affect Regulation. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (pp. 503–531) (2nd ed.). Guilford Press.
- Mikulincer, M., Florian, V., Cowan, P. et coll. (2002). Attachment in couple relationships: A systemic model and its implications for family dynamics. *Family Process*, 4, 405–434.
- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 881–895.
- Miljkowitch, R. (2009). *Les blessures amoureuses*. Paris: PUF.
- Popper, M., & Mayeless, O. (2003). Back to basic: applying a parenting perspective to a transformational leadership. *Leadership Quarterly*, 14, 41–65.
- Moley-Massol, I. (2009). *Le malade, la maladie et les proches*. Archipel.

- Otto, R. (2006). La genèse du sentiment de culpabilité. Conférence lue à la New York School of Social Work, l'automne 1926. *Le coq-héran* 4(187), 59-66.
- Pedinielli, J.-L. & Fernandez, L. (2007). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris, France : Armand Colin.
- Pedinielli, J.-L. (1995). Recherche clinique et méthodes quantitatives. O. Bourguignon & M. Bydlowski (dir.), *La recherche clinique en psychopathologie* (p. 123-134). Presses Universitaires de France.
- Pierrehumbert, B. (2003). Amour et attachement. *Spirale*, 28, 31-43.
- Pietromonaco, P. R., Greenwood, D., & Barrett, L. F. (2004). Conflict in Adult Close Relationships. In W. S. Rholes, & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research and implications* (pp. 267–299). Guilford Press.
- 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*, 4(3), 161-169.
- Proust, S., Jouly, F., Loprés. (2004). Les complications de l'hystérectomie sont-elles liées à la voie d'abord ? *Gynécologie Médicale*, 183.
- Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.
- Reich, M. (2007). Traitements des problèmes sexuels après un cancer : intégration des approches médicales et psychologiques. *Psycho-Oncologie*, 1(4), 231-235.
- Reynaert, C. et al. (2006). Cancer et dynamique de couple. *Louvain médical*, 125, 1-14.
- Rothebard, J., & Shaver, P. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M. B. Sperling, & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults – clinical and developmental perspectives* (pp. 31–71). Guilford Press.
- Ruffiot, A. (1984). Le couple et l'amour. De l'originnaire au groupal. In A. Eiguer, I. Bérenstein, J. Pujet, C. Padron, S. Decobert, & M. Soulé, *La thérapie psychanalytique du couple*. Dunod.
- Sabourin, S., Gélinas, C. & Lussier, Y. (1995). *Adaptation conjugale : le rôle des attributions et de la détresse psychologique*. <http://www.cpa.ca/cjbsnew/1995/april/gelinas.html>.

- Salomé, J. (1995). *Jamais seuls ensembles, comment vivre à deux en restant différents*. Ed. de l'homme, Montréal.
- Schachner, D., Shaver, P., & Mikulincer, M. (2003). Adult attachment theory, psychodynamics, and couple relationships. In S. Johnson, & V. Whiffen (Eds.), *Attachment Processes in couple and family therapy* (pp. 18–42). Guilford Press.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4, 133–161.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2004). What do self-report attachment measures assess? In W. S. Rholes, & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research and implications* (pp. 17–54). Guildford Press.
- Shaver, P., & Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment: theory and evidence. In D. Perlman, & W. Jones (Eds.), *Advances in personnal relationships* (pp. 29–70), 4. Jessica Kingsley.
- Simpson, J. (1999). *Attachment theory in modern evolutionary perspective*. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (pp. 115–140). Guilford Press.
- Simpson, J. A. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (pp. 115–140). Guilford Press.
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (1998). Attachment in Adulthood. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 3–21). Guildford Press.
- Simpson, J., & Rholes, W. S. (1994). *Stress and secure base relationships in adulthood*. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds). *Attachment processes in adulthood* (p. 181-204). Jessica Kingsley.
- Smadja, É. (2011). *Le couple et son histoire*. Presses Universitaires de France.
- Stein, H., Jacobs, N. J., Ferguson, K. S. et coll. (1998). What do adult attachment scales measure? *Bulletin of Menninger Clinic*, 62, 33–82.

- Tereno, S., Mintz, A.-S., Guédeney, N. (2009). Relations d'attachement chez l'adulte. In N, Guédeney et A, Guédeney. *L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée*. Elsevier Masson.
- This, P. (2006). Cancer du sein de la femme jeune : La vie après le cancer : sexualité et fertilité. In 28^e Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire. *Cancers du sein localisés*. Les nouvelles pratiques.
- Tsala Tsala, J.-Ph. (2006). *La psychologie telle quelle : perspective africaine*. Presse de l'UCAC.
- Turgeon, L. (1998). *Temporal linkage between wife's pursuit and husband's withdrawal during marital conflict*. *Family Process*, 37(3), 323-334.
- Venturini, E. (2014). *Retentissements psychiques du cancer gynécologique pelvien sur la sexualité féminine*. (Thèse En vue de l'obtention du Doctorat de Psychologie de l'Université de Paris V).
- Waldir, C.G., Canella, P.R.B., Jurberg, M. (2005). Cancer du col de l'utérus et sexualité. *Sexologies*, 14, 7–12.
- Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71, 164–172.
- Waters, E., Crowell, J. A., Elliott, M. et coll. (2002). Bolwby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: work(s) in progress. *Attachment and Human Development*, 4, 230–242.
- West, M., & Sheldon Keller, A. (1994). *Patterns of relating – an adult attachment perspective*. Guilford Press.
- West, M., Sheldon, A., & Reiffer, L. (1987). An approach to the delineation of adult attachment: scale development and reliability. *Journal of Nervous and mental disease*, 175, 738–741.
- Yazbeck, C. (2004). La fonction érotique après hystérectomie. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 32(1), 49-54.

ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de recherche


REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

B.P. 755 YAOUNDE
Tél : (237) 22 00 97 18

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

P.O. BOX: 755 YAOUNDE
Phone: (237) 22 00 97 18

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Jacques Philippe TSALA TSALA**, Professeur des universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que **TAFOUASSONG DJEUFACK Stéphanie Josiane** matricule **12B111** a libellé son sujet de mémoire Master II en Psychopathologie et clinique comme suit:


« Sentiment de culpabilité chez les femmes hystérectomisées et lien affectif dans le couple : une étude de cas »

Ses travaux s'effectuent sous la direction du Pr NGUIMFACK Léonard, Maître de conférences.

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit.

Fait à Yaoundé le 30 APR 2021

Le Chef de Département



Jacques
Professeur des Universités

Annexe 2 : CORPUS D'ENTRETIEN AVEC TITA

Étudiante : bonjour Madame ! Vous avez été victime d'un cancer du col de l'utérus. C'est bien ça ?

Madame N : bonjour ! Oui. Mais c'était encore au début.

Étudiante : alors...dites-moi comment ça s'est passé.

Madame N : il est vrai que dès le bas âge, lorsque j'ai commencé à saigner, ça venait toujours beaucoup je ne savais pas pourquoi. Je ne sais pas si c'était dû à ça. Je n'ai jamais connu les menstrues de deux ou trois jours comme certaines femmes. Ça venait de façon abondante au point où je le salissais toujours. Je pense que mes parents étaient un peu négligents. On me disait toujours que dans ma vie je vais me faire opérer.

Étudiante : comment ça ?

Madame N : quand je consultais, les médecins me faisaient toujours comprendre qu'un jour à l'autre je me ferais opérer. Je ne savais pas pourquoi. C'était en février 2021 que j'avais eu mes dernières règles. Et quand je les ai vues, j'ai consulté et on m'a demandé mon âge. J'ai répondu que j'avais 47ans. Et le médecin m'a fait comprendre que c'était la préménopause et je me suis faite à l'idée.

Le 5mai ça m'a donné les signes jusqu'à trois fois. Je suis dite que c'était juste passer. La quatrième fois, c'est Venu tellement beaucoup que je n'ai pas pu contenir. Je me disais que comme ça mis quelques mois sans venir, j'ai pensé que c'était la saleté et que ça allait passer. Une semaine après, ça persistait tellement avec les caillots de sang que je suis allée consulter à nouveau. Il m'a demandé de patienter et on continue à observer. Je lui ai répondu que ça fait plus d'une semaine que ça persiste. Et puisque c'était en caillots noirs, il m'a demandé si j'ai pris quelque chose, j'ai dit non. Et ce jour j'ai demandé qu'il me prescrive un médicament qui pourra stopper le saignement si possible. Il a fait une première prescription que j'ai pris presqu'en totalité, mais sans effet. J'y suis repartie à nouveau et il a changé de prescription. Cette fois ci ça a stoppé le saignement.

Puis il m'a demandé d'aller faire des examens en me conseillant qu'il faudrait qu'on opère pour enlever ça, sinon ça va me vider et je connais la suite. Je lui ai dit que s'il y a moyen d'enlever qu'on le fasse, car j'ai déjà trop souffert. Il m'a fait faire des examens préopératoires et le taux de sang était très bas. Il m'a demandé d'aller me préparer en me prescrivant des médicaments pour augmenter le sang. Je lui ai demandé si je pouvais accompagner avec les remèdes du village, il m'a répondu que ça ne dérangeait pas. Lorsque je suis remontée dans mon service, ceux de là-bas ont dit qu'ils ne pouvaient pas me laisser repartir comme cela parce que ça n'allait vraiment pas.

Et quand on a enlevé ça, je suis vraiment sentie soulagée, très soulagée. Après ça...la façon dont je sens mon corps...il est vrai, tu sens comment on a enlevé une partie de toi. Tout est différent. Et comme c'est là en bas...c'est le rein, ça prend tout le bas. Un temps je ne sens plus mes pieds, ni mon ventre, et après ça revient tout seul. Quand j'ai expliqué au médecin, il m'a fait comprendre que ce sont les effets de l'anesthésie. Je ne sais pas si c'est ça qui continue jusqu'à présent. Mais progressivement ça va.

Étudiante : donc cela voudrait dire que vous continuez à ressentir les effets de l'anesthésie ?

Madame N : oui. Mais l'endroit ne me fait plus très mal. Mais lorsque j'éternue, je dois tenir mon bas ventre, sinon j'aurais très mal

Étudiante : Donc chaque fois pour éternuer, il faut attraper votre ventre, sinon Vous sentez très mal ?

Madame N : oui, mais pas comme au début. Et aussi, je ne fais plus les selles comme avant. Je ne sais pas ce qui s'est passé là-dedans.

Étudiante : comment ça ?

Madame N : depuis qu'on m'a opéré, je peux dire que je venais de commencer d'aller derrière (parlant des toilettes traditionnelles). Parce que pour réussir à faire les selles, il faudrait que je prenne une position que va faciliter la sortie des selles, dans le cas contraire, je ne pourrais pas me soulager. Et derrière là, il n'y a pas de support. En plus, depuis cette opération, je ne fais plus les selles comme avant, j'ignore pourquoi.

Aussi quand je fais ma toilette, ce n'est plus quand c'était avant, je ressens le trait, où on avait cousu, c'est où je tire la saleté Et ce n'est plus mouillé comme avant, c'est sec. Je peux faire deux jours sans faire la toilette et ça ne gêne pas. Tout est sec. Et même si je ne fais pas ma toilette, ça ne me gêne pas. Pour ce qui est des rapports sexuels avec un homme, je n'ai pas encore osé. Et ce n'est plus dans ma tête comme c'était avant. Mais le médecin m'a dit qu'il n'y a pas de problème, donc si je veux, je peux le faire parce que ça ne gêne en rien. Mais, je me dis que ça ne peut plus être comme avant.

Étudiante : comment ça ? Est-ce une peur ou alors...

Madame N : bon, je me demande aussi comment ça sera. Et mon mari, quand il a déjà vu il est brutal, donc je me demande comment ce sera, il faut que j'attende peut-être quand il n'est pas sous. Donc je le pose beaucoup de questions.

Étudiante : et entre temps, lui comment il prend ça ?

Madame N : déjà d'abord il m'avait énervé. Je lui dis de rester chez lui et moi je reste chez moi

Étudiante : comment ça ?

Madame N : tu es sans ignorer l'homme et la femme. Donc pour lui quand je suis sortie de l'hôpital, et on a dit que ça va un peu il fallait déjà...je lui ai dit de quitter là-bas ! Qu'il reste d'abord là-bas. Donc pour lui il veut seulement que je meurs ou quoi ! Qu'il Ya les femmes dehors...

Étudiante : comment ça, est ce qu'il pouvait vouloir que tu meures et il te demande encore ? Et quand tu dis que tu lui as demandé de rester d'abord là-bas, ça fait combien de temps que vous ne vous rapprochez plus ?

Madame N : depuis que je suis sortie de l'hôpital, une semaine après.

Étudiante : et depuis quand êtes-vous sorties de l'hôpital ?

Madame N : on m'a travaillé le 22 juin et une semaine après je suis sortie

Étudiante : sensiblement deux mois aujourd'hui qu'il est vraiment de...

Madame N : voir même plus...car depuis que j'ai commencé le saignement là...rien ! Mais plutôt encore lorsqu'on m'avait prescrit les ovules. Donc tout ce temps là

Étudiante : comme on dit souvent le pauvre... on imagine dans quelle situation il est. Mais, entretemps vous vous appelez quand même ?

Madame N : j'avais bloqué son numéro.

Étudiante : et entre temps, il n'a rien fait ?

Madame N : il est venu une fois, deux fois et je ne lui parlais pas il est parti jusqu'aujourd'hui.

Étudiante : et aujourd'hui aucune nouvelle de lui ?

Madame N : pas du tout.

Étudiante : donc si on vous dit qu'il est peut-être au Soudan...vous ne saurez même pas !

Madame N : ça c'est son problème

Étudiante : maman tout à l'heure vous avez évoqué le fait que cela avait commencé tout au début, à votre très jeune âge, que vous avez commencé à saigner de manière irrégulière et abondante ; et que vos parents étaient négligents. Qu'est-ce que vous voulez dire par là ?

Madame N : puisque c'est quand j'ai commencé à me plaindre qu'on me disait que ce n'est pas normal. Normalement une femme saigne au trop trois à quatre jours. Car il n'y a certaines qui disent que deuxième jour là...c'est déjà fini. Mais moi dès le bas âge ; ça veut dire qu'ils n'ont pas cherché à comprendre ce que moi j'avais. Peut-être que dès le bas âge, s'ils mettaient l'accent sur ça, cela ne me serait pas arrivée. Car, lorsque tu as ton enfant, tu dois être attentif. Je ne vais pas vous mentir, je me salissais vraiment dès mon bas âge. Puisque quand ça coule trop beaucoup et que tu n'es pas habitué, de temps en temps tu vas te salut ! Donc ils n'ont pas aussi mis l'œil pour connaître ce qu'il en était et cherché et me soigner. Et quand j'ai commencé moi aussi à être femme, c'est où on a commencé à blé dire que tôt ou tard on va m'opérer.

Étudiante : et qui le disait ?

Madame N : l'hôpital. Quand j'allais à l'hôpital, on me donnait les calmants, les remèdes en me disant que tôt ou tard on va m'opérer. Donc ce qui fait que dès que le médecin m'avait dit qu'il faut qu'on enlève ça, je n'ai plus réfléchi parce que c'est quelque chose que j'avais dans la tête. Et si Dieu a décidé que ce soit ainsi...je n'y peux rien. Il m'a demandé si je veux encore accoucher ; j'ai dit que...avec les temps qui sont durs ci...j'ai quatre, et les quatre là... !

Étudiante : c'est plutôt lui qui t'a demandé si tu voulais encore faire d'enfants !

Madame N : oui...raison pour laquelle il a enlevé la masse

Étudiante : Raison pour laquelle maintenant, vous ne pouvez plus procréer ?

Madame N : oui.

Étudiante : d'accord je comprends. Et au-delà des difficultés que tu as à aller aux toilettes comme tu le disais tout à l'heure, qu'elles autres difficultés cette ablation a engendré au niveau de ton corps ?

Madame N : comme je vous ai dit, peut-être c'est progressivement. Là maintenant, c'est l'autre là et aussi le corps qui...tu sais, enlève une partie de toi, le corps n'est plus comme c'était avant. Impossible de rester sur une même position pendant longtemps. Il faut de temps en temps les changer. Quand je me lève, j'ai mal. Je ne peux pas me redresser à l'immédiat, il faut que je prenne de temps pour le faire progressivement afin de reprendre la bonne forme.

Étudiante : est-ce que des traitements ont été administrés avant l'opération où on a juste extirpé la masse ?

Madame N : certains examens avaient été faits au préalable ; mais ça n'a servi à rien parce que les résultats sont arrivés au moment où on avait déjà extirpé la masse.

Étudiante : aucune chimiothérapie ?

Madame N : non, pas du tout.

Étudiante : donc c'était juste les médicaments ?

Madame N : oui, on a donné juste les médicaments ; comme je vous ai expliqué là. Et la dame qui faisait ces examens, avait prélevé et m'envoyer les faire au centre pasteur. Et moi je me suis dite que si je connaissais la suite, je n'y serai pas allée parce qu'ils ont été coûteux.

Étudiante : comment ça ? Selon vous ça ne servait à rien ?

Madame N : puisqu'ils ont fini par enlever comme on me l'avait prévenu.

Étudiante : et avec ça...comment est-ce que vous vivez sachant qu'on a enlevé une partie de vous ?

Madame N : ah...je suis là...je vais faire comment ? Ce qui est là...c'est difficile, mais on fait avec. Moi je prie seulement Dieu que...tu sais, je suis seule avec mes enfants comme tu vois là ! J'ai quatre, la fille c'est l'aînée et voici le dernier. Les deux autres sont...dans le monde comme tu dis. Si ça me laisse me remettre sur pied pour que je puisse faire mon travail et que je continue à...peux être au fur et à mesure je vais vous dire, parce que je n'ai pas encore expérimenté les autres aspects.

Étudiante : et avec ça...tu sais que nous sommes en Afrique et chaque fois qu'une chose pareille nous arrive, on cherche quand même à expliquer. Comment est-ce que vous expliquez ce qui vous êtes arrivés ? C'est quelque chose qui commence depuis votre bas âge ; y'a-t-il quelqu'un dans la famille qui aurait souffert de ça ?

Madame N : c'est quand on m'a opéré que ma cousine, l'enfant de la grande sœur à papa a commencé à me citer certains de nos grands-parents qui ont eu ça. Moi je n'avais jamais compris, c'est elle qui m'avait alors expliqué qu'il y avait notre arrière-grand-mère qui était morte de ça. Selon ce qu'on lui avait expliqué, elle avait commencé à saigner abondamment ; et après on n'a pas pu arrêter le saignement, elle est partie. Quand quelqu'un te dit ça, cela voudrait dire que si on n'intervenait pas vite, moi aussi je serais partie. Elle m'a parlé de deux personnes qu'elle aussi elle connaît. Elle a dit comme Dieu n'a pas accepté aussi sur pour moi...ça va, c'est bien.

Étudiante : et qu'est-ce que tu as ressenti après ces dire ? Je suppose que là, tu t'estimes plutôt heureuse ?

Madame N : oui, je me suis...j'ai remercié Dieu davantage. Donc, même notre grand-mère avait aussi eu ça ; et comme son premier fils était à Douala, il est vite intervenu. Donc, c'est sur ces deux qu'elle a mis l'accent.

Étudiante : si je vous comprends bien, c'est en quelque sorte un problème familial ?

Madame N : je ne sais pas, mais si c'est ça c'est que c'est vraiment très grave ; car si on n'intervient pas vite la personne part.

Étudiante : vraiment...si cela n'était pas le cas, c'est qu'aujourd'hui on ne parle plus de vous ! Okay...alors, est-ce qu'avec cela, vous avez votre part de responsabilité là ?

Madame N : comment ?

Étudiante : c'est juste pour voir ; parce que des fois, des choses nous arrivent et on dit "si j'avais été prudente, je ne serais pas arrivée là ; ou alors j'ai négligé un volet, je n'ai pas fait telle chose à temps". Ou alors c'est juste les parents qui ont été négligents ?

Madame N : lorsqu'on avait commencé à me dire ça depuis ; peut-être que si je mettais la tête comme j'ai mis cette fois-ci, peut-être on ne serait pas arrivé au niveau ou on enlève totalement.

Étudiante : cela voudrait dire qu'il y'a aussi un peu de regrets ?

Madame N : oui, il y a toujours un peu de regrets. Je me dis, je ne sais pas comment je vais vivre sans utérus, comment ça sera... Mais on m'a dit que pour l'homme, il y a toujours le vagin pour les rapports. Ce n'est que l'utérus qu'on a enlevé.

Étudiante : encore que pendant l'acte, l'homme n'atteint pas l'utérus. Alors, revenons un peu sur ta relation avec ton partenaire. Cela voudrait dire qu'avant ce problème, les choses se passaient normalement ?

Madame N : oui...oui...

Étudiante : c'est-à-dire quoi ?

Madame N : bref...ce n'est pas lui qui est le père des enfants. Lui, quand je suis arrivée à Yaoundé, on s'est rencontré. Comme on connaît nous tous, parfois c'est bon, parfois c'est mauvais. Oui, c'est un peu comme cela.

Étudiante : la question était pour dire...si on peut parler en termes de fréquence ; c'est-à-dire combien de fois par jour, semaine, mois...

Madame N : Heum...si ce n'était que lui, tous les jours ; peut-être par jour je ne sais combien de fois. Et vue mon âge, je lui disais que si ce n'est que comme cela...pardon ! Mais je sais qu'où il est, il a d'autres femmes. Tu sais que comme je n'assurais pas...

Étudiante : on peut donc déduire à deux fois la semaine...et depuis lors, rien ?

Madame N : oui...voir même plus.

Étudiante : le problème c'est que, il ne vit pas cette maladie comme tu la vit, et peut-être il y avoir également bien problème de communication. Est-ce qu'il t'est arrivé de lui expliquer comment les choses se passent désormais en toi ? Ou alors tu t'es juste réservée à lui dire que ça va mieux ?

Madame N : ma fille, même toi, quand tu restes avec une femme, ta sœur, ta mère...et que lui dises quelque chose et qu'elle ne veut pas comprendre, que fais-tu ? Tu laisses seulement. Tu fermes ça dans ta boîte tu restes. Si tu veux parler à quelqu'un et il ne veut rien comprendre, tu veux bien lui expliquer, mais rien...donc pour lui, ou je suis une machine à mensonge, je ne sais pas. Je suis restée tranquille, même la maladie ci, il ne connaît pas la profondeur.

Étudiante : comment ça ?

Madame N : il sait seulement que je saigne beaucoup, il ne pouvait pas...donc ! Et on m'a opéré on a enlevé la maladie.

Étudiante : peut-être c'est même ça qui fait qu'il pense que c'est une personne qui a encore toutes les formes qu'il aime bien voir, alors qu'à l'intérieur il y a un problème !

Madame N : non, il n'a pas voulu bien comprendre. Et si je lui explique normalement, je ne le vois plus venir vers moi.

Étudiante : donc selon toi, tu penses qu'en lui disant la vérité il ne va plus venir vers toi ?

Madame N : il ne va même d'abord croire, c'est là le problème.

Étudiante : et au cas où il accepte, tu te dis qu'il va beaucoup plus fuir ; comment ça ?

Madame N : quand tu connais ta personne, c'est simple non...déjà si je suis malade, il réussit à me déranger ; et quand je vais le rétablir, sachant que tout va bien et qu'il vienne, que je ne le reçoive plus comme avant...ce qui est sûr, il va partir. Donc autant mieux le laisser partir sans toutefois lui mettre ça dans la tête.

Étudiante : d'accord ! Et comment est-ce que tu vis cette situation ? Est-ce que de temps en temps il t'arrive à réfléchir par rapport à la situation ? Si oui, à quoi ?

Madame N : je me pose la question, j'ai des regrets et de remords. Peut-être que si je m'intéressais à ça plutôt, je n'en serais pas là. J'ai déjà croisé beaucoup des collègues qui m'ont que bienvenue dans le club. Je les regarde et je suis dépassée. J'ai donc compris que je n'étais pas seule. Et c'est quand tu entre dans une situation que tu découvres les gens qui sont dans la même situation. Plusieurs m'ont déjà approché en disant que ça va aller car ça fait des années qu'elles sont dans la même situation.

Étudiante : et quand elles te disent ça, comment est-ce que tu te sens ?

Madame N : soulagée un peu...tu comprends que tu n'es pas seule dans ça.

Étudiante : est-ce que tu leur as demandé comment est-ce qu'elles gèrent leurs conjoints depuis qu'elles sont dans cette situation ?

Madame N : ce sont des questions que je n'ai pas encore posées mais que je compte bien le faire.

Étudiante : est-ce qu'en dehors du saignement abondant, est-ce qu'il y'avait aussi la douleur ?

Madame N : trop de douleur, j'avais très mal. Quand je recevais même l'homme, il y avait parfois que la douleur était intense ; parfois même faire ma toilette était impossible. Même marcher en ces moments était quasiment impossible.

Étudiante : et la douleur pouvait faire combien de temps ? Car généralement, les premiers jours peuvent paraître douloureux chez les femmes, mais après ça passe.

Madame N : mes règles n'étaient pas trop douloureuses, sauf le mal là. Parfois je sentais mal les premiers jours ; et aussi je sentais également mal même en l'absence des règles. Douleur pouvait aller jusqu'à une semaine.

Étudiante : et tout ceci avait lieu après ou avant l'accouchement ?

Madame N : ça n'a pas eu de temps. C'était de temps en temps.

Étudiante : combien de temps avez-vous passé avec votre petit ami ?

Madame N : nous sommes ensemble depuis plus de dix ans.

Étudiante : cela voudrait simplement dire que vous l'avez vraiment aimé ! Car donner le cœur là à quelqu'un pendant dix années de sa vie n'est pas évident du tout !

Madame N : bon...quand je vois l'âge aussi, je me suis accrochée en disant que...mais s'il était quelqu'un de convainquant je devrais être chez lui présentement. Si j'ai tenu comme cela, c'est parce que...vue mon expérience, j'ai compris que j'allais encore entrer dans la souffrance ; autant mieux rester comme ça.

Étudiante : et maintenant, est-ce qu'il t'arrive de rester et penser ou être attirée par lui malgré ce qui t'est arrivée ?

Madame N : oui...quand il y'a encore un petit quelque chose là...le cœur...mais il m'a trop fait mal. C'est seulement parce que je ne peux pas entrer dans les détails personnels. Mais c'est encore là, mais...c'est déjà distant, avec ce qu'il a eu à faire...nous sommes tous des bantous ; il a voulu la peau ! Pour lui, in ne devrait plus parler de moi. Tu comprends alors qu'on est arrivé à un niveau où...même si c'était ma toi ma fille, je te dirai de m'oublier si tu continues là-bas.

Étudiante : moi, je le limitais juste à la petite brutalité que vous faisiez allusion au début !

Madame N : imaginez que, tu sais que je vais entrer au bloc, tu prends la voiture tu voyages ! Tu pars faire quoi en laissant ta femme au bloc ! Et quand tu reviens, tu passes ; et dès qu'on te pose la question, tu t'en vas encore rester. Tu viens...tu fais semblant...donc cela voudrait que comme il a raté, il comprend donc que s'il s'accroche encore trop là...même avec les dents je vais le manger. Ce n'est pas facile, c'est quelque chose à laquelle tu ne t'attends pas, mais petit à petit le cœur est entrain de partir. Ce n'est pas quelqu'un qui voulait de mon bien qu'on reste comme ça on cause. S'il est même au courant que je n'ai plus l'utérus, je ne sais pas ce qui va penser. Car vue mon âge et mon état lui il veut les enfants. Et moi j'ai dit que je ne peux pas. Et s'il est alors au courant que je ne peux même plus en faire, la distance serait encore plus grande. Donc, mieux je commence d'abord à enlever le cœur.

Étudiante : Et cette partie du cœur qui reste là, comment est-ce qu'on compte m'enlever ?

Madame N : progressivement, on ça l'enlever. Avec la situation que je vous explique, déjà quand je veux encore le regarder, pour moi ce sera comme s'il va seulement me piquer pour finir avec moi.

Étudiante : est-ce qu'il y a quelque chose d'autre que tu voulais

Ajouter à notre entretien ?

Madame N : je n'ai plus rien à ajouter parce que tout ce que je peux vous dire c'est de continuer à bien faire votre travail. Je peux vous aider, si elles acceptent celles qui se sont déjà présentées à moi, je vais vous mettre en contact.

Étudiante : alors...merci beaucoup pour nous avoir reçu. C'est une grâce de venir chez quelqu'un le matin et être bien reçu. Merci infiniment.

Madame N : de rien !

Annexe 3 : CORPUS D'ENTRETIEN AVEC AURELIE

Étudiante : Bonjour madame !

Aurélie : merci bonjour.

Étudiante : vous avez été victime on peut le dire d'un cancer du col de l'utérus, c'est bien ça ?

Aurélie : oui c'est ça.

Étudiante : alors, dites-nous comment ça se passe lorsqu'on a une pathologie du genre ?

Étudiante : comment vivez-vous cela ?

Aurélie : c'était très difficile, vraiment difficile. En effet, je découvre que j'ai un cancer lorsqu'on a lancé une campagne de dépistage gratuit du cancer du col de l'utérus par la première dame Chantal Biya. Moi, comme je travaille au privé je vous l'ai dit tantôt ; je suis très occupée. Lorsque je rentre les soirs je suis vraiment épuisée. Bon...j'étais allongée sur mon canapé et j'ai demandé aux enfants qu'ils allument la télévision afin qu'on regarde un peu le journal. C'est donc comme ça que je vais me faire dépister.

On a palpé les seins, puis on a introduit un appareil par mon vagin pour dépister un éventuel cancer du col. Puis après on me demande de venir prendre les résultats dans trois semaines. Mais à ma grande surprise avant trois semaines on m'appelle ; et cela m'inquiète un peu. Une fois arrivée, lorsque le professeur me reçoit, il me pose une série de questions qui m'ont fait couler les larmes. Il me demande quel âge j'ai ? Je lui réponds que j'ai 44 ans. Il me demande combien d'enfants j'ai, je lui réponds que j'ai 4 enfants. J'ai commencé à pleurer parce que j'ai compris pourquoi il me demandait ça. Il me demande pourquoi je pleure et me dit : en fait, vous avez trop de chance, trop de chance parce que c'est encore au début. Je lui demande qu'est-ce qui est au début ? On a dépisté un cancer du col de l'utérus. Et pour confirmer cela, vous allez faire un autre examen qu'on appelle la biopsie.

Quand je suis sortie de là, j'étais hors de moi, j'ai tellement pleuré ; du CRACER jusqu'à ma maison, j'ai beaucoup pleuré, j'ai énormément pleuré. Je n'ai même pas eu le courage de rentrer chez moi. Je suis restée là en bordure de l'hôpital général, j'ai beaucoup pleuré. Quand je rentre à la maison, j'avais faim. Je me suis assise là ; et mon époux était là ! J'ai demandé aux enfants de le servir à manger, et pendant que je voulais manger ; c'était difficile. Mes enfants étaient assis là et je les observais en disant que j'allais les laisser bientôt. J'ai beaucoup pleuré. Je n'ai même pas eu le courage de dire à mon époux.

C'est au petit matin que je lui dis qu'on a dépisté quelque chose comme ça... j'ai encore éclaté en sanglots et j'ai commencé à pleurer. Il m'a consolé et m'a dit que, je crois que tu m'as dit que c'était encore au début. J'ai dit oui ; il m'a demandé de prendre ça avec beaucoup de courage et comme c'est au début, il faut que demain j'aille vite faire les examens. C'est comme ça que l'examen a traîné ; ça fait un mois alors que ça devrait normalement faire trois semaines. Pendant ce temps, je me suis dite qu'ils ne vont rien dépister, j'ai même repris courage en disant que c'était une fausse alerte.

Quand je vais prendre les examens après un mois, je me fâche même en leur demandant pourquoi l'examen a mis plus de temps qu'il n'en fallait. En plus vous ne m'appellez pas. Ils me disent que : non, c'était à toi de venir prendre tes résultats. Ils disent que c'est confirmer, que c'est un cancer et il faut qu'on me fasse une chirurgie. Le professeur me rassure que ce fut au début, qu'on fera une chirurgie et quelques séances de chimiothérapie après. Ensuite il me demande qu'on programme quand ? J'éclate une fois de plus en sanglots. J'étais vraiment sidérée. Ce qui m'a beaucoup énervé c'est qu'on allait m'enlever mon utérus. Je devais faire mon dernier enfant cette

année, je voulais encore faire mon dernier enfant. Donc comme on m'a dit ça, j'ai tellement pleuré au point où le professeur s'est énervé. Il m'a dit : pourquoi vous pleurez ? Vous pouvez même aller balader...

Il a senti qu'il était dur il a dit Madame ne pleurez pas ! Vous avez déjà 4 enfants et les gens en meurent donc c'était pour me donner le moral. C'est comme ça que je rentre, et il fallait mobiliser les fonds. C'est vrai qu'en partant de là je n'avais plus de courage, je me suis dite qu'il disait ça juste pour me consoler est ce que ça allait marcher ? Il fallait mobiliser les fonds.

Ce qui m'a le plus touché c'est que mon histoire particulière. Je viens d'une famille de cancéreux. Mon père est mort d'un cancer d'un organe dans le nez. Mon grand frère que je suivais directement est mort d'un cancer ; donc comme c'est arrivé aussi chez moi, c'était aussi pour que je meure. Il est mort pratiquement à mon âge, mon père en est mort plus jeune. C'est vrai qu'à l'église on m'a beaucoup remonté, on a fait des prières pour me redonner la force et du courage. C'était très difficile. Donc quand on a mobilisé les fonds, on a fait la chirurgie, mais pas Yaoundé je suis plutôt allée à Mbalmayo. C'est là-bas qu'on a fait la chirurgie. La famille les amis m'ont orienté chez un bon chirurgien à Mbalmayo. Lorsque j'ai déposé le dossier il m'a dit qu'il peut faire la chirurgie, enlever tout c'est à dire l'hystérectomie totale.

Il a enlevé tous les organes il a tout enlevé, c'était très difficile de savoir que tu n'as plus tes organes, que tu n'es plus femme. Même si tu as un certain âge, tu te sens diminué. Même jusqu'à présent, je ne me sens plus comme j'étais avant je me sens diminuée. C'est vrai que je sais que c'est une grâce Dieu si je suis encore en vie. Je me sens toujours diminué. Je me sens un peu diminué. On a fait l'hystérectomie totale et après on a prélevé l'organe qu'on a envoyé au centre pasteur pour voir à quel niveau la pathologie était avancée, même comme la biopsie avait relevé que c'était localisée. Ça ne s'était pas encore dispersé, qu'il n'y avait pas encore de métastases. L'examen a également relevé que c'était localisé qu'il n'y avait pas encore de métastases.

Quand je sors donc de là, le chirurgien me renvoie à l'hôpital général rencontrer les oncologues. J'ai fait toute une série de consultations à l'hôpital général j'ai rencontré l'oncologue, Le professeur et me demande de faire un scanner. J'ai donc fait un scanner qui révèle que tout va bien tout est okay. Il n'y a plus rien on ne voit rien en fait. Donc tout est normal, on a seulement retrouvé un peu d'eau, un liquide dans le ventre ils se disent que c'était dû à l'opération c'était à quelques un mois et demi après l'opération. Je devais faire les contrôles par scanner tous les 3 mois.

Étudiante : Donc vous faites juste les contrôles ?

Aurélie : Non je n'ai pas encore commencé, parce qu'il faut 3 mois au moins. On a fait la chirurgie le 8 juin, et nous sommes déjà en...donc il faut 3 mois pour repartir là-bas.

Étudiante : d'accord

Aurélie : C'est très difficile...

Étudiante : je comprends...

Aurélie : Pour une maman comme moi bon... c'est un peu difficile de savoir que tu n'as plus tes organes ! Donc c'est ça...

Étudiante : au-delà du fait qu'on ait "enlevé cette organe", Comment est-ce que vous vivez cela sur le plan biologique ? Ses manifestations ?

Aurélie : bon...je n'ai rien, Je ne ressens rien...je suis normale. C'est vrai que j'ai de temps en temps des vertiges et ça m'inquiète un peu !

Étudiante : Normal juste après qu'on a enlevé ou alors il avait une douleur autre ?

Aurélie : Non, vous savez que la chirurgie est très avancée...

Étudiante : Donc avant la chirurgie il n'y avait aucune douleur ?

Aurélie : Non je n'avais rien, ne ressentez rien, Je n'avais pas de douleur vraiment...J'avais parfois un peu de douleurs au niveau du col Pendant les rapports. Je n'avais pas mal, j'étais bien. Quand bien même on va me faire la chirurgie, on y va seul, on n'annonce pas à son entourage et c'est bien après qu'on les informe. Raison pour laquelle tout le monde était étonné ! Et disait que : mais on l'a vue ici hier non...elle est allée faire le sport...je n'avais rien ! C'est la campagne de dépistage qui révèle tout. Et ce jour-là j'ai allumé la télévision parce que c'est Dieu qui m'a dit : allume la télévision, sinon je n'allais même pas m'en douter. Je voulais même dormir. Et je suis une personne négligente, Je ne serais même pas partie. J'allais même négliger. C'est un peu ça !

Étudiante : Et depuis qu'on a enlevé cet organe, est-ce qu'il y a quelque chose qui a changé sur le corps ?

Aurélie : bon...Il n'y a rien, sauf que je ne vois plus mes menstrues...Ça m'énerve aussi...parce qu'une femme hein...lorsque la période-là arrive c'est énervant, mais je préfère la vivre quand-même ! Je me sens un peu diminué je me sens un peu...

Étudiante : vous vivez ça comme une perte alors...

Aurélie : oui oui...ça me fait un peu...Mais après je me reproche que Dieu m'aime beaucoup donc je ne dois pas...

Étudiante : tout à l'heure vous avez évoqué Le fait que vous avez encore envie de faire votre dernier enfant, Mais tout d'un coup on vient vous interdire cela !

Aurélie : Tout ce qui me faisait pleurer.

Étudiante : et comment votre époux a pris la chose ?

Aurélie : lui il ne voulait plus d'enfants, c'était pour moi. Lui n'en voulait plus. Lui il a grandi dans une famille pauvre du coup il n'aime pas les grosses charges. Étant pilier d'une famille, c'est lui qui s'occupe de tout...il a beaucoup à faire. Pour dire vrai, il ne voulait plus. C'était pour moi toute seule.

Étudiante : Rappelez-vous tout à l'heure vous avez évoqué le fait qu'on a pratiqué l'hystérectomie totale c'est à dire qu'on a tout enlevé. Est-ce que le fait d'avoir tout enlevé a réduit un certain nombre de choses, est ce que cela a un impact au niveau des rapports ?

Aurélie : Non ça ne m'empêche pas, c'est même la première question que j'avais posée au chirurgien lorsqu'il m'avait dit qu'on allait enlever. J'ai causé longuement avec lui, donc je ne serais plus femme ! Parce que dans ma tête, ne sachant pas l'anatomie de la femme, je me disais qu'en enlevant l'utérus je ne devenais plus femme, ou comme un fossé quoi...je me disais que...J'ai échangé avec beaucoup de médecin certains même ont dessiné, ils m'ont dit que voilà l'utérus et qu'au moment des rapports sexuels, on se limitait au niveau du vagin. Car le col est loin...et il a répondu qu'on n'arrive pas là-bas. Et j'ai même essayé de convaincre mon chirurgien d'enlever seulement la partie atteinte et de laisser les autres. Il m'a dit non, c'est qu'on ne t'aime pas. Parce que si on me blesse seulement ça, Il se balade dans tout le corps. Ça n'aime pas la plaie. Dès qu'on blesse la partie qui a une cellule cancéreuse, Il se propage dans tous les autres organes du corps.

Étudiante : Parce que c'est une forme de multiplication exagérée.

Aurélie : Même la biopsie, Lorsqu'on fait la biopsie tu ne dois plus trainer pour faire la chirurgie ; parce que pour faire la biopsie, on blesse l'organe atteint. J'avais saigné. Alors que je ne saignais pas. J'étais tellement touchée lorsqu'on enlevé. Et le médecin me dit qu'à 44 ans, ce sont les accouchements à risque. Que je voulais encore quoi ? J'ai compris qu'il me disait ça pour me...

Étudiante : Dites-moi un peu, je reviens toujours sur le conjoint est-ce qu'après ça il ne dit pas que quelque chose a changé ?

Aurélie : Non... je lui ai posé la question ! Et étant donné qu'on m'avait demandé un repos physique d'au moins 2 mois, et après on a repris normalement. Je n'ai posé la question de savoir si j'avais changé, il m'a dit non. Je n'ai pas changé. Je suis la même. En fait il n'y a pas de changement.

Étudiante : et dans le couple, pas de changement aussi ?

Aurélie : non... Mon mari, la grâce de Dieu. Donc il n'y a pas de changement. En fait il m'a soutenu durant cette période, il n'a pas changé. Et nous vivons notre vie normale.

Étudiante : je comprends... alors, si on revient au fait que vous avez dit une famille de cancéreux, à quoi est-ce que vous le vôtre ?

Aurélie : Je ne sais pas... vu que j'ai beaucoup fait des recherches sur le cancer ; On dit que parfois ça peut venir d'un rapport sexuel, le premier rapport est très déterminant chez la jeune fille. Surtout Quand on a les petites filles comme ça..., L'âge du premier rapport si vous commencez tôt, c'est possible que vous contractiez la maladie. Ça dépend, il y a beaucoup de modes de transmission. Le plus souvent, le col qui est encore jeune peut contracter le microbe. Mais pour moi, j'ai des prédispositions à avoir un cancer. Car dans ma famille directe, donc nucléaire c'est-à-dire mon père ma mère mes frères on a deux cas. Et dans la famille élargie c'est-à-dire le frère de mon père on a plus de 5 cas. Je ma cousine qui a eu un cancer Et qui vit de ça maintenant. Ma grande cousine, donc une grande sœur. Elle a eu ça peut-être 10 ans avant moi. J'ai un autre qui a eu sa part au cerveau et il est décédé. Donc ces versé du côté paternel.

Donc on doit beaucoup consommer des fruits... vous voyez que moi je consomme déjà beaucoup de fruit. Ils sont très bien, tout ce que j'ai acheté là, ce sont des fruits. Ça va faire 2 semaines on achète comme ça on mixe et tout le monde en consomme. Je change du coup les habitudes. Donc on ne consomme pas du cube, et aussi pas trop de sel, On a changé nos habitudes alimentaires. J'ai amélioré mon hygiène de vie que mes enfants ça ne passe pas par eux.

Étudiante : contrairement aux autres qui attribuent cela à d'autres sources encore...

Aurélie: Ce qu'ils disent c'est mystique, le cancer existe normalement. Mange quoi d'abord... les produits que nous consommons, et quand bien même je dis que je consomme des fruits, cultive avec quoi, mais pour lui qui s'infiltré dans les fruits... On vit Le cancer ne vient pas du stress, parce que certaines personnes vont dire que c'est le stress non ! C'est l'alimentation. C'est beaucoup plus l'alimentation, moi je suis tellement cultivé à propos parce que je fais trop de recherche sur le cancer. Et vous voyez que celui qui est avec une situation comme moi j'ai eu tellement de conseils, j'ai pris tellement de traitement naturel. J'en ai pris hein !

Étudiant de : juste après l'annonce ?

Aurélie : oui... Avant la chirurgie et pendant toute la période pré opératoire : Le persil, la betterave, les pommes, la carotte... on mixe tout ça, vous buvez, Vous mangez... des trucs bien. Puisque quand tu vas dans le net, on te dit : Le radis excellent pour ceci, le persil très bien pour le cancer...

Étudiant entre : es ce qu'il vous arrive souvent de dire que si vous aviez pensé à ça avant, Vous n'en serez pas arrivé là !

Aurélie : Oui je pense Beaucoup à ça.

Étudiante : n'est-ce pas ? Qu'est-ce que vous auriez fait concrètement si vous étiez avisé avant

Aurélie : oui...J'allais faire le frottis tout le temps.

Étudiante : et ça vous aurait peut-être épargné !

Aurélié : Oui ça m'aurait épargné. Je pense que c'est aussi une exigence, j'ai vécu une situation quand j'avais 29 ans. J'étais allé à un dépistage comme ça et on m'a dit que mon col était bizarre. Vous voyez un peu ? Mon col était bizarre. C'est vrai qu'on m'a fait un traitement dont j'ignore le nom. C'était un traitement par laser et on m'a demandé de ne pas avoir les rapports sexuels pendant 6 mois et j'ai respecté cela. Mais après c'est un professeur en médecine il m'a dit que ton col est seulement bizarre, il n'y a rien de grave. Donc il faut observer ça. Après le traitement là, il m'a dit que ça va j'ai recommencé ma vie normalement et j'ai même conçu. Mais moi je vous ai dit que je suis une personne négligente, parce qu'une personne éveillée aurait cherché à savoir ce que c'était. Vous voyez, c'est ça qui revient là, ne voyez-vous pas que c'est ça qui revient ?

Etudiant : est-ce que vous regrettez ?

Aurélié : Oui je regrette. Une fois, j'étais allée toujours à un contrôle pour faire mon bilan de santé en tant que femme et on m'avait toujours dit que ton col est bizarre. Et même à chaque fois que je montais sur la table, on me disait toujours que ton col là... il est bizarre. Et moi je pensais que mon col est comme ça, que c'est une nature, puisque ça ne gêne en rien. C'est la négligence. Si à 29 ans, j'avais pris ça au sérieux, je ne serai pas arrivé là. Donc les femmes doivent être... les jeunes femmes là, doivent contrôler beaucoup leur col. Une fille a déjà 30 ans, elle doit faire le frottis. C'est un examen qui dépiste le col. Donc, comme ma jeune fille pour le moment n'a encore que 23 ans, elle va commencer à faire dès qu'elle a 30 ans. Elle sait déjà. Donc tous mes enfants, je vais bien les suivre. Le cancer du col on peut l'éviter.

Etudiante : revenons encore au niveau des rapports, est ce que vous vivez les rapports de la même manière que vous la viviez avant l'opération ?

Aurélié : Rien n'a changé.

Etudiante : comment ça ?

Aurélié : Je ressens le même plaisir par exemple, rien n'a changé et je me sens même plus à l'aise parce que je n'ai plus mal. Puisqu'avant j'avais légèrement mal, Maintenant là, je suis bien, je suis à l'aise. Et même quand je fais mes besoins et ma toilette, Je ne sens pas qu'on a enlevé. Donc c'est loin, moi-même je ne constate pas, c'est vraiment loin. Mais c'est que, quand on est une femme, c'est comme si... Mais c'est une grâce de Dieu, je ne dois pas prendre ça comme une malchance, c'est une grâce De Dieu !

Etudiante : et aujourd'hui, Comment vous vivez, avec une peur ? Ou quelque chose du genre.

Aurélié : oui, J'ai peur pour mes enfants, je sais que je ne peux plus.

Etudiante : peur comme quoi ?

Aurélié : J'ai peur que quelque chose leur arrive.

Etudiante : quelque chose comme quoi ?

: Aurélié : le pire...j'ai peur !

Etudiante : et qu'est-ce que vous mettez dans le pire ?

Aurélié : Tout... j'ai peur en fait ! Vous voyez, Rien que a y penser je coule les larmes, j'ai peur ! J'ai peur que quelque chose de fâcheux leur arrive...j'ai beaucoup peur ! Je les j'aime beaucoup maintenant...

Étudiante : Est-ce à dire que vous n'avez pas peur que quelque chose de fâcheux vous arrive mais plutôt eux ?

Aurélié : J'avais préféré, parce que quand on m'a dit que j'ai la maladie, j'ai causé avec mon époux Et je lui ai dit que je vais aller faire la chirurgie. C'est la première fois que je fasse la chirurgie et il peut arriver que je parte. Moi j'étais contente de partir

Étudiante : c'est-à-dire ? Partir où ?

Aurélié : Parce que c'est un bon père. Si je décédais. En fait je leur ai dit ça, comme il est un bon père, il va rester garder les enfants. J'étais contente de partir, j'étais contente de partir... vue qu'il est un bon père, je n'en voulais à personne. En fait, c'est le contraire que je ne voudrais pas voir. Ça me fait un peu peur !

Étudiante : et qu'est-ce que vous faites donc à cet effet ?

Aurélié : Bon je prie, je prie beaucoup déjà. Et puis, je contrôle l'alimentation. Je les oblige à manger les fruits, parce qu'il n'aime pas les fruits ces enfants. Je contrôle leur alimentation, ils doivent bien manger.

Étudiante : Ça, c'est sur le volet alimentation. Aussi après ça, ce n'est pas en souhait...puisque quand on vit, on doit toujours anticiper sur un certain nombre de choses. Ça c'est déjà au-delà de ce pourquoi nous sommes là ! J'entre déjà dans une forme de thérapie. Puisque vous craignez que quelque chose de fâcheux leur arrive, qu'est-ce que vous faites concrètement pour les préparer si quelque chose de fâcheux arrivait peut-être à vous ?

Aurélié : C'est quelque chose m'arrivait...

Étudiante : vous avez parlé de partir... afin qu'elle ne souffre pas, que faites-vous ?

Aurélié : Depuis la maladie, j'ai une nouvelle orientation dans l'éducation des enfants. Il y a d'abord l'aînée, à qui je donne souvent des consignes Sur comment garder ses frères... et entre eux, je leur inculque beaucoup plus l'amour, le pardon, tolérance...Je leur dis qu'ils doivent se supporter. Donc je comprends...j'ai compris que la vie est comme ça et que je pouvais partir !

Étudiante : ça c'est toujours le volet éducation, dans ce genre de situation, encore c'est toujours proche le faire une sorte de counseling, C'est-à-dire prévoir l'après vous.

Aurélié : vous parlez en termes de revenus, je vous ai dit que je vis dans la précarité vue que je travaille au privé. Leur père fonctionnaire, il est professeur du lycée et est même seneur. Je sais qu'ils sont avec lui, voilà pourquoi je ne pense pas comme ça Voilà pourquoi je ne pense pas comme ça. Dieu ne m'aime pas qu'on pense comme ça, aussi l'héritage qu'on laisse un enfant ça c'est son école. Du moment où un parent a la possibilité d'envoyer son enfant à l'école, une chose est sûre qu'il va s'en sortir. Sinon d'ici quelques temps je vais aussi opter pour l'épargne.

Étudiante : vous avez dit que l'aînée a quel âge ?

Aurélié : 23 ans, 24 même déjà.

Étudiants : Et qu'est ce qu'elle fait ?

Aurélié : Elle travaille même déjà, elle est à vision 4 en stage.

Étudiante : ceci c'est dans le but de préparer un éventuel départ, car c'est s'il arrive qu'un beau matin Les choses venaient à tourner au pire, et que l'enfant qui avait l'habitude De trouver son bout de pain sur la table, continue à le voir, il fera plus vite le deuil. Car il est à l'abri du besoin. C'est un processus pour éviter le deuil pathologique. Car on dit qu'il n'y a de relation que d'objets.

Aurélié : Je comprends ! Moi j'ai mis la confiance en Dieu, et je lui ai dit : seigneur si je pars maintenant, tu prends soin de mes enfants.

Étudiante : pour l'instant, quelles sont vos contraintes dues au fait qu'on ait supprimé une partie de vous ? Une partie si chère...

Aurélie : Contraintes comment ? Peut-être je ne saisis pas très bien la question.

Étudiante : pour dire que, est ce que ça réduit un certain nombre de mouvements ? ou un certain nombre d'activités ? Est-ce que vous êtes obligés de faire telle chose que vous ne faisiez pas auparavant ? Au-delà des fruits que vous consommez maintenant.

Aurélie : Comme ça fait pratiquement 3 mois, de Juin en septembre... jusqu'ici je ne fais plus trop d'efforts. Je me dis que c'est après peut-être un an ou 2 ans que la plaie aura bien cicatrisé à l'intérieur, parce qu'à l'extérieur c'est déjà bien cicatrisé. Donc j'attends...Même lorsque je fais mes travaux ici, je ne fais plus trop d'efforts. Je me fais beaucoup aider par les gens. Donc c'est à ce niveau que je vis les contraintes là ! D'autres peut être... parce que je ne comprends pas bien.

Étudiante : Et au niveau du corps, l'esthétique... est ce que votre beauté aurait pris un coup ?

Aurélie : Non ma beauté n'a pas pris un coup, et ça ne se voit même pas. Le chirurgien m'avait dit que, ne t'en fais même pas tu iras encore à la plage. Ça ne se voit pas... encore que c'est interne. En plus que la chirurgie se fait déjà très bien, et même après 4 césariennes, on ne voit rien sur le ventre.

Étudiante : Quand il y a un noyau cancéreux dans la famille, je n'ai pas entendu dire que je voudrais que ma fille pour mon fils fasse médecine !

Aurélie : Non, il y a déjà un médecin dans cette famille. Il y a une de mes filles qui a mal aux yeux, la dernière-là, elle m'a dit qu'elle le fera pour ses yeux. C'est aussi un mal un peu compliqué.

Étudiante : Alors c'est au niveau biologique il n'y a pas eu de dommage, au niveau cognitif rien du tout ? nous arrive-t-il souvent d'oublier des choses auxquelles vous n'auriez jamais imaginé ?

Aurélie : Non... juste que de temps en temps, j'ai toujours des remords, des regrets, une rétrospection par rapport à ma vie de jeune fille, par rapport à... je reste là et je dis bon...Je me projette aussi et je dis que les jeunes doivent prendre un certain nombre de choses au sérieux. C'est dans ce sens que je réfléchis maintenant.

Étudiante : Et à l'annonce du cancer, vous dites avoir tellement pleuré. Ça s'est arrêté juste au niveau des pleurs ou alors la maison a aussi porté un coup ?

Aurélie : J'ai pleuré, j'ai beaucoup pleuré. je vous ai dit que j'ai fait mon testament non ! Que j'ai dit à mon époux de garder bien mes enfants, de ne pas les séparer. Oui... il ne pouvait qu'avoir des répercussions dans la maison !

Étudiante : les enfants pleuraient ils aussi ?

Aurélie : non...Ils ne le savent pas. On parle seulement doucement comme ça. Je me dis peut-être c'est trop fort pour eux, jusqu'à présent ils ne le savent pas. Il n'y a que l'aîné qui est au courant.

Étudiante : Et si je vous disais que c'était une erreur !

Aurélie : Non, ce n'est pas une erreur. Seul l'aîné qui sait. Les petits enfants comme ça je vais leur dire quoi ? Ils sont tellement attachés à moi, et je vais leur dire ça comment ? Bon, peut être maintenant je peux... ils étaient d'abord trop tristes et ils me disaient ; maman tu as même quelle maladie ? Je leur ai dit qu'on va ouvrir mon ventre.

Étudiante : Je pense qu'il y a plusieurs façons d'annoncer cela, on peut créer une petite situation autour du cancer j'ai demandé aux enfants ce qu'ils en pensent, Et ensuite déclencher une conversation allant dans le sens de l'annonce. Je vous assure, si à jamais ils étaient au courant, un oncologue allait se pointer à l'horizon.

Aurélié : Oui, ils savent quand même que maman a traversé une période très difficile et qu'on lui a ouvert le ventre. Mais ils ne savent pas ce qu'on y a enlevé.

Étudiante : donc sur le plan cognitif il n'y a pas de dégâts, seulement le fait que vous aviez des sursauts de temps en temps et des remords.

Aurélié : oui, je me rejette beaucoup le tort, j'emploie beaucoup le si...

Étudiante : en dehors de ce tort, votre conjoint qu'est-ce qu'il en pense ?

Aurélié : non, il m'accompagne, il ne trouve pas de problème à ça. Je vous ai dit je sors d'une famille et ça ne pardonnait pas, c'est vrai que mon cas était un peu exceptionnel. Car, quelques temps après l'annonce du cancer, on te disait que la personne est partie. Ça allait tellement vite ! Ma part même était exceptionnelle, on m'a dit que ce n'était qu'au début. Je ne me suis pas couché, seulement pour la chirurgie et après la chirurgie.

Étudiante : en dehors du fait que vous êtes toujours entrain de faire votre "testament", est-ce à dire que vous attendez cela patiemment ?

Aurélié : non, je vous ai dit que je sortais d'une famille de cancéreux, et là ça ne pardonnait pas dans ma famille. Là, il n'y a que deux éventualités. Mon cas était tellement exceptionnel. Parce que les autres en mouraient rapidement. Moi je ne me suis pas couché, j'ai été atteinte parce qu'on a dépisté.

Étudiante : est-ce à dire que si on ne dépistait pas ce que...

Aurélié : non, c'est que j'ai ça, et peut-être subitement j'allais m'écrouler un jour. Je vous ai dit que le professeur m'a dit que j'avais beaucoup de chance. Le chirurgien s'est entretenu avec ma grande sœur et il a dit que ta sœur là...elle a une chance particulière. Beaucoup de gens l'ont dit que c'est sûr que tu vas mettre beaucoup de temps sur la terre.

Étudiante : et à qui est ce que vous attribuez cette chance ?

Aurélié : à Dieu bien-sûr...à qui d'autre encore !

Étudiante : et si je vous disais que c'est aux enfants que vous tenez ?

Aurélié : ça peut aussi être ça, parce que les élèves ont aussi tellement réagi.

Étudiante : vous savez que blés enseignants ont souvent beaucoup de chance !

Aurélié : moi je me dis que c'est même ça. Car, quand bon dépiste, je dis à mes élèves. Il y avait une classe que j'aimais particulièrement, j'étais professeur principal. Je leur ai dit que je peux être debout comme vous le constatez, mais je suis atteinte d'une grave maladie. Priée pour moi. Je vous dis que les enfants-là ont fait près de 30 minutes dans un silence total. Ils ne parlaient plus. Et quand j'annonce qu'on m'a opéré, il fallait voir leur réaction ! Il dit à son père qu'appelle, c'était les vacances. Je veux lui dire bonjour ! Le parent qui avait appelé au téléphone m'a simplement dit que madame je ne respire pas hein ! Voilà votre élève qui veut vous parlez. Et jusqu'à présent ils me demandent sans cesse si ça va bien, si ça va déjà... madame, c'était même quoi ? Non, les enfants ont vraiment croisé les doigts.

Étudiante : d'accord ! Je dirais juste merci pour cet entretien. C'est une grâce d'être reçu par une personne aussi occupée que vous !

Annexe 4 : CORPUS D'ENTRETIEN AVEC BELLA

Etudiante : J'aimerais m'entretenir ce matin avec vous. Est-ce que ça dérange ?

Madame C : Non, ça ne dérange pas.

Etudiante : ok. Alors, dites- moi, ça fait combien de temps que vous souffrez de ce mal ?

Madame C : un an.

Etudiante : un an ! Comment est-ce que cela avait commencé ?

Madame C : ça avait commencé comme des petites boules à l'intérieur de moi, comme des petits kystes. Mais très petits à l'intérieur de mon vagin. Après j'ai commencé à avoir des écoulements comme des pertes blanches abondantes. Et puis je suis allée à l'hôpital Bethesda faire quelques examens. On m'a fait quelques examens ; et puis lorsque j'ai expliqué au médecin, il a dit que ce n'est pas ce qu'il craignait. Et dans ma tête j'ai directement pensé qu'il croyait que c'était le cancer...et pourtant c'était ça !

Etudiante : c'est-à-dire que, lui au départ n'a pas directement affirmé qu'il s'agissait d'un cancer du col ?

Madame C : non, quand il a vu les examens, il m'a dit que ce n'est pas ce qu'il craignait. Donc, il m'a même prescrit les médicaments. Et il m'a dit que ça va aller. Lorsque j'ai bu les médicaments, ça s'est calmé un moment ; puis ça a encore recommencé. Et quand ça a recommencé, j'ai d'abord mis du temps avant d'aller contacter un autre médecin. Je suis allée contacter un autre gynécologue et il m'a encore prescrit des examens et des scanners. C'est lui qui affirme donc que c'est un cancer du col et qu'il faudrait qu'on m'opère. Je lui ai demandé s'il n'y avait pas une autre possibilité que l'opération ! Il m'a répondu par la négation. Il a dit qu'il n'y avait pas une autre possibilité ; car je ne voulais pas me faire opérer.

Etudiante : comment ça ?

Madame C : oui...je ne voulais pas me faire opérer. Je pensais qu'il peut avoir d'autres moyens pour trouver la solution à la guérison...il n'y a pas que l'opération ! Il m'a dit que c'était le seul moyen ; c'est comme ça qu'on programme l'opération et il m'opère. Après l'opération, je me suis sentie un peu...je ne peux pas dire mieux. J'ai continué à sentir les fortes douleurs ! Mais Pas très fortes quand-même ; et je me disais que ça allait passer ! Alors que ça s'empirait même... je suis allée le voir il m'a encore prescrit les médicaments que j'ai pris mais bon... ce n'était vraiment pas ça ! Puisque les médicaments je les ai pris, ça fait semblant de se calmer, mais ce n'était vraiment pas ça ! Entre temps donc, les douleurs ont repris en force. Et le 24 décembre, j'ai commencé à ressentir les fortes douleurs au point où lorsque je voulais uriner, les urines ne sortaient pas. Et ça faisait vraiment mal !

Etudiante : et ça pouvait faire en sorte qu'à un moment donné, vous préféreriez retenir les urines ?

Madame C : oui oui...parfois, en journée je faisais vraiment les efforts ; surtout lorsque j'étais au travail, je faisais les efforts de bloquer. Car, quand j'allais uriner ou à la selle, c'était avec des fortes douleurs. Le 24 Décembre ça s'est empiré ; les douleurs étaient vraiment atroces ! C'est en ce moment que les urines se sont bloquées ; je ne parvenais plus vraiment à uriner. C'est là où on m'amène à gynéco. A gynéco, on m'a encore soumis à certains examens. Par la suite le médecin m'informe que l'opération n'aurait pas dû être. Qu'on ne devrait pas m'opérer, on devrait plutôt me mettre sur chimiothérapie comme c'était encore au début. Et la chimio allait permettre de brûler

tout ; et me mettre sous traitement pour que ça aille. Mais il a opéré et il m'a dit qu'en opérant, il a tout gâté !

Etudiante : comment ça ?

Madame C : c'est-à-dire que non seulement il a bousié l'intérieur, il a également fait en sorte que la maladie s'étende. Et c'est comme ça que le médecin m'oriente ici.

Etudiant : alors ; depuis qu'on a eu à diagnostiquer ce cancer-là, comment est-ce que vous ressentez votre corps ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui a changé concrètement ? Les ressentis au niveau du corps.

Madame c : le poids !

Etudiante : le poids ! C'est-à-dire quoi ?

Madame C : c'est-à-dire que j'ai maigri complètement ! je suis devenue la chair et l'os.

Etudiante : cela veut dire que quand je vous vois là, vous êtes devenus la moitié de vous ?

Madame C : oui j'ai vraiment maigri ! Et puis les pertes d'appétit de temps en temps. Il y a aussi la fatigue générale, car je fournis trop d'efforts pour travailler.

Etudiante : mais si non en dehors de la morphologie, est-ce qu'il n'y a pas eu des masques ; des apparitions au niveau de la peau ?

Madame C : non...

Etudiante : et maintenant en tant que femme, qu'est-ce qui a changé en vous ? Je veux dire... quand on vient de perdre cet organe, c'est un peu comme si on avait perdu sa féminité non ?

Madame C : oui !

Etudiante : et à ce moment, comment est-ce qu'on vit cela, comment est-ce qu'on se sent ?

Madame C : je ne peux pas me sentir mieux ! je me pose la question de savoir si je pourrais encore avoir un jour des rapports sexuels, est-ce que ça se passera comme avant...je me pose autant de questions ! Ça fait six mois aujourd'hui qu'on m'a opéré, et quand je vois mon corps qui finit ; je me pose des questions. Je n'ai plus les formes comme avant et je me demande si un jour je pourrais encore être en contact direct avec un homme...entretenir les rapports sexuels quoi ! je me pose aussi cette question-là parce que depuis qu'on m'a opéré avec la santé qui ne donne pas, je n'ai pas encore osé ; mais l'interdiction est dans la tête quoi...

Etudiante : tout ceci se passe après l'opération. Mais avant l'opération, et pendant que le mal était diagnostiqué, est-ce que les choses fonctionnaient bien ?

Madame C : oui ! Tout fonctionnait normalement. Sauf que parfois j'avais des douleurs quand j'entretenais des rapports sexuels.

Etudiante : et comment est-ce que votre partenaire appréhendait la chose ? Ou alors il n'était pas au courant ?

Madame C : il était au courant, mais sauf qu'il n'a pas pris la chose avec considération pour moi. Comme s'il allait t'abandonner avec un souci au lieu de te soutenir. Il n'a pas pris ça comme ça ! D'ailleurs, la relation est plutôt finie.

Etudiante : juste quand il a constaté ce mal ou alors après l'opération ?

Madame C : quand il a constaté ce mal, c'était une semaine avant mon opération. Mais pour les douleurs, il était déjà au courant des douleurs que je ressentais. Et lorsque je le lui ai informé, il

m'a dit qu'il verrait ce qu'il peut faire à son niveau. Et quelques jours avant l'opération, je ne le voyais plus, même mes appels il ne décrochait plus. Et le jour où il a pris le téléphone, il est rentré et a commencé à me raconter une histoire banale comme quoi il avait voyagé et qu'on l'avait mis en cellule pour défaut de carte...bref, tout un tas de truc ! Quand je lui demande sa contribution, il me dit qu'il n'a même pas cinq francs, qu'il a les problèmes d'argent. J'ai laissé tomber et je suis allée me faire opérer. Quand j'étais sur le lit d'hôpital, j'ai encore essayé de l'appeler...mais en vain ! Lorsqu'il décroche en fin, il me répond qu'il est dehors entrain de se battre.

Etudiante : et quand vous regardez, vous vous dites que si ce mal n'arrivait pas il serait resté ?

Madame C : oui !

Etudiante : comment ça ?

Madame C : il serait resté parce que selon moi la relation était basée sur le matériel

Etudiante : si je peux me permettre c'est quelqu'un avec qui vous avez vécu pendant combien de temps ?

Madame C : en moyen dix ans !

Etudiante : et comment vivez-vous ça ?

Madame C : comme une trahison bien-sûr...

Etudiante : et qu'est-ce que vous avez fait ?

Madame C : qu'est-ce que je pouvais bien faire ! J'ai laissé tomber et je me suis dit que j'ai une lourde responsabilité ; celle de ma santé et des enfants même.

Etudiante : alors, si on revient encore sur la maladie en question, est-ce que cette maladie est arrivée et a essayé de bloquer un certain nombre de chose sur le plan familial ? Au-delà de tout ce que ça a causé, en tant que mère, femme, est ce que vous avez encore des projets d'enfant ?

Madame C : Bon...j'avais belle et bien le projet d'enfant ; mais quand j'ai commencé la maladie et me faire opérer, j'ai réalisé que ça ne valait plus la peine. Donc, autant mieux prendre soins des deux qui sont là !

Etudiante : et au niveau intime, est ce qu'il y a un certain nombre de chose que cette opération aurait entraîné comme des conséquences au niveau du sexe, du vagin... ?

Madame C : Oui ! Puisqu'on m'a enlevé mon utérus, mes trompes...tout ça à cause de cette maladie, même comme on n'aurait pas le faire.

Etudiante : alors nous sommes en Afrique, et en tant qu'africain, on a toujours une explication à tout ce qui nous arrive. Quelle explication donnez-vous à tout ce qui arrive ?

Madame C : je n'accuse personne ; je me dis que c'est une maladie qui arrive comme toutes les autres. Car j'ai toujours entendu parler de cette maladie même étant plus jeune. C'est comme ça que j'ai pris la chose, sans toutefois s'appuyer sur une raison que tel ou tel a fait.

Etudiante : donc étant plus jeune vous avez déjà eu à entendre parler de cette maladie en bien ou en mal ?

Madame C : en mal bien-sûr...

Etudiante : qu'elle faisait quoi ?

Madame C : qu'elle tuait ! Quand tu avais ça tu n'avais pas une possibilité de vivre.

Etudiante : et aujourd'hui, vu que vous êtes une victime ; est-ce que c'est toujours la même perception de la chose ?

Madame C : non !

Etudiante : pourquoi ? Pourtant hier vous aviez une autre idée de la chose.

Madame C : c'était parce que j'attendais les gens dire que ça ne donne pas du lait, et qu'on n'y pouvait rien. Qu'il fallait seulement aller en Europe pour avoir une chance de guérison. Et qu'aujourd'hui j'entends les témoignages de certaines qui disent que j'avais ça, et maintenant je suis guérie. Et c'est comme ça que moi aussi je garde espoir que Dieu puisse faire afin que moi aussi je puisse guérir.

Etudiante : est-ce que à un moment donné, vous avez par exemple les remords, les regrets...par rapport à ce que vous viviez ?

Madame C : des regrets non, des remords non plus ; parce que je me dis qu'avoir des regrets et des remords seraient s'apitoyer sur son sort et se faire du mal. Et bloquer la guérison, voilà pourquoi j'évite cela.

Etudiante : et quelle est votre relation avec votre entourage désormais ? C'est-à-dire les personnes proches comme les enfants, les collègues, la famille qui sont au courant de cette situation ? Est-ce que vous avez noté un changement dans leur comportement ?

Madame C : oui ! Bon...tout d'abord quand on m'a opéré, j'ai noté beaucoup de choses. La famille n'a presque pas levé son petit doigt ; même en me rendant visite. La famille paternelle a quand même fait semblant lorsque j'étais déjà à la maison. Et la famille de la mère où je pensais que c'est le côté le plus souple, personne n'a réagi, ni même me rendre visite, ni même appelé ; bref en dehors de mon grand frère et ma petite sœur. Et c'est comme ça que ça m'a marqué négativement. Si je me suis en sortie, c'est simplement parce que j'avais mes propres économies ; personne ne m'a aidé. Même après ma rechute, c'était le même scénario. Même mes tantes et cousines maternelles n'ont rien fait ; alors que je me disais que c'est le côté qui pouvait me soutenir ce ne reste moralement. Et je suis vraiment choqué !

Etudiante : pour tout dire, la famille vous a abandonné ?

Madame C : je pense que oui ! La famille maternelle ; c'est presque un abandon.

Etudiante : avant la maladie, votre relation était au bout du fil ?

Madame C : je peux dire que oui ! Pour ceux qui étaient au village, on s'appelait. Pour ceux d'ici, on ne se voyait pas facilement ; mais lorsque c'était le cas, c'était dans une ambiance d'amour familial.

Etudiante : et avec les enfants ?

Madame C : avec les enfants...tout va bien ! Sauf que le garçon a pris un chemin que la jeunesse adore aujourd'hui pour se détruire.

Etudiante : et comment ?

Madame C : C'est-à-dire qu'il prend la drogue, et lorsque tu lui donne des conseils il ne t'écoute pas. Il devient même violent lorsque tu insistes. C'est celui qui me donne les mots de tête !

Etudiante : A quel moment est-ce qu'il a commencé à prendre ces stupéfiants ?

Madame C : c'était lorsque les problèmes avaient commencé avec son père. Il y a eu une première séparation durant laquelle il vivait avec l'enfant. Après on s'est remis ensemble et voilà ce que ça a donné ! Voilà où j'ai toujours eu les regrets, je n'aurais pas dû me séparer de lui (son fils)

Etudiante : comment est-ce que vous faites pour gérer vos factures, vue que votre état de santé ne vous permet plus de travailler,

Madame C : je ne sais même pas comment je vais faire, ni comment finir ; je lève seulement les yeux vers l'éternel. Tout ce que j'avais est fini dans le premier traitement ; et maintenant avec celui-ci je ne sais quoi faire. J'ai eu ma réunion qui m'a soutenu avec deux cent mille francs, la famille paternelle également avec cinquante mille et aussi mon salaire que le boss a envoyé. C'est à ce niveau que je suis. Je ne sais pas à quel niveau les dépenses vont s'arrêter !

Etudiante : alors, quand on regarde aussi votre fille qui est encre à l'école, votre situation financière qu'en dites-vous ?

Madame C : je ne sais pas...je ne sais pas !

Etudiante : peut-on dire qu'elle bénéficie au moins du soutien de son père ?

Madame C : non ! Il est juste irresponsable. C'est moi qui m'occupe de tout depuis l'âge de cinq ans !

Etudiante : vraiment merci infiniment pour cet entretien, bonne journée et beaucoup de courage.

Madame C : merci aussi !

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES ANNEXES	v
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES.....	vi
RESUME.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION GENENRALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	5
1.1 CONTEXTE DE L'ETUDE	5
1.2 POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME	9
1.3 QUESTION DE RECHERCHE	14
1.4 HYPOTHÈSE DE L'ÉTUDE.....	14
1.5 OBJECTIF DE L'ÉTUDE.....	14
1.6 INTERETS DE L'ETUDE	15
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE	17
2.1. LE CANCER DE L'UTERUS.....	17
2.1.1.Oncogenèse du cancer du col de l'utérus.....	17
2.1.2. Classification	18
2.1.2.1. <i>Stade I : Tumeur limitée au col :</i>	18
2.1.2.2. <i>Stade II : Tumeur dépassant le col sans atteindre de la paroi pelvienne ni le 1/3 inférieur du vagin,</i>	18
2.1.2.3. <i>Stade III = Tumeur étendue à la paroi pelvienne, au 1/3 inférieure du vagin ou comprimant l'uretère</i>	18

2.1.2.4. <i>Stade IV = Tumeur étendue aux organes de voisinage, invasion de la vessie, du rectum et au-delà de la cavité pelvienne</i>	19
2.2. LE RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS	19
2.2.1. Conséquences anatomophysiologiques sur la sexualité.....	19
2.2.2. Les représentations du cancer et ses traitements	20
2.2.3. Les retentissements sur l'image du corps.....	21
2.2.4. Le vécu psychologique du cancer	22
2.3. L'HYSTERECTOMIE ET RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE	25
2.3.1. Les conséquences de l'hystérectomie sur le plan psychologique	27
2.3.2. Hystérectomie et qualité de vie.....	28
2.4. LE SENTIMENT DE CULPABILITE	30
2.4.1. Approche psychologique	30
2.4.2. La culpabilité dans la théorie freudienne	32
2.4.3. Le sentiment « inconscient » de culpabilité	35
2.4.3.1. <i>Les différents types de culpabilité.</i>	35
2.5. LE COUPLE FACE AU CANCER ET À L'HYSTERECTOMIE	36
2.5.1. L'expérience de la sexualité dans la relation de couple	38
2.5.2. Le cancer et les entraves à la vie de couple	41
3.2.1. <i>Les styles conjugaux face à la maladie grave</i>	41
2.5.3. Les couples fusionnels « en circuit fermé »	42
2.5.4. Les couples co-habitants	42
2.5.5. Les couples conflictuels	43
2.5.6. Les nouveaux couples : couples décomposés, et couples recomposés	43
CHAPITRE 3 : DE LA RELATION D'OBJET AU LIEN AFFECTIF DANS LE COUPLE CONFRONTE A L'HYSTERECTOMIE	45
3.1 LA THEORIE DE LA RELATION D'OBJET	45
3.1.1. De l'objet d'amour de Freud à l'objet (petit) de Lacan	45

3.1.2. De la non-confusion à la confusion des contraires logiques.....	47
3.1.3. De la confusion à la non-confusion : le manque-à-être de Lacan.....	49
3.1.4. Confusion et non-confusion : Freud, Winnicott et Lacan.....	50
3.1.4.1. <i>Freud dans l'objet d'amour</i>	50
3.2 LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT	52
3.2.1. Le développement des relations d'attachement	52
3.2.2. Les Patterns d'attachement	54
3.3 L'ATTACHEMENT CHEZ L'ADULTE	57
3.3.1. La base de sécurité chez l'adulte.	57
3.3.2. Fonctionnalité et intégration des MIO à l'âge adulte.....	59
3.3.3. Les styles d'attachement chez l'adulte.....	61
3.3.4. La relation d'attachement chez l'adulte	63
3.3.5. Figures d'attachement chez l'adulte	63
3.3.5.1. <i>Figures d'attachement en dehors du réseau privé</i>	64
3.3.6. Parents d'attachement	66
3.3.7. Relation de couple.....	66
3.3.8. Attachement et choix du partenaire.....	68
3.3.8.1. <i>Attachement et qualité des relations de couple</i>	68
3.3.8.2. <i>L'attachement dans le système du couple</i>	70
3.4 REAMENAGEMENT DU LIEN CONJUGAL	71
3.4.1. La crise du couple	73
3.4.2. Le contrat narcissique	77
3.5 LA RÉALITÉ PSYCHIQUE DU LIEN	85
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	89
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	90
4.1. RAPPEL DU PROBLÈME	90
4.2. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE	90

4.3. RAPPEL DE L’HYPOTHESE	91
4.2.4. Rappel de l’hypothèse de travail	91
4.2.5. Rappel de l’objectif.....	91
4.4. SITE DE L’ETUDE	91
4.5. LA POPULATION DE L’ETUDE	92
4.5.1. Critères de sélection des participantes.....	94
4.5.1.1. Critères d’inclusion	94
4.5.1.2. Critères d’exclusion	94
4.2. LA METHODE DE RECHERCHE	94
4.3.4. Méthode clinique de recherche	95
4.3.5. L’étude de cas	96
4.3. TECHNIQUE ET OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES	97
4.4.4. L’entretien semi-directif	98
4.4.5. Le guide d’entretien	98
4.4. ANALYSE DE CONTENU THEMATIQUE	99
4.4.1. Élaboration de la grille d’analyse de contenu	101
4.4.2. Application de la grille d’analyse à l’ensemble du corpus.....	101
4.4.3. Analyse verticale ou synthèse individuelle	101
4.5. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	102
4.6. CONSIDERATIONS ETHIQUES	103
CHAPITRE 5 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	104
5.1. PRESENTATION DES DONNEES.....	104
5.1.1. Participante Tita	104
5.1. 3.5. Présentation de la participante Tita	104
5.1. 3.6. Relevé des entretiens avec Tita	104
5.1.2. LA PARTICIPANTE AURELIE	110
5.1. 2.1. Présentation de la participante Aurèlie	110

5.1. 2.2. Relevé des entretiens avec la participante Aurèlie	110
5.1.3. La participante BELLA	115
5.1. 3.1. Présentation de la participante BELLA	115
5.1. 3.2. Relevé des entretiens avec la participante BELLA	115
5.2. PRESENTATION DES DONNEES	119
5.2.1. Le sentiment de culpabilité chez les participantes.....	119
5.2.2.5. Responsabilité vis-à-vis de la situation actuelle	119
5.2.2.6. Remords et regrets face à son attitude dans le couple	120
5.2.2. Le lien affectif chez les participantes	121
5.2.2.1. Lien affectif Secure	121
5.2.2.2. Lien affectif anxieux et évitant.....	122
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSIONS DES RESULTATS	125
6.1. RAPPEL DES DONNEES THEORIQUES	125
6.2. RAPPEL DES DONNEES EMPIRIQUES	127
6.3. INTERPRETATION DES RESULTATS	127
6.3.1. De la responsabilité de la situation actuelle à la rupture du lien affectif au couple	128
6.3.2. Des regrets et remords vis-vis de son attitude dans le couple à la rupture du lien affectif	130
6.4. DISCUSSION DES RESULTATS	132
6.5. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES	138
CONCLUSION GENERALE	140
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	144
TABLE DES MATIERES	177