



HAL
open science

L'autorité des femmes-mères en situation de maladie

Caroline Giacomoni, Elisa Venturini

► **To cite this version:**

Caroline Giacomoni, Elisa Venturini. L'autorité des femmes-mères en situation de maladie. Les mères et l'autorité, l'autorité des mères, Dec 2009, bordeaux, France. pp.121-133. <hal-01023510>

HAL Id: hal-01023510

<https://hal.science/hal-01023510v1>

Submitted on 13 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Giacomoni C., Venturini E. "L'autorité des femmes-mères en situation de maladie", Machet L., Ravez S., Sardin P. (éds.), *Les Mères et l'Autorité. Mythes et réalités*. Presses Universitaires de Bordeaux, 2013, pp. 121-134.

Caroline GIACOMONI et Elisa VENTURINI

L'autorité des femmes-mères en situation de maladie

La sexualité féminine est gouvernée par l'ombre prometteuse de la maternité, tant le désir d'enfant oriente culturellement et psychologiquement le développement de l'identité féminine. Alors que la capacité des femmes à s'affranchir de leur destin biologique semble de plus en plus considérée comme acquise, l'idée partagée selon laquelle le comportement sexuel et le rôle de la femme sont déterminés par une « nature fondatrice » (la reproduction) persiste. Ainsi, dans notre société actuelle, la femme semble acquérir une partie de son « autorité » sociale à travers sa capacité reproductrice mais aussi par son rôle et son identité de mère¹.

Cet article, qui prend le parti d'une double approche anthropologique et psychologique, s'appuie sur l'étude FECAPSE débutée en 2009 à Bordeaux dans deux structures de soins. Le but de cette étude est d'interroger « la relation de couple et la sexualité chez les femmes atteintes d'un cancer pelvien² », et ce, plus précisément, lorsque la maladie touche les organes gynécologiques tels que l'utérus, les ovaires, ou encore la partie haute du vagin. Il ne s'agit pas ici de présenter l'ensemble des résultats mais plutôt de s'intéresser à l'une des conséquences du cancer gynécologique dans la vie de la femme, à savoir l'arrêt de la fertilité. En effet, le cancer gynécologique est le plus souvent traité par une chirurgie (hystérectomie parfois suivie d'une radiothérapie, chimiothérapie ou curiethérapie) qui peut déposséder la femme d'une possible maternité et bouleverser son identité. Pour traiter ce sujet complexe du deuil de la procréation, nous nous appuyons sur une étude de cas pour illustrer nos propos.

Traiter de l'autorité des « femmes-mères » en situation de maladie, c'est évoquer la maternité dans les représentations socioculturelles en tant que révélateur de l'autorité de la femme, ainsi que de son inscription dans le développement de la libido féminine. Nous expliquerons également comment une confusion sociale et psychique peut exister entre femme et mère. Il semble également que le cancer pelvien impose une remise en jeu de l'autonomie et de l'autorité corporelle de la femme. Nous proposons alors de présenter à travers un cas extrait de notre clinique les conséquences de ce deuil chez une femme pourtant déjà mère plusieurs fois, et de proposer des explications anthropo-psychologiques aux difficultés que peuvent rencontrer les femmes qui souffrent d'un « cancer sexuel ».

Madame L., rencontrée lors de nos entretiens de recherche, est une femme d'une quarantaine d'années, mère de six enfants âgés de deux à vingt ans, qu'elle a eus de quatre pères différents. Ses trois premiers enfants sont issus d'une relation non-maritale. Elle choisira de se séparer de ce premier compagnon et s'engagera immédiatement après sa rupture dans une seconde relation. Elle se marie avec cet homme et tombe enceinte du quatrième enfant, mais son mari décède durant sa grossesse. Elle accouche alors prématurément à sept mois et demi. C'est lors des funérailles de son mari qu'elle rencontre son troisième compagnon dont elle tombe enceinte très rapidement. Elle décide alors de se remarier puis

¹ Monique Cornut-Janin, *Féminin et féminité*, Paris, Presse Universitaire Française, 1998.

² FECAPSE : « Étude longitudinale de la relation de couple de Femmes atteintes d'un Cancer Pelvien : impact sur la Sexualité. Étude exploratoire », étude financée par l'Institut National du Cancer (INCA, 2008).

divorce peu de temps après. Elle vit actuellement avec un homme qui est le père de son dernier enfant. Son statut socio-professionnel est précaire, toute sa famille vit en appartement de type HLM. Madame L. est aujourd'hui atteinte d'un cancer de l'utérus qui sera traité par hystérectomie et annexectomie (c'est-à-dire par ablation de l'utérus, du col, de la partie haute du vagin et des ovaires) suivies d'une radiothérapie. Durant l'entretien la patiente ne parlera de son cancer qu'à travers son statut de mère ; à l'évocation de ses désirs, on comprendra que l'idée de ne plus avoir d'enfant lui est insupportable.

Le deuil de la maternité lié au cancer pelvien comme élément désorganisant le rôle et l'autorité sociale de la femme

Face au cancer, les femmes non ménopausées sont contraintes au deuil de leurs possibilités procréatrices, et, dans tous les cas, au deuil de leurs organes génitaux qui les ont rendues mères ou qui peuvent encore leur offrir une maternité. Il semble toujours plus compliqué et plus bouleversant d'aborder cet événement avec des femmes jeunes et nullipares. Ces femmes 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. Dans la théorie psychanalytique, ce désir correspond d'ailleurs à « l'aboutissement » de la sexualité féminine. 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.

Nous allons donc expliquer en quoi la maternité peut être, dans les représentations socioculturelles, un révélateur de l'autorité de la femme et comment elle s'inscrit dans le développement de la libido féminine.

Nous partons du postulat que l'autorité de la femme découle de représentations fondées, en partie, sur sa capacité à donner naissance et sur son rôle de mère. Cependant, les femmes tiennent leur « autorité » non exclusivement du rôle joué dans la procréation. Nous savons que de nombreuses sociétés humaines considèrent l'aptitude des femmes à produire des corps différents d'elles-mêmes, à donner la vie, comme un processus incroyable, voire incompréhensible et mystérieux. Le fait d'être mère et de procréer est d'autant plus important qu'il permet aux hommes d'avoir une descendance et de perpétuer l'espèce. Ainsi, il y a pouvoir par les femmes « [grâce au] pouvoir de nature que détient la femme : celui de faire naître, de créer des hommes, d'être origine d'une descendance »³. Certains historiens, ethnologues et archéologues ont supposé qu'en raison de ce qu'ils appellent un « pouvoir » de fécondité, les sociétés ancestrales étaient matriarcales, c'est-à-dire que la « dominance » y était exercée par les femmes et y était fondée sur le concept du « droit maternel », c'est-à-dire sur un statut issu de la maternité⁴. Ce « pouvoir » aurait été peu à peu confiné dans la sphère sexuelle maternelle et domestique, laissant un rôle majeur aux fonctions masculines valorisées socialement (tels que les travaux de force ou intellectuels)⁵. Si cette conception linéaire, uniforme et orientée de l'histoire humaine est aujourd'hui critiquée⁶, elle montre bien cependant que la femme jouit, de manière représentationnelle et symbolique, de ce que nous nommons, ici, une « autorité » liée à ses capacités procréatrices dans nos sociétés

³ Georges Balandier, « Le sexuel et le social. Lecture anthropologique », *Les cahiers internationaux de sociologie*, vol.76, Paris, Les Presses universitaires de France, janvier-juin 1984, pp. 5-19.

⁴ Evelyn Reed, *Féminisme et anthropologie*, Paris, Denoël-Gonthier, 1979. Frazer James, *Le Rameau d'Or*, édition abrégée, Paris, Geuthner, 1924.

⁵ Pierre Bourdieu, *La domination masculine*, Paris, Seuil, 2002.

⁶ Voir Gérard Francillon, « critique de Woman's Evolution from Matriarcal Clan to Patriarchal Family », *Revue Française de Sociologie*, vol.19, n°19-2, 1978, pp. 301-303.

occidentales. Il est certes possible de considérer cette vision comme « archaïque », mais elle résulte du processus historique de la domination masculine explicitée à travers l'idée de la valeur différentielle des sexes développée par Françoise Héritier⁷.

La femme reste encore la seule à pouvoir enfanter et à permettre à l'homme d'avoir une descendance et donc de créer son lignage. Dans certaines régions du monde (Inde ou Chine) où l'infanticide s'exerce essentiellement sur les filles⁸, les hommes se retrouvent pour beaucoup dans l'incapacité de trouver une femme et donc d'avoir des enfants, et ainsi d'acquérir un statut légitime au sein de la société. On voit bien que les femmes ont une place importante et nécessaire dans les sociétés humaines. Ces dernières décennies, grâce notamment aux mouvements féministes ayant contribué à bouleverser les modèles traditionnels de féminité en revendiquant une égalité homme/femme, les femmes ont obtenu certains pouvoirs comme, par exemple, le pouvoir politique. Plus encore, grâce à la contraception et à l'avortement, les contraintes du corps et de la condition féminine se sont allégées. La femme a désormais une maîtrise sur sa maternité qui n'est plus subie biologiquement mais qu'elle peut, dans la plupart des cas, dans les pays Occidentaux tout du moins, choisir. Elle a donc conquis un certain contrôle, une autorité sur son corps. Dans ce contexte, on observe une revalorisation de la femme enceinte, d'autant plus importante dans les pays européens (voire occidentaux) où la natalité est en baisse.

Actuellement, la « femme-mère » est très valorisée et acquiert une nouvelle autorité (notamment en France). Désormais, la femme enceinte montre son ventre. Auparavant caché car jugé inesthétique, celui-ci est désormais photographié, mis en valeur par les femmes à l'instar de toutes les célébrités posant nues dans la presse féminine lorsqu'elles sont enceintes.

D'un point de vue psychologique, le développement de la sexualité féminine conduit la femme à considérer phalliquement la maternité qui prend alors une fonction symbolique de « puissance » en tant qu'elle est sa spécificité, mais également en tant qu'elle est, pour ainsi dire, « l'aboutissement » de son destin féminin. En effet, l'investissement érotique puis phallique de l'intérieur féminin vient conclure le développement de la libido féminine ; d'abord par l'expérience du premier coït qui justifie cette « fente béante » et éveille à l'érogénéité le lieu du sexe, puis par la grossesse qui donne du sens et de la réalité à ces organes⁹.

Nous pourrions dire que 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'autrefois, en concrétisant son désir de posséder le phallus à travers la célèbre équation freudienne phallus = enfant, tout en permettant l'identification à la mère phallique des premiers soins, détentrice d'autorité. Pour la femme, la promesse de maternité devient alors promesse de recevoir à son tour le phallus, c'est-à-dire le pouvoir destiné à son sexe.

Si certaines femmes dénie ou dénoncent la maternité quand d'autres revendiquent leur choix d'enfanter, il en est qui vivent, au contraire, le fait d'être mère comme un impératif. Les femmes refusent, attendent, choisissent mais surtout revendiquent ce pouvoir de la maternité comme si avoir la possibilité de vivre sa maternité dans le choix leur donnait procuration,

⁷ Françoise Héritier, *Masculin / féminin. La Pensée de la différence*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1996, p. 278.

⁸ Les filles sont le plus souvent victimes de l'infanticide, étant considérées, notamment, comme un fardeau financier : la dot traditionnelle et les frais de mariage peuvent engloutir les économies de toute une vie, d'autant que l'Inde moderne et consumériste connaît une inflation dans ce domaine : bijoux, somme d'argent en espèces, électroménager, voitures... Voir à ce sujet, Stéphanie Vella, « L'infanticide dans un contexte britannique (Angleterre et Inde) du XVIII^e siècle à nos jours, ou la difficulté d'être mère », in E. Lamothe, P. Sardin, J. Sauvage (dir.), *Les Mères et la Mort, réalités et représentations*, Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux, 2008, p. 43-58.

⁹ Françoise Dolto, *Sexualité féminine : la libido génitale et son destin féminin*, Paris, Editions Gallimard, 1996, p. 597.

c'est-à-dire leur permettait d'assumer une identité sociale de femme. Dans cette position extrême, certaines ne sont pas femmes mais, éternellement, potentiellement, mères. Entre ces deux identités, il peut donc exister une confusion sociale et psychique entre femme et mère.

C'est le cas pour Madame L. Cette patiente découvre son cancer en venant consulter le gynécologue. Elle désire faire retirer les clips posés lors de sa dernière césarienne comme moyen de contraception, dans le but d'avoir un septième enfant. Précisons que depuis deux mois elle présente des symptômes gynécologiques parmi lesquels des douleurs au ventre et des saignements. Pourtant Madame L. ne tient pas compte de ces signes et ne prend un rendez-vous gynécologique que pour répondre à son désir d'enfant.

Nous pensons pouvoir déceler dans le comportement de Madame L. une confusion entre sexualité et procréation. En effet, chez cette femme, la gynécologie et les soins ne peuvent être associés qu'à la maternité, ce qui entraîne un déni partiel d'une possible maladie gynécologique. Elle considère les clips comme la cause de ses saignements. En outre, cette patiente ne peut parler de la maladie qu'en l'associant à la maternité ; elle dira par exemple : « ça me fait comme des contractions » en parlant de la douleur qu'elle ressent. Elle compare également l'hystérectomie qu'elle doit subir aux césariennes qu'elle a eues par le passé. Même la perte des cheveux, qu'elle évoque à l'idée d'une chimiothérapie, ne représente pas le symbole courant d'une perte de féminité, mais lui permet surtout de faire un lien avec ses enfants : « ça va choquer beaucoup les enfants ». Elle est donc bien atteinte non pas dans sa féminité, mais dans sa fonction maternelle. Toutes ses pensées sont dirigées vers cette maternité qu'elle se refuse à concevoir comme impossible. Elle souhaite garder son utérus malgré le danger vital, afin de pouvoir faire un deuxième enfant à son conjoint. Alors qu'elle a donné son accord pour cette opération, elle se demande encore si l'ablation de l'utérus et des ovaires est réellement obligatoire. Elle souhaite même encore poser la question au chirurgien, alors que cet échange a déjà eu lieu, et que les décisions concernant son parcours thérapeutique sont très avancées.

Maternité et identité maternelle permettent à cette femme d'aborder le sujet de la maladie : elle l'appréhende sous ce seul angle, et lorsqu'on lui demande comment elle envisage l'avenir, elle répond : « très mal parce que ça va déstabiliser mon travail de mère et je ne pourrai plus avoir d'enfant. »

Tout prend sens chez cette femme à travers le prisme de la maternité. Madame L. ne semble pouvoir s'approprier que les références en lien avec le maternel. Lorsqu'elle parle de religion, elle se dit croyante, mais ne peut préciser l'objet de sa foi. Elle finit par dire : « je crois beaucoup à la Vierge ». Sa croyance illustre sa représentation de l'incroyable faculté de la femme à procréer. En effet, le dogme affirme que la Vierge Marie a enfanté Jésus, fils de Dieu, sans rapports sexuels. La Vierge symbolise également la « mère universelle », la gardienne de toutes les mères. Son culte rappelle celui des déesses-mères de l'Antiquité¹⁰, souvent vierges, telle Neit¹¹, grande déesse Égyptienne, « mère de tous les Dieux » qui s'est engendrée seule. Ainsi, la Vierge Marie est une métaphore du pouvoir génital de la femme, allégorie de la fécondité où l'accouplement à un homme n'est pas nécessaire. Il pourrait s'agir là d'un fantasme archaïque de la femme-mère autant que de l'angoisse de destruction de la fécondité par la maladie.

Pourquoi, dans cette situation, cette femme est-elle contrainte à exprimer l'exigence d'être mère ? Nous avons vu que la procréation prend une place particulière chez la femme qui possède cette capacité quasi « magique » d'enfanter. Mais, pour certaines, la vie sexuelle passe par la maternité au point d'assimiler fonction sexuelle et procréation. Parfois, être une

¹⁰ Flore Dupriez, « Des cultes de la Déesse-Mère au culte de la Vierge Marie », *Religion Toronto*, vol. 10, n° 4, 1981, p. 400-408.

¹¹ Edwin Oliver James, *Le Culte de la Déesse-Mère dans l'histoire des religions*, trad. de l'anglais par S. M. Guillemin, Paris, Payot, 1960, p. 300.

femme équivaut à avoir un bébé.

La réaction de Madame L. est l'expression de cette confusion sociale et identitaire entre femme et mère, l'une devenant signe extérieur de l'autre. Il y a, en effet, une confusion sociale entre le statut de femme et le rôle de mère, comme si la maternité la légitimait socialement. Madame L., en se résignant à ne plus être en mesure d'avoir un enfant, perdrait un pouvoir social très important. Ce « pouvoir » correspond au rôle qu'elle s'est attribué ; il est confondu avec son identité, à défaut de pouvoir être femme autrement. En effet, cette confusion semble s'être construite très tôt chez cette femme, dès sa jeunesse, puisqu'elle annonce avoir joué le rôle de mère pour ses frères et sœurs : « j'étais la mère de mon frère ». Madame L. décrit une mère défaillante car absente dans sa fonction maternante – « ma mère était pas du tout maternelle » –, ce qui ne lui a pas permis de développer sa féminité. Face à cette expérience, Madame L. ne passera pas par un statut de jeune femme sans enfant, mais atteindra directement celui de mère en faisant sciemment son premier enfant très jeune. Elle quitte le foyer familial à 18 ans et tombe enceinte immédiatement. Elle passe donc du statut de « mère de son frère » à « mère de son enfant ». Dans son discours, avoir fait cet enfant apparaît comme une étape indispensable dans la constitution de son identité sociale.

Il existe plusieurs raisons à l'exigence d'être mère, raisons qui peuvent aller du plus ordinaire au plus pathologique en passant par le réactionnel. Les femmes peuvent chercher à combler leur appétit sexuel par la procréation; il arrive aussi qu'elles puissent jouir du corps maternel qui les rend femmes en trouvant dans la maternité un moyen d'assumer leur identité sociale de femme¹². L'enfant « à tout prix » peut alors être vécu comme un antidépresseur ou un réparateur narcissique. Au-delà de sa fonction génératrice qui spécifie la féminité, la maternité peut donc également être présentée comme preuve du féminin, comme si vouloir être mère ou le refuser importait peu, la question primordiale étant la différenciation sexuelle, la maternité permettant de réaffirmer une identité féminine. La maternité devient alors le moyen de devenir femme par la jouissance du corps féminin et maternel : de la cohabitation des deux corps naît la femme.

Il semble difficile pour Madame L. de définir clairement son rôle social et d'asseoir sa place au sein de son couple sans son pouvoir de procréation. En effet, la maternité, sans cesse mise en avant dans son discours, semble être au fondement du couple. Pour Madame L., l'enfant en est même le signifiant. Non seulement elle nous dit : « mes enfants, c'est ma famille », mais, malgré sa connaissance des différents moyens de contraception – s'étant renseignée dès son adolescence dans un planning familial –, elle fera un ou plusieurs enfants à chacun de ses partenaires sexuels et amoureux.

Le couple a dans ce cas une fonction première de procréation ; lorsqu'il est privé de cette assise fondamentale par la maladie, il est forcément remis en question. D'ailleurs, plusieurs entretiens auprès de femmes atteintes du même cancer révèlent un remaniement du couple, un rejet courant de la sexualité, un deuil de la maternalité.

Il semble que les sphères de l'amour, de la sexualité et de la procréation qui s'entrelacent dans la sexualité féminine, soient ici confondues, rendant le lien d'amour et le lien sexuel du couple impossibles sans une maternité effective pour la femme. L'investissement du désir d'enfant est avant tout féminin, la patiente projette d'ailleurs son désir sur son conjoint : « il en veut plus mais je sais que c'est pas vrai ». Elle semble interpréter les désirs de l'autre pour justifier son propre désir d'enfant et ainsi satisfaire son identité au sein du couple. Dans tous les cas, elle pense que l'enfant est indispensable pour son couple.

¹² Jean-Claude Guillebaud, *La Tyrannie du plaisir*, Editions du Seuil, 1998 et André Jacques, *Aux origines féminines de la sexualité*, Paris, PUF, coll. Bibliothèque de la psychanalyse, 1995.

Impact du cancer pelvien sur la sexualité féminine à travers la remise en jeu de l'autonomie et de l'autorité corporelle de la femme.

Le cancer pelvien peut donc désorganiser l'identité, le rôle et parfois le statut social de la femme en la privant de sa faculté procréatrice. Il nous faut préciser maintenant l'impact de cette maladie sur la sexualité féminine, en ce que la maladie impose une remise en jeu de l'autonomie et de l'autorité corporelle de la femme.

Si le deuil de maternité est une conséquence biologique, l'étiologie des troubles sexuels ne peut s'expliquer seulement par les conséquences iatrogènes sexuelles des traitements subis. En effet, il existe d'autres explications, notamment anthropologiques et psychologiques, à l'origine des réactions individuelles des femmes telles que le refus de la sexualité, ou les symptômes psychosomatiques comme la dyspareunie et le vaginisme¹³. Madame L., quant à elle, présente un refus de sexualité dès les premiers symptômes ; elle affirme que les rapports lui sont douloureux. En outre, petit à petit s'installe chez la patiente une appréhension de la sexualité due aux saignements.

Le rejet de la sexualité sensorielle n'est pas forcément un résultat physiologique ; il concerne également l'état psychologique de la femme atteinte. Les réactions de la femme sont multiples et entrent dans des considérations socioculturelles. Une étude sur les femmes brésiliennes¹⁴ souligne par exemple le fait que l'idéologie patriarcale régit le rôle de la femme et ce que l'on attend d'elle, à savoir le maintien d'une sexualité « de base » dans le but de répondre aux attentes de son conjoint. Ainsi, la société régit la sexualité de chacun notamment en fonction des représentations culturelles de genre.

Dans le cas du cancer pelvien, la femme est, comme tout malade, privée d'autonomie corporelle et scindée dans son corps. Le corps est clivé entre corps biologique et sensuel, entre le corps qu'il faut réparer et le corps affectif. Nous pensons que ce corps sensuel est mis inconsciemment de côté par la femme, afin de rendre supportable les traitements et la douleur infligée au corps global.

Tout cancer et même toute maladie grave concernent le corps et son « expropriation » par un autre corps, à savoir le corps médical qui touche aux droits, à l'autonomie, à l'autorité du corps du sujet qui n'est plus capable ni jugé responsable de son propre corps.

Dans le cas particulier du cancer pelvien, la sexualité entre en jeu pour devenir un enjeu pour la femme. En effet, elle peut être utilisée dans une tentative de maîtrise et de contrôle du corps face aux prescriptions d'actes sexuels qui peuvent avoir lieu pour éviter par exemple une sténose du vagin. La femme qui ne peut plus utiliser son corps peut se servir de la sexualité comme moyen pour reprendre des droits sur son corps en la refusant. Madame L. dira à ce propos : « je trouve toujours une excuse, il vient vers moi mais je n'ai plus envie, j'ai plus envie de câlins, d'être rassurée que d'acte ». Cet exemple met en avant d'un côté le corps affectif des « câlins » qui est convoqué par le sujet et de l'autre le corps mécanique et fonctionnel de « l'acte » qui est rejeté par le biais de la sexualité.

Cependant, la femme reste impuissante lorsque la maladie influence son partenaire sexuel. Dans notre exemple, le conjoint de Madame L. exprime la peur d'une éventuelle contagion de la maladie par relation sexuelle. Dans ce cas, c'est la femme qui risque de perdre la possibilité de jouer sur et avec la sexualité, ce qui amoindrit, par conséquent, son autorité. Cette idée de contagion de la maladie est récurrente, notamment dans la recherche anthropologique africaniste¹⁵. Elle est associée à l'idée de pollution et de souillure développée

¹³ Elisa Venturini, « l'impact du cancer pelvien sur la sexualité et le couple : ce que nous apporte la littérature », *Psycho-Oncologie*, 2009, 3 :188-199.

¹⁴ Waldir Cuhna Gonçalves *et al.*, « Uterine cervical cancer and sexuality », *Europ. J. of Sexol, Sexologies*, XIV, n°53, 2005, p. 13-18.

¹⁵ Notamment dans les travaux de Fainzang sur la transmission des maladies chez les Bisa qui peut se faire soit par contact direct ou indirect, soit par une série d'agents supra-humains, cette seconde catégorie correspondant à des maladies résultant d'une déviation du comportement reconnu comme normal et qui en sont la sanction. Voir

par Douglas¹⁶ ; chez les Nuers, par exemple, l'inceste est considéré comme dangereux car envisagé comme une pollution dont le symptôme serait une maladie de la peau.

Il apparaît donc que le désir de maternité exprimé par notre patiente est assimilable à une tentative de maîtrise à la fois de son corps et du remaniement identitaire que l'opération entraîne. Cette pensée s'accompagne du déni partiel d'une réalité trop pesante et du risque vital en jeu.

Contrôle et autorité sont des notions auxquelles les soignants sont confrontés dans la prise en charge des maladies graves. Lorsque sexualité féminine et maternité se mêlent aux problématiques du cancer, l'autorité de la femme est complexifiée, car elle est à la fois phallique et corporelle, d'autant plus chez celles qui se considèrent avant tout comme mères. Face au cancer gynécologique, c'est surtout la sexualité, la maternité et leurs représentations sociales et symboliques qui sont en jeu, parfois surinvesties dans une lutte pour perdurer, prises comme moyen de défense contre la perte d'une autonomie et d'une autorité sur soi-même.

Bibliographie

André Jacques, *Aux origines féminines de la sexualité*, Paris, PUF, coll. Bibliothèque de la psychanalyse, 1995.

Balandier Georges, « Le sexuel et le social. Lecture anthropologique », *Les cahiers internationaux de sociologie*, vol.76, Paris, Les Presses universitaires de France, janvier-juin 1984, pp. 5-19.

Bonnet Doris, Jaffré Jannick (dir.), *Les Maladies de passage. La Construction sociale des notions de transmission*, Paris, Karthala, 2003.

Bourdieu Pierre, *La domination masculine*, Paris, Seuil, 2002.

Cornut-Janin Monique, *Féminin et féminité*, Paris, Presse Universitaire Française, 1998.

Douglas Mary, *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, La découverte et Syros, 1967.

Dupriez Flore, « Des cultes de la déesse-mère au culte de la Vierge Marie », *Religion Toronto*, vol.10, n°4, 1981, p. 400-408.

Dolto Françoise, *Sexualité féminine : la libido génitale et son destin féminin*, Paris, Editions Gallimard, 1996.

Fainzang Sylvie, *L'Intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan, 1986.

Francillon Gérard, « critique de Woman's Evolution from Matriarcal Clan to Patriarchal Family », *Revue Française de Sociologie*, vol.19, n°19-2, 1978, pp. 301-303.

Frazer James, *Le Rameau d'Or*, édition abrégée, Paris, Geuthner, 1924.

Freud Sigmund, *La Vie sexuelle*, PUF, Coll. Bibl. Psychanalyse, 1992 (2^e édition).

Gonçalves Cunha Waldir et al., « Uterine cervical cancer and sexuality », *Europ. J. of Sexol, Sexologies*, XIV, n°53, 2005, p. 13-18.

Gori Roland, « Le corps exproprié », dans Patrick Ben Soussan (dir.), *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte*, Toulouse, Erès, 2004, p. 17-29.

Guillebaud Jean-Claude, *La Tyrannie du plaisir*, Editions du Seuil, 1998.

Sylvie Fainzang, *L'Intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan, 1986, p. 204.

¹⁶ Mary Douglas, *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, La découverte et Syros, 1967.

Héritier Françoise, *Masculin / féminin. La Pensée de la différence*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1996, p. 278.

James Edwin Oliver, *Le Culte de la Déesse-Mère dans l'histoire des religions*, trad. S. M. Guillemin, Paris, Payot, 1960.

Lacoste-Dujardin Camille, *Des mères contre les femmes*, Paris, La découverte Poche/Sciences Humaines et Sociales, n°11, 1996.

Reed Evelyn, *Féminisme et anthropologie*, Paris, Denoël-Gonthier, 1979.

Schneider Michel, *La Confusion des sexes*, Paris, Flammarion, 2007.

Sibertin-Blanc Daniel, Vidailhet Colette, « De l'effraction corporelle à l'effraction psychique », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, vol. 51, n 1, février 2003, p. 1-4.

Venturini Elisa, « l'impact du cancer pelvien sur la sexualité et le couple : ce que nous apporte la littérature », *Psycho-Oncologie*, 2009, 3 :188-199.

Vella Stéphanie, « L'infanticide dans un contexte britannique (Angleterre et Inde) du XVIIIe siècle à nos jours, ou la difficulté d'être mère », in E. Lamothe, P. Sardin, J. Sauvage (dir.), *Les Mères et la Mort, réalités et représentations*, Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux, 2008, p. 43-58.

Zarrouati Marie-Francoise, Sudres Jean-Luc, « Chuchotements, cris et bruissements corporels à propos de la maladie cancéreuse », *Psychothérapies*, vol. 24, n 2, 2004, p. 105-112.