

# SENTIMENT DE CULPABILITÉ CHEZ LA FEMME HYSTÉRECTOMISÉE ET LIEN AFFECTIF DANS LE COUPLE

**Stéphanie Josiane Tafouassong Djeufack,**

*Université de Yaoundé I,*

*tafjosy@gmail.com*

**Josué Ngnombouowo Tenkue,**

*Université de Yaoundé I,*

*josuetenkue@gmail.com.*

**Léonard Nguimfack,**

*Université de Yaoundé I ;*

*lenguimfack@yahoo.fr.*

## Résumé

*L'objectif de cette étude est d'étudier le lien affectif au sein du couple dont la femme a subi l'hystérectomie suite à un cancer du col de l'utérus. Elle part du fait que le couple est soumis à rude épreuve après l'hystérectomie suite au cancer du col de l'utérus. Ce qui est à l'origine de la crise conjugale. Cette crise va affecter le lien affectif au sein du couple qui, selon les théoriciens de la crise conjugale va se réactualiser afin que le lien dans le couple soit réaménagé et la crise surmontée. Or nous avons constaté que dans le couple dont la femme a subi l'hystérectomie, l'émergence du sentiment de culpabilité chez la femme ouvre pour l'effritement du lien affectif. Pour y parvenir, 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. Les résultats obtenus 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.*

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

## Abstract

*The aim of this study is to investigate the emotional bonding in a couple whose wife has undergone hysterectomy following cervical cancer. It is based on the fact that the couple is under great strain after hysterectomy for cervical cancer. This causes a marital crisis. This crisis will affect the affective bond within the couple, which, according to the theorists of the marital crisis, will be re-actualised so that the bond within the couple is reorganised and the crisis overcome. We found that in the couple whose wife had undergone a hysterectomy, the emergence of a feeling of guilt on the part of the woman led to the erosion of the affective bond. To achieve this, we used the clinical method, more precisely the case study. The data were collected through semi-directive interviews with three female participants met at the Central Hospital of Yaoundé. The results obtained show that the feeling of guilt reactivates the anxieties, the Internal*

*Operating Models and the attachment styles that guide the woman's reactions. As a result of their implementation, the couple gradually plunges into a marital crisis which they are unable to manage. In this context, many conflicts arise in the couple. These conflicts are associated with the alteration of the closeness between the partners in the couple, the decrease of the attraction felt towards the spouse. The emotional involvement in the couple is affected.*

**Key words:** *guilt, cervical cancer, hysterectomy, bonding, couple.*

## Introduction

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 dernières estimations du 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 (Tafouassong Djeufack, 2023).

En 2020, les cancers étaient à l'origine du plus grand nombre de décès (Ferlay, Ervik, Colombet, pinéros & 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. 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 mille quatre-cents (7400) cas du cancer de l'utérus sont enregistrés avec environ près de trois mille deux-cents (3200) décès enregistrés. 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 & Mhawech-Fauceglia, 2009), avec une prévalence de 80,73/100 000 femmes (OMS, 2015).

Face à ce cancer, l'une des solutions est l'hystérectomie (Venturini, 2014). L'une des principales conséquences de l'hystérectomie est l'infertilité qui scelle le destin du couple et le contraint à renoncer à la réalisation du désir d'enfant. 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). 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 que l'on retrouve chez plusieurs couples incapables de procréer (Lalonde, 2016).

Au-delà des conséquences physiologiques, de l'effraction du lien conjugal que cette lourde opération chirurgicale peut entraîner, l'on peut 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 (Tafouassong Djeufack, 2023). La culpabilité est 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, n'est pas un enfant, mais la réalisation d'un souhait infantile (Amal & al., 2004).

Les femmes hystérectomisées sont alors confrontées non seulement 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. & 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 & al., 2014). 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 offrir 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.

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 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. 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. 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 & 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. Elle peut 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 et œdipienne notamment, mais satisferont aussi des désirs d'accomplissement, de complétude narcissique, des fantasmes de toute puissance (Smadja, 2011).

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 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). 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).

Les études antérieures (Gauthier, 2013 ; caroline, Nykanen & al., 2011) bien que rendant compte du sentiment de culpabilité et l'altération du lien conjugal ne mettent pas en évidence les processus psychiques en lien au sentiment de culpabilité et qui retentissent sur le lien affectif dans le couple. Elles n'ont pas étudié en profondeur les processus internes et inconscients liés au sentiment de culpabilité et le sens qu'ils donnent à ce sentiment dans l'effraction des liens affectifs dans le couple. De là, cette étude pose le problème du retentissement des processus internes et inconscients liés au sentiment de culpabilité dans l'effraction des liens affectifs au sein du couple.

Selon les théoriciens de la crise conjugale, on se serait attendu que face à la crise induite par le cancer et l'hystérectomie, le lien dans le couple soit réaménagé et la crise surmontée. Or nous avons constaté que chez la femme hystérectomisée, l'émergence du sentiment de culpabilité

participe à l'effritement du lien conjugal (lien affectif). Alors qu'en suivant la logique des théorisations sur le lien conjugal, on se serait attendu que les remaniements psychiques s'opèrent pour le dépassement de la crise. D'où 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 au sein du couple ? » Pour répondre à cette question, nous posons avec la théorie psychanalytique du lien conjugal 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 ». L'objectif de cette étude étant d'étudier le lien affectif au sein du couple dont la femme a subi l'hystérectomie suite à un cancer du col de l'utérus. Il s'agit de décrire et appréhender le sens des processus internes et inconscients susceptibles de développer un sentiment de culpabilité chez les femmes hystérectomisées qui serait à l'origine de l'effraction des liens affectifs au sein de son couple.

## **1. Méthodologie**

### ***1.1. Type de l'étude***

L'étude repose sur un paradigme compréhensif avec un devis qualitatif. L'étude de cas est pertinente dans ce travail, car elle accorde une place prépondérante à la femme hystérectomisée.

### ***1.2. Population de l'étude***

L'étude s'adresse à trois femmes hystérectomisées (Tita, Aurelie et Bella) de l'Hôpital Central de Yaoundé. L'accès à cette institution a été accordé par une autorisation de son Directeur Général. Le choix de ce centre s'est fait par simple connivence. Toutefois, les participantes à cette étude ont été soumises à un certain nombre de critères : Être atteinte du cancer du col de l'utérus et avoir subi une hystérectomie ; avoir développé le sentiment de culpabilité suite à l'hystérectomie ; être en couple ; avoir donné son accord pour participer à la recherche.

### ***1.3. Matériel***

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. La

technique d'analyse des données a été l'analyse de contenu thématique. L'analyse thématique est centrée sur les notions ou thèmes évoqués à propos d'un objet d'étude.

#### ***1.4. Déroulement***

Les entretiens ont eu lieu avec les participantes retenues après leur soumission aux critères de sélection. Les rencontres avec les participants se sont déroulées dans un endroit qui leur était familier (salle d'écoute aménagée à cet effet par le gynécologue) pour qu'elles se sentent en sécurité. Les entretiens furent d'une durée moyenne de quinze minutes selon la disponibilité des participantes. La rencontre avec les participantes se faisait trois, voire quatre fois, cherchant à atteindre le principe de saturation. La première rencontre fut consacrée à l'explication du but de la recherche en cours et des objectifs qu'elle tend à atteindre. 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'avaient les participantes, aussi s'il y'a des ajouts, des éclaircissements sur ce qu'il avait dit lors des entretiens antérieurs.

#### ***1.5. Considérations éthiques***

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.

## 2. Résultats

### *2.1. De l'émergence du sentiment de culpabilité à la réactivation des conflits archaïques chez la femme hystérectomisée*

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 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. Tita l'évoque 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 ».

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. Elles ont toutes développée 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 dû susciter la recherche de solution. Mais elles n'ont rien entrepris dans ce sens. 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.

Avec l'hystérectomie et le sentiment de culpabilité qui émerge 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).

## ***2.2. L'effraction des liens affectifs au sein du couple***

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.

Déjà d'abord il m'avait énervé. Je lui dis de rester chez lui et moi je reste chez moi [...] tu es sans ignoré 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.

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. 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. 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.

### **3. Discussions**

#### ***3.1 Le sentiment de culpabilité***

La culpabilité 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. Freud (1907) pour interpréter les exercices religieux dans la névrose obsessionnelle, nous dit que les sujets victimes agissent comme sous l'emprise d'un sentiment de culpabilité. Pour Freud (1913), culpabilité et surmoi sont indissociables, car c'est bien sous l'influence du surmoi que la culpabilité se fait sentir, c'est-à-dire que toute pulsion, désir ou pensée éprouvée, même de façon inconsciente, rencontre le surmoi qui juge parfois cette pulsion, désir ou pensée comme intolérable.

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.

### ***3.2 La dynamique du couple face à l'hystérectomie***

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. 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

### ***3.3 De l'hystérectomie à la crise conjugale***

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.

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).

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 liés à la tristesse.

## Conclusion

Aux termes de cette étude, les résultats peuvent être utiles en ce qui concerne l'accompagnement psychologique 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 au cours de laquelle 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.

## Références bibliographiques

- Amal, S., Houass, S., Laissaoui, K., Mououfid, K. et Trabelsi, M.** (2004). Érypèle. Profil épidémiologique, clinique et évolutif dans la région de Marrakech. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 34 (4), 171-176.
- Bonnet, D. et Duchesne, V.** (2014). Migrer pour procréer : histoires de couples africains. *Cahiers du Genre*, 1 (56), 41-58.
- CIRC** (2020). Présentation du Centre International de Recherche sur le Cancer. *Hegel*, 4 (4), 304-306.
- Dupré la Tour, M.** (2005). L'organisation groupale du couple. In *Les crises du couple, leur fonction et leur dépassement*. Erès.
- Ferlay, J.** (2015). Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns. *International Journal of cancer*, 1 (5), 359-386.

- Ferlay, J., Ervik, M., Colombet, M., Pineros, M. Znaor, A. Soerjomataram, I et Bray, F.** (2020). Cancer statistics for the year 2020 : an overview. *International Journal of cancer*, 149 (4), 778-789.
- Forest, M.** (1989). La dérive des sentiments. *Psychologie préventive*, 15, 33-37.
- Freud S.** (1913). *Un rêve comme preuve*. Œuvres complètes.
- Gauthier, M-N.** (2013). Handicap et fraternité. *Les lettres de la SPF*, 1(29), 97-108.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W.** (1999). Rebound from marital conflict and divorce prediction. *Family process*, 38(3), 287-292.
- Hazan, C., & Shaver, P.** (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Helgeson, M., Reymolds, K., & Tomich, L.** (2013). A métaanalysis review of benefit finding. *Clinical psychology*, 74, 797- 810.
- Johnson, S. M.** (1996). *The practice of emotionally focus therapy: Creating connection*. Brunner/Mazel.
- Johnson, S. M.** (2002). *Emotionnaly focused therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. Guilford Press.
- Kellerhals, J., Widmer, E. et Lévy, R.** (2004). *Mesure et démesure du couple*. Payot.
- Salomé, J.** (1995). *Jamais seuls ensemble, comment vive à deux en restant différents*. Edition de l'homme.
- Tafouassong Djeufack, S. J.** (2023). *Sentiment de culpabilité chez la femme hystérectomisée et lien affectif dans le couple*. [Mémoire de master, Université de Yaoundé 1]. Inédit.
- Turgeon, L.** (1998). Temporal linkage between wives' pursuit and husband's withdrawal during marital conflict. *Family process*, 37(3), 323-334.