



Canal Psy

ISSN : 2777-2055

Éditeur : Université Lumière Lyon 2

83 | 2008

Cliniques du cancer

Illustration : Julien Wolga

🔗 <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=2844>

Référence électronique

« Cliniques du cancer », *Canal Psy* [En ligne], mis en ligne le 01 mars 2021, consulté le 14 juin 2024. URL : <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=2844>

DOI : 10.35562/canalpsy.2844

SOMMAIRE

Canal Psy
Édito

Coup de cœur

Jean-Marc Talpin
Carole MARTINEZ, *Le cœur cousu*

Dossier. Cliniques du cancer

Martine Prouveur
Cancer féminin et réactualisation de l'imaginaire de la castration

Christine Bénézit
« Lien esthétique et cancérologie »

Nathalie Dumet
Psychosomatique et cancer

Bibliographie

Échos

Nathalie Méchin
Des psychologues à l'écoute de sujets atteints de maladies graves

Édito

Canal Psy

TEXTE

- 1 À l'occasion de ce numéro 83, *Canal Psy* a le plaisir de vous communiquer la nouvelle composition de son équipe : Frédéric GUINARD à la rédaction, Marc-Antoine BURIEZ à l'infographie et Julien WOLGA aux illustrations. Le changement partiel d'équipe a entraîné des retards de publication dont nous nous excusons auprès de nos lecteurs. Nous les assurons de nos efforts pour réduire ces contretemps de parution.
- 2 Par ailleurs, nous remercions Anne-Claire FROGER, non seulement pour le travail de préparation qui a guidé la constitution de ce présent numéro, mais aussi pour les cinq années où elle a manœuvré sur les eaux changeantes de *Canal Psy*, passant entre autres écluses, du noir et blanc à la couleur, portant le projet d'un hors-série anniversaire, abordant des thématiques aussi différentes que les enjeux actuels de la psychiatrie, la dynamique formative ou la question du handicap de l'enfant. Nous lui souhaitons une bonne continuation.
- 3 Avec notre dossier, nous approchons plus spécifiquement la question du cancer par l'intermédiaire des cliniques de Martine PROUVEUR et de Christine BÉNÉZIT qui explorent l'une et l'autre les singularités de leur travail auprès de patients présentant des atteintes cancéreuses. Ces cliniques du cancer, aux frontières de la vie tout autant qu'aux limites de l'accompagnement du psychologue clinicien, Nathalie DUMET nous conduit à les envisager au travers des mythes et des réalités qui sous-tendent les différentes terminologies et les différents modèles de compréhension de cette pathologie par les théories du somatique.
- 4 En rubrique, Nathalie MÉCHIN propose enfin une mise en perspective du véritable « pensoir » constitué depuis 6 ans dans le cadre de la formation continue de psychologues à l'écoute de patients atteints de maladie somatique grave. En écho des témoignages cliniques de ces professionnels, elle examine la place de la mort et du travail de

symbolisation dans ces lieux médicalisés, ainsi que dans notre société, tout en pointant ses enjeux et ses risques de « dilution » au profit de logiques plus normatives.

AUTEUR

Canal Psy

Coup de cœur

Carole MARTINEZ, *Le cœur cousu*

Jean-Marc Talpin

RÉFÉRENCE(S) :

Carole MARTINEZ, *Le cœur cousu*, Paris, Gallimard, 2007, 431 p., 23 €

TEXTE

- 1 Un livre écrit par une femme et qui parle essentiellement de femmes. Un livre qui m'a été conseillé par des femmes. Un livre de femmes, avec toute l'ambiguïté que recèle ce terme, sans même parler des stéréotypes ? S'en tenir à cette catégorisation serait oublier la bisexualité psychique mais aussi, plus profondément, l'universalité des grandes œuvres. Or *Le cœur cousu*, premier roman, est une œuvre grande, profonde, puissante. Elle peut évoquer M. TOURNIER, mais avec beaucoup plus de légèreté (au sens où TOURNIER devient pesant lorsqu'il fait le pédagogue), et surtout le réalisme magique des GARCIA-MARQUEZ et autres auteurs sud-américains des années 70-80. Voilà pour situer l'auteur et le livre.
- 2 Pourtant l'essentiel n'est pas là mais dans l'expérience de la lecture. Quand on commence, on ne peut plus s'arrêter, on est pris et on se laisse prendre par cette voix de femme qui dit l'histoire d'une lignée, en particulier l'histoire de sa mère, Frasquita, qui dit les bonheurs et les malheurs, les amours et les pertes, les naissances et les morts, les maisons et les voyages, qui dit le réel et les forces cachées du monde...
- 3 Frasquita a le don de la couture : elle l'a eu avec la boîte que sa mère lui a remise et qu'elle a su ne pas ouvrir avant le délai donné, alors que sa propre mère n'avait pas su attendre et n'avait trouvé que rien dans sa boîte qu'elle-même transmettra à ses enfants. La boîte de Frasquita contenait des fils de toutes les couleurs. Dès lors elle brode, elle coud, elle refait le monde en fils, elle comprend que son art (mais, simple, elle ne le pense pas ainsi) peut embellir le monde et celles qui portent ses créations, dès lors qu'elle se « spécialise » dans les robes de mariées qu'elle rend belles.

- 4 La vie de Frasquita est une épopée, du village espagnol perdu au village marocain où elle finit par arrêter son errance, grâce à une vieille femme un peu magicienne sans doute, avec ses enfants après le départ de son mari. Comme toute épopée ce récit est marqué par un fantastique profondément tissé au quotidien, ce fantastique, ce religieux qui sont le monde comme la terre, comme les choses, comme les corps.
- 5 Suivre Frasquita et sa tribu, suivre Soledad, la narratrice, c'est faire un voyage au cœur de la condition humaine pétrie de l'élan, de la lumière des mythes et du sud. C'est aussi se rappeler de la puissance, la lumière de la littérature.

AUTEUR

Jean-Marc Talpin

IDREF : <https://www.idref.fr/087994194>

ORCID : <http://orcid.org/0000-0002-2979-7442>

HAL : <https://cv.archives-ouvertes.fr/jean-marc-talpin>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000004710772>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/15595586>

Dossier. Cliniques du cancer

Cancer féminin et réactualisation de l'imaginaire de la castration

Martine Prouveur

DOI : 10.35562/canalpsy.2853

PLAN

Aline
Emmanuelle
Pierrette

DÉDICACE

Pour Aline.

TEXTE

- 1 Un agent psychique est-il à l'origine d'un déficit immunitaire responsable d'une somatisation ? Cette question reste encore énigmatique. Pourtant, le débordement de l'économie psychique compromettant l'assise biologique du sujet, avant l'apparition de la maladie, est une constatation que nous pouvons souvent faire dans le cadre de l'écoute des patients atteints de cancer.
- 2 Dans le cadre de ma pratique de psychologue clinicienne à la clinique mutualiste de Lyon, j'ai rencontré trois femmes que je nommerai Aline, Emmanuelle et Pierrette, régulièrement, pendant plusieurs années, au rythme de leur traitement de chimiothérapie. Au cours de nos entretiens se déploya pour chacune de ces femmes un imaginaire autour d'angoisses de castration et d'abandon en lien à des deuils non-élaborés préexistants à la maladie.
- 3 Chacune d'entre elles a subi peu de temps avant l'apparition de leur maladie – ce que l'on observe souvent dans la clinique – une perte d'un objet idéalisé, perte qui fut inélaborable et qui les entraîna dans un « temps suspendu », « un non-temps », sans désir, une désaffectation, un mal de vivre indéfinissable ; vécu « en impasse »

décrit par M. SAMI ALI. En effet, toutes trois évoquèrent une lassitude de vivre et une forme de déni de leur mal débutant : elles avaient toutes tardé à consulter un médecin.

- 4 Au cours des entretiens, après un figeage des affects, se réveillèrent chez ces femmes un souci de soi et une tentative d'élaborer des vécus antérieurs à la maladie que je nommerai traumatiques ainsi qu'un brouillage de l'identité faisant obstacle à penser l'altérité. La figure maternelle apparut dans presque tous les entretiens, redoutée, appelée, agressée.
- 5 Cette perte que chacune avait vécue avant la « déclaration » de leur maladie, représentait-elle « un trauma de trop » tel que le suggère Denise MOREL dans son ouvrage « cancer et psychanalyse » : « avant d'être torturé physiquement par le cancer ; le sujet a subi une épreuve psychique ou son affectivité s'est vue littéralement sciée, noyée, submergée par une mise à la question si douloureuse que la seule réponse a été la parole psychosomatique d'un corps qui ne lui appartenait déjà plus ».
- 6 Le mal incarné que représente la maladie serait-il le lieu projectif d'un conflit psychique réactualisé ?
- 7 La maladie cancer prenait-elle chez ces femmes le sens d'une castration symbolique ?
- 8 Aline, Emmanuelle et Pierrette me furent adressées par le médecin oncologue inquiète de l'intensité de leur désespérance

Aline

- 9 Je la rencontrai au début de sa chimiothérapie (dite de « deuxième ligne ») pour une récurrence de son cancer du sein. Cette femme d'allure très masculine ne se séparait jamais quand elle venait à l'hôpital du livre *Contes des Mille et une Nuits* dont nous verrons plus loin quelle fonction de réassurance il avait.
- 10 Elle me parla très vite de son père « mort, il y a longtemps » disait-elle et pour qui elle avait une grande affection : son père lui racontait « des histoires de voyages où il y avait toujours le sable et la mer ». De sa mère décédée, elle disait « qu'elle était froide » et évoquait sans

émotion le fait qu'elle regrettait de ne pas l'avoir soutenue lors de sa maladie (le cancer).

- 11 Fuyant un mari infidèle Aline traversa la mer et partit vivre au Maroc. Le désert, la chaleur de ce pays, la liaison qu'elle eut là-bas furent très fortement idéalisés. Puis, comme elle était partie « sur un coup de tête », elle rentra en France retrouvant son mari et sa fille. Peu de temps après, dans un climat familial « où elle étouffait », Aline entra à l'hôpital pour un cancer du sein.
- 12 Le Maroc, l'évocation de la chaleur du désert (en opposition à l'image d'une mère froide), les passages à l'acte (fuite), semblaient représenter pour Aline un processus auto-calmant. Et le clivage (inhérent à l'idéalisation), un évitement de la conflictualisation œdipienne. L'évocation de la haine pour son mari pendant les entretiens laissa vite la place à sa terreur de la dépendance actualisée par sa fragilité liée à sa maladie. Chaque soir elle téléphonait à son amour idéalisé laissé au Maroc et rêvait de le rejoindre.
- 13 Toujours accompagnée de son livre de contes, Shéhérazade tentait-elle de se protéger des angoisses de castration, d'une fantasmagorie liée à une imago maternelle castratrice ? Les derniers temps de sa maladie, elle laissa son livre, cet objet vraisemblablement « consolateur » évoquant « la magie » (mirage ?) de l'idéal qu'avait représentée son expérience au Maroc.
- 14 Puis, elle évoqua sa mère entre désir et terreur de la rejoindre. Il me sembla alors que le vécu de dépendance physique lié à la gravité de sa maladie réactiva des relations précoces entre haine de la dépendance et peur de l'abandon qu'elle exprima : Elle s'assura à chacune de ses cures de la présence de ses soignants référents et de ma présence pour les entretiens. L'espace de parole qui lui fut proposé ainsi que l'étayage sur les soignants (continuité des soins qu'elle retrouvait lors de ses différentes hospitalisations), lui permirent d'instaurer un climat de « confiance » où elle eut la possibilité de se risquer à ouvrir une parole symbolique qui avait été mise en échec par la maladie somatique.

Emmanuelle

- 15 Emmanuelle a été opérée à l'âge de 5 ans d'un angiome à la tête qui lui laissa un handicap moteur et la mit à l'écart de tous les jeux d'enfants de son âge : « je ne pouvais ni courir ni faire du vélo j'étais derrière la vitre et j'enviais les autres enfants ». À 8 ans, ses parents la placèrent dans une pension religieuse où, en plus des vécus d'abandon ressentis, elle souffrit de « sœurs sadiques qui me laissaient dans mon pipi ».
- 16 Emmanuelle se considère comme marginale, ne trouve pas sa place et nourrit à l'égard de ses deux parents des sentiments très ambivalents. Une relation homosexuelle fortement idéalisée « que mes parents firent rompre », la laissa dans une douleur morale telle « que je me laissai aller » et arriva à l'hôpital avec un cancer du sein avancé et des métastases osseuses.
- 17 Elle avait senti une « boule au sein » depuis longtemps et avait « mal dans la colonne » mais elle avait « laissé traîner ».
- 18 Au cours des entretiens, elle parla longtemps de son amour perdu, évoquant de la colère pour ses parents et notamment pour sa mère. Cet amour idéalisé ne venait-il pas comme défense contre une imago maternelle castratrice (« elle m'a fait rompre ») ? L'angoisse d'Emmanuelle fut enfin celle de la dépendance liée à sa maladie : « le cancer que j'ai maintenant aux os m'oblige à revenir chez mes parents, je reviens à la case départ ». Puis, l'horreur de la dépendance prédomina dans ses propos. Cette dépendance qui l'avait aliénée toute sa vie et qui l'avait vraisemblablement « fait glisser passivement vers la maladie ».
- 19 Ses propos alternèrent entre la haine de cette dépendance et la prise de conscience du retournement contre soi de la destructivité. Au cours d'un entretien, elle traita indistinctement sa mère et la tumeur de « salope » dans un vécu d'indifférenciation mortifère.
- 20 Les premiers entretiens où elle déposa sa rage contre sa maladie, les thérapeutiques, sa mère, eurent pour fonction de contenir ces vécus par lesquels elle se disait être « débordée ». Au fil des entretiens, dans le cadre desquels elle se disait « rassurée » car elle ne se sentait ni jugée, ni intrusée, elle y déposa des angoisses de mort et

d'effondrement, sa rage contre son corps dépendant, sa place dans la famille et dans la société et le plaisir de dire Je.

- 21 Au cours de ce travail psychothérapeutique avec cette patiente, j'eus le sentiment que son cancer était une tentative ultime pour s'incarner, pour penser son corps. Les soins physiques (panser) et les soins psychiques lui offrirent en effet un environnement « suffisamment bon » pour que les vécus de son corps et de son psychisme plus unifiés lui permettent de s'inscrire dans Son histoire.

Pierrette

- 22 Un corps d'adolescente frêle pour cette femme de 50 ans et une voix plaintive de petite fille. Elle ne semble pas marquée ni par l'âge, ni par la maladie : Elle a subi plusieurs opérations et plusieurs traitements pour un cancer des ovaires. Elle est restée tardivement (jusqu'à plus de 30 ans) auprès de ses parents et « aida » sa mère (nourrice) à élever des enfants (rien que des filles, précise-t-elle, déçue).
- 23 Pierrette ne se trouve pas féminine, n'a pas confiance en elle. Elle s'est mariée avec un homme qu'elle trouvait « très masculin » : « c'était un défi qu'un homme comme lui s'intéresse à moi ». « Je l'avais beaucoup idéalisé, puis j'ai vécu l'enfer », elle évoque sa haine de la sexualité qu'elle nomme « la chose », son seul plaisir étant de suivre les concerts de son idole Johnny HALLYDAY.
- 24 Elle évoque souvent son corps comme devenant une usine à cancer et la chimiothérapie comme « nourrissant » son cancer. Pierrette eut pour la chirurgienne qui l'avait opérée plusieurs fois une grande admiration, elle lui demanda de dire à son mari qu'elle ne pouvait pas avoir de relations sexuelles à cause de sa maladie.
- 25 Quel « théâtre » fantasmatique névrotique tentait de se rejouer là ?
- 26 Pourquoi « nourrir » son cancer ? S'agissait-il du « fœtus pathologique » d'une impossible féminité ? D'une identification impossible à une mère décevante parce que « passive et effacée » ?
- 27 Pierrette évoqua un sentiment de culpabilité celui de la peur de tuer ses parents par le souci qu'elle leur donne. L'idéalisation pour les hommes très masculins (Johnny en fait partie) représente-t-elle une tentative d'identification aux détenteurs « du phallus ». La condition

d'être fille semble pour elle décevante, cherche-t-elle un phallus imaginaire pour tenter de se dégager d'une imago maternelle fusionnelle et envahissante ?

- 28 Pour P.-L. ASSOUN « l'angoisse de castration, se procure par l'organe défectueux. »



Julien Woga

- 29 Ce qui est en cause, nous dit cet auteur est « de symboliser le manque » La maladie cancer, « comme marquage » de leur corps de femme, les fantasmes d'une mort prochaine (toutes trois ont eu un cancer métastatique) ont relancé un imaginaire dont les affects étaient bloqués. L'espace de parole où elles développent un transfert de type maternel (*mère suffisamment bonne* de D.W. WINNICOTT), a permis d'ouvrir un imaginaire autour de leurs angoisses de castration. Ces angoisses de castration semblent avoir été le modèle rétroactif

des états traumatiques antérieurement vécus. Pour ces trois femmes sont apparues des difficultés à penser l'altérité. Leur organisation psychique marquée par l'idéal et le clivage avait barré l'élaboration des angoisses de castration inhérentes à l'organisation œdipienne, les inscrivant dans un temps figé, bloqué.

- 30 L'espace de parole proposé à ces femmes permet semble-t-il une parole symbolique et une tentative d'unification entre corps et psyché. Écouter les femmes atteintes de cancers « féminins » ce serait aussi entendre le questionnement sur le Féminin aux prises avec « cet autre dans sa chair » l'imgo Maternelle, la « déesse Mère » dont parle FREUD.

AUTEUR

Martine Prouveur

Psychologue clinicienne

« Lien esthétique et cancérologie »

Une greffe de moelle, de peau à peau

Christine Bénézit

DOI : 10.35562/canalpsy.2855

PLAN

Les mots de l'esthéticienne...

À deux voix... Un lien clinique

Maladie grave et douleur mélancolique

Régression nécessaire et clivage

Du moi leucémique au moi « allogreffé », l'altérité

Temps de rupture, temps de retrouvailles

Lien esthétique et « appréhension de la beauté »

Des images terrifiantes de la Méduse aux bras de Morphée...

TEXTE

- 1 Le soin esthétique en cancérologie *touche*, sans bruit, à la profondeur de l'être, pour prendre un sens précieux dans le creux d'une relation empathique. La rencontre esthétique est rendue possible au cœur même de l'institut de cancérologie, par le biais d'une association engagée auprès des patients cancéreux et qui permet pour chacun, en chambre stérile ou en cabine, pendant l'hospitalisation ou en ambulatoire, l'accès à un « espace esthétique » et sa supervision psychologique. Ces rencontres avec l'esthéticienne, au fil du temps, sont rythmées par les nécessités thérapeutiques, les états de dégradations brutales du patient, les conditions d'hospitalisation. La rupture fulgurante de la temporalité inhérente au cancer oblige les patients à vivre un présent douloureux. Le passé et le futur n'existent plus. La mise en place de soin du corps en cancérologie introduit la possibilité pour le psychologue de se saisir d'un lien psychique en suspens. Les rendez-vous esthétiques avec des adolescents, hommes et femmes sont multiples et « repris » par le clinicien, tiers externe à cette institution. C'est un dispositif très particulier et novateur que je tenterai ici de rendre lisible à partir des rencontres bi-mensuelles de l'acteur esthétique, dans le cadre d'une élaboration de sa pratique et

de ce qui s'y transfère. Nos rapprochés depuis un an, nous permettent d'aller ensemble, dans un « pas de deux », comme « à quatre mains », au plus près du patient. Un lien se prolonge, entre le patient, l'esthéticienne et la clinicienne et la réflexivité s'instaure. Les situations de l'aigu, où le patient lutte pour sa survie, prises au « corps à corps », nécessitent en quelque sorte une double contenance. L'isolement en chambre stérile pendant de longues semaines redouble l'enfermement interne du patient souvent forcé par l'atteinte traumatique/somatique grave. L'engagement à rester vivant nécessite la rupture de ces temps de solitude extrême et le besoin de présence de l'autre, luttant contre la déprivation sensorielle. Un autre, alors, qui supporterait avec soi l'insupportable et qui prendrait soin, sans rien en dire, de celui ou celle qui se laisse encore... *toucher*. « Témoin », dans l'après-coup de ces rencontres bouleversantes, je tenterai de montrer quel est ce lien poignant qui s'instaure entre l'esthéticienne et le patient, dans sa teneur fragile et ténue, aux prises avec l'impermanence et la mort. À travers une vignette clinique, je tirerai quelques fils élaboratifs pour penser les processus psychiques et enjeux psychosomatiques de la « relation esthétique ». La patiente évoquée ici, suivie par l'esthéticienne pendant son parcours hospitalier, reste cinq semaines en chambre stérile pendant lesquelles elle sera greffée. Cet écrit fait aussi le lien entre les enjeux internes à la greffe de moelle osseuse et ses mouvements échoïques sur le « lien esthétique ».

- 2 L'esthéticienne bien qu'intervenante extérieure à l'unité de cancérologie a su trouver/créer une place aux côtés de l'équipe soignante. Sa présence est signifiée institutionnellement aux patients et ceux-ci sont acteurs de la demande du soin par téléphone. Quand elle intervient en chambre stérile, cette dernière est privée de son matériel, rien ne pénètre dans le secteur. Les « visites » restent à distance du chevet et sont dans l'interdit du « toucher ». La seule qui puisse « s'approcher » est l'acteur esthétique, en dehors des soignants dont les interventions sont autres. L'esthéticienne travaille à mi-temps et nous nous rencontrons pendant une heure, deux fois par mois sur mon lieu de travail hospitalier, à distance de l'institut de cancérologie où je n'interviens pas. L'esthéticienne évolue à sa guise, dans un cadre qu'elle définit et la clinicienne accompagne ses mouvements entendant ses variations comme guidées par une

nécessité clinique. Nos rencontres régulières permettent à l'esthéticienne de se « décoller », trouvant un tiers, un garant de sa sécurité psychique, pour « se » déprendre des risques de fusions/confusions. La vigilance est mobilisée aussi autour des clivages institutionnels, entre acteurs du soin et acteur esthétique, en écho des défenses du patient. La compréhension psychologique que nous trouvons ensemble grâce à notre implication/restitution mutuelle, lui permet de faire face à des situations extrêmes et pour nous deux, de faire preuve de créativité. Dans ce contexte où le patient, comme l'esthéticienne, comme la clinicienne, peuvent se sentir « démunis », reste alors l'intelligence humaine et sensible, au bout des doigts, pour se rencontrer.

Les mots de l'esthéticienne...

« Madame S. 30 ans, hospitalisée du jour au lendemain, dans l'urgence, en secteur stérile, pour une leucémie. Sa vie s'arrête. C'est un véritable choc. C'est la psychologue du service d'hématologie qui m'appelle pour la rencontrer.

Ce premier contact est marquant. Je découvre une jeune femme prostrée, sans aucune expression. Je lui propose un modelage du visage relaxant. Elle hoche la tête, semble méfiante. Je ne sais pas si elle apprécie mais j'ai envie de l'aider. Sa détresse me touche.

Je lui propose de venir la voir deux fois par semaine en insistant sur le fait qu'elle peut refuser le soin.

Trois rencontres se déroulent dans le silence mais elle accepte de me voir. Ses cheveux tombent...

Au quatrième rendez-vous, elle me parle, me remercie et me "sourit". Elle se confie, elle a peur.

Après une greffe de sa sœur jumelle, elle sort de stérile mais reste hospitalisée. Elle m'appelle pour un soin en cabine dont on a si souvent parlé. Elle apprécie l'odeur des crèmes, les différentes étapes du soin, la musique, l'ambiance hors de sa chambre. Elle parle de sa vie, de sa famille, de son métier. Elle se bat, tout simplement avec beaucoup de courage. »

À deux voix... Un lien clinique

- 3 La clinicienne « éprouvée » au cours des rencontres élaboratives redonne au « soin du corps » une dimension psychique. Mobilisant

alors toute son attention « psychocorporelle » à l'acteur du soin, elle pense le patient dans l'après-coup et devient comme un appareil psychique annexe dont pourrait être greffée l'esthéticienne.

La clinicienne *touchée* dans sa préoccupation thérapeutique portée au patient, soutient l'acteur esthétique dans sa capacité à contenir les angoisses infiltrantes de ces « corps à corps ». La place manquante du psychologue au chevet du patient rendue impossible par l'aggravation somatique est prolongée, palliée par les « rapprochés » avec l'esthéticienne qui à travers ses mots, intonations, émotions, silences, condense et transmet un moment de vie partagé et signifiant. La rencontre esthétique en cancérologie est un espace silencieux où peuvent se réorganiser des intrications secrètes, insoupçonnées par le patient lui-même et précieuses à la reprise des mouvements de vie. Le retour à l'archaïque, au chaos interne que force le cancer est accueilli en ce lieu, les mains de l'autre, qui se fait « berceau ou cocon » selon le lien intime et sa teneur contre-transférentielle. Ce lieu de portage, de contenance du corps et des affects messagers en fait un espace où la vie psychique se présente et où le monde interne sur la concrétude du monde quantique physiologique peut retrouver un sens, une vectorisation heureuse. La jeune femme est adressée à l'esthéticienne par la psychologue du service d'hématologie pour passer un relais, en quelque sorte. La nécessité à prendre soin du corps est d'importance. Cette patiente, en chambre stérile, est en aplasie médullaire c'est dire que son système de défense immunitaire est effondré à l'instar de ses défenses psychiques. Elle reçoit la moelle de sa sœur, don de sa jumelle, et refuse à partir de ce moment-là – de la pénétration du corps de l'autre en elle – toute visite de sa famille, de la psychologue et se montre hostile avec l'équipe de soin. Le combat interne est intense, la souffrance indicible, le conflit impensable. Le greffon a un effet double, salvateur quand le chevillage opère, redoutable quand il s'attaque à son hôte. La présence de l'esthéticienne qui supporte le silence, le doute, la peur et qui résiste, reste et retourne, fait alors la preuve d'un objet qui ne se dérobe pas et reste fiable jusqu'au bout. Le processus de la greffe qui se joue, au plus infime de ses cellules, est accompagné par le mouvement des mains sur sa peau comme mobilisant les rythmes internes, la mise en mouvement, la sortie de l'immobilité sidérante. Le chevillage des cellules de sa jumelle aux siennes peut se faire, accompagné par la rencontre intense et ré-

organisante des espaces psychiques, en ce temps évocateur de la procréation et des origines.



Julien Wolga

Maladie grave et douleur mélancolique

- 4 La jeune femme apprend comme souvent en hématologie une atteinte cancéreuse grave, violente, qui la dévaste et implique des chimiothérapies lourdes et la chambre stérile. L'esthéticienne est touchée par cette patiente qui accepte le soin esthétique sans rien en dire, sans pouvoir regarder l'autre, tolérant les mains sur son visage, son cou... Sa peau est sèche, l'état somatique pressenti est grave et, à chaque séance, une suivante est proposée, acceptée du bout des

lèvres par celle qui, sidérée, accepte de nouveau de se laisser « *toucher* ». Le cancer convoque à l'intérieur du sujet des objets persécuteurs envahissants, évoluant à leur guise en dehors de toute logique. Le corps du sujet jusque-là silencieux devient bruyant, prend toute la place et devient par trop présent et étranger. Les sentiments d'angoisse et de détresse liés à la menace de mort trouvent une concrétude dans le corps devenu douloureux. Le sujet est alors brutalement soumis à des épreuves extrêmes d'épuisement physique et psychique. Les défenses somatopsychiques sont mises à l'épreuve des traitements immunosuppresseurs. La mise en chambre stérile doublée de l'isolement sensoriel ne permet pas de lutter longtemps contre les angoisses de dérochage selon Christophe DEJOURS. Ces angoisses sont celles qui s'emparent du grimpeur sur sa paroi, au-dessus du vide, en risque de « *dérocher* ». Le sujet en passe de se perdre, perd son essence même, sa substantifique moelle et dans cette dégradation majeure du corps physique, risque bien d'être perdu pour l'amour de l'objet. La douleur mélancolique est à son comble. L'identité de perception (FREUD, 1900) est mise en danger par la détresse et l'absence d'un autre à contenir les épreuves dissociants. L'importance de la présence de l'autre est cruciale à ce moment précis.

Régression nécessaire et clivage

- 5 La régression inhérente au traumatisme dans l'atteinte du corps, doublée de l'isolement et de la fatigue, participe d'un processus d'adaptation. L'organisation du moi est alors menacée et l'effondrement guette le sujet. WINNICOTT définit le traumatisme ainsi :

« Un traumatisme est ce contre quoi le sujet n'a pas encore de défenses organisées, de sorte qu'il s'instaure alors un état confusionnel suivi d'une réorganisation des défenses – défenses d'un type plus primitif que celles qui étaient suffisantes avant l'apparition du trauma. »

- 6 Le sujet peut alors être amené à « *confier* » sa vie, son sort, à l'autre « *corps médical* » pour éviter de penser ce qui lui arrive – l'impensable – et le laisser décider à sa place du traitement ultime celui de la greffe de moelle. Le processus de dé-subjectivation

pourrait être entendu comme nécessaire à la transgression cannibalique et incestuelle. Cette « guerre interne » se joue au-dehors. À la quatrième rencontre esthétique, la langue se délie, les mots sortent en vagues pour dire la peur, la douleur, l'horreur de l'isolement, cette maladie qui ronge du dedans, et la colère contre cette équipe qui ose déranger le soin. La patiente attaque l'équipe soignante avec ses mots et avec son état de santé qui fait vivre l'impuissance. L'esthéticienne demande l'autorisation de voir le patient mais préfère ne rien savoir de celui ou celle dont elle va s'occuper, elle se garde « cet espace vierge qui lui évite de s'encombrer »... Aujourd'hui, elle sent que quelque chose la met du bon côté et contre l'équipe.

Du moi leucémique au moi « allo-greffé », l'altérité

- 7 La patiente confie ses angoisses sous les mains de celle qui, avec douceur et délicatesse accueille un discours à vif. Elle apprécie les soins de l'esthéticienne et accepte chaque séance sans hésitation. « La séance peut être annulée quelques minutes avant... », l'esthéticienne devient malléable comme la mère suffisamment bonne. L'incorporation nécessaire au chevillage en soi du sang de l'autre fait écho aux incorporas primaires de l'allaitement maternel. Les liquides absorbés font le lit de l'expérience archaïque. Cette situation convoque aussi la question de la filiation narcissique « on est du même sang » (J. GUYOTAT, 1980) et une remise en cause par le sang d'un autre en soi. Pour la patiente, le sang du double, sa jumelle est acceptable à condition encore qu'elle puisse la rejeter, l'éloigner d'elle et mettre en scène une différenciation nécessaire à la prise de la greffe. « Ton sang devient le mien, je dois l'introjecter pour que cette pénétration ne soit pas aliénante mais porteuse de vie et créatrice. Je rejette l'Autre, "Toi ma jumelle" mon Double, pour pouvoir me garder, Intègre, entière, Autre en Moi, mais vivante ». La re-subjectivation fait suite à la dé-subjectivation et permet au sujet allogreffé de faire l'expérience d'une nouvelle naissance. Le moi désorganisé par le trauma absolu du cancer se réorganise en Moi Allogreffé, dans une introjection « en creux ». En écho, l'esthéticienne écoute, se double de la psychologue dans son affiliation analytique et

accueille « les mots » devenus transposables. L'une se prolonge dans le touché, l'autre vers la psyché.

Temps de rupture, temps de retrouvailles

- 8 Le temps de « stérile » temps d'exil, de déprivation de l'autre, temps d'interdit du toucher n'est pas un temps de vide. C'est un temps de chaos, temps d'horreur, où la peur fait ravage, où les cauchemars se vivent en plein jour, les yeux grands ouverts, sous le flux stérile qui ronfle et l'atmosphère aseptisée, désaffectée, de la cage, de la prison. Il faut tenir, survivre, faire avec le temps qui ne passe plus comme avant. La succession d'états de césure, de rupture, met en péril la continuité narcissique du sujet et le sentiment d'exister. La temporalité et son intégration accompagnent la mise en place de l'objet dans le développement du bébé. Revenir à une temporalité précédant l'objet forcerait la régression pour permettre la « naissance » de ce nouvel objet, en lui-même, le sujet allogreffé. Le corps réel se définit sur la contradiction suivante : c'est un objet qui nous enveloppe qui n'a pas d'existence propre et qui à la fois nous fait totalement exister. Après avoir rejeté les siens, prise dans le paradoxe inhérent à la greffe, la patiente accepte à nouveau la visite de sa famille. La séance esthétique se fait en cabine et en présence de la mère, femme discrète, puis une autre, plus tard, avec la sœur jumelle. L'esthéticienne joue un rôle de tiers dans les retrouvailles, ayant pris un relais du contenant familial bienveillant, elle accompagne le retour au regroupement.

Lien esthétique et « appréhension de la beauté »

- 9 « C'est en somme dans la rencontre entre deux regards que se noue la dynamique plus ou moins bien structurante du nouveau-né » (CAÏN, 1985). Dans le regard de l'autre, l'enfant prend corps, se met à exister. Dans les yeux de la figure maternelle le patient retrouve des instincts de survie et abandonne ses défenses. Les atteintes fonctionnelles et érogènes menacent aussi le désir d'être le même pour l'autre, ce que

ne peut plus garantir le miroir. Il faut alors une relation capable de rétablir un niveau de sécurité corporelle affective et langagière pour apaiser, colmater les blessures de l'image de base (D. DESCHAMPS, 1997). Les mains de l'esthéticienne prennent ce relais même, dans l'expérience de « Corps à Corps », de « Peau à peau ». Les contours se redessinent, se ressentent, se « re-prennent ». La fonction de reconstruction par le biais de l'image maternelle bienveillante est à l'œuvre. L'empathie présente dans les rencontres accompagnées de mots fait l'enveloppe auditive. Le regard donné confirme sa dimension humaine à celui qui s'était perdu. La rencontre esthétique réactualiserait le « conflit esthétique » selon MELTZER et l'expérience de la beauté. Il s'agit là d'une relation d'intimité qui permet de découvrir les qualités internes de l'objet (HOUZEL, 2000). La rencontre avec l'esthéticienne, imago maternelle, objet esthétique, provoquerait la question que se pose le bébé dans des mots empruntés à MELTZER : « Est-ce aussi beau dedans ? » La rencontre avec la surface de l'objet permet une découverte progressive de l'intérieur de l'objet. Les qualités de « surface » de l'objet esthétique pourraient aussi induire la rencontre avec le dedans de soi et avec des éprouvés primaires. Ce sont les qualités sensorielles qui sont mises à l'œuvre dans la rencontre singulière et esthétique avec le sujet malade. Ce temps de rapproché intime où l'un se perd dans l'autre, état de fusion indifférencié, in-organisé, pourrait permettre la ré-organisation vers la re-subjectivation. L'expérience régressivante liée aussi à la posture des corps, l'un couché « cliné », l'autre debout « penché », favorise pour l'un l'abandon et pour l'autre le portage du psychosoma.

Des images terrifiantes de la Méduse aux bras de Morphée...

- 10 Le patient vit des instants de terreur difficilement transposables dans lesquels la fascination de la mort et du gouffre aspirant envahissent tout l'espace psychique. En hématologie le greffon, c'est-à-dire la moelle de l'autre, porte aussi le nom de « méduse », entre-deux identitaire. La confusion entre le visage annonçant la mort et le greffon lui-même, dit implicitement la mort de soi comme condition « nécessaire et suffisante » à l'acceptation du chevillage de l'autre en soi. L'incorporation au seuil de la transgression cannibalique pousse

vers la perte identitaire. L'expérience esthétique ramène aux temps bénis, ceux de la non-dualité, de la « totalité » où le sujet se dissout dans l'expérience de la nativité. L'enfant se nourrit du bonheur et la mère ne peut être tirée de sa rêverie. Certains patients parlent de leur ange gardien, du coin de paradis et évoquent alors le soin dans son aspect relationnel comme – un temps de répit – « morphinique, soporifique, idyllique ». Morphée prend une forme humaine, celle de l'être cher, pour emmener au pays des rêves, les humains mortels et rend ainsi au rêve, sa fonction première, réalisant les désirs infantiles. Les ailes de Morphée le rapprochent des représentations de l'ange, ange gardien, protecteur des peurs des enfants. Le rêve « éveillé » pour l'un « délité » en présence d'un autre, figure maternelle « embellie », et sa teneur onirique donnent l'accès à un espace de plaisir dont l'importance est cruciale et fonde la reprise des mouvements de vie. Rêver sa vie, c'est la reprendre au cancer. La rencontre esthétique pourrait permettre, re-signifiant le corps dans ses contours, ses tenants internes, son lien à l'autre, la ré-intégration psychosomatique du sujet (N. DUMET). L'association de l'esthéticienne et de la clinicienne fait aussi figure de double. Les va-et-vient cliniques qui nous relient accompagnent les patients au plus près et sont féconds. La patiente s'est mise à peindre... l'esthéticienne à transmettre, la clinicienne à écrire. Nous aurions alors affaire à un dispositif de soin « clandestin » (A. CICCONE), soutenant une continuité, un lien sensoriel, là où plus personne n'est plus « sûr de rien » et où la confusion des zones de peau, des objets internes et externes, des doubles est prégnante, jusqu'à la fin, comme aux origines.

AUTEUR

Christine Bénézit
Psychologue clinicienne

Psychosomatique et cancer

Mythes et réalités

Nathalie Dumet

DOI : 10.35562/canalpsy.2857

PLAN

Psychosomatique, une appellation non protégée

Corps réel-corps imaginaire ou l'intrication du psychique, du libidinal et du somatique

Objet et modalités cliniques d'une approche psychosomatique psychanalytique

TEXTE

- 1 Le cancer a-t-il une composante psychique ? Est-ce une maladie psychosomatique ? Le psychisme agit-il sur cette affection, et comment ? La « mentalisation », concept proposé par P. MARTY (1991) et/ou « la fonction de l'imaginaire », terme issu cette fois de la théorisation de M. SAMI-ALI (1987), ont-ils – réellement – une valeur biologisante, c'est-à-dire ces processus psychiques auraient-ils une vertu favorisant la réorganisation somatique de l'homme atteint physiquement ?
- 2 Toutes ces questions qui reviennent de façon récurrente, les trois premières chez l'homme du commun, les dernières étant plus spécifiques des spécialistes, et des psychanalystes psychosomaticiens en particulier, nous invitent à revenir sur le terme psychosomatique, son (plutôt ses) acception(s) et surtout les croyances, dérives et méprises auxquelles il donne encore lieu aujourd'hui.

Psychosomatique, une appellation non protégée

- 3 Comme le notait déjà N. NICOLAÏDIS (2000), le terme psychosomatique n'est pas une appellation protégée. De là découle sans doute la

pluralité des significations, usages et surtout mésusages, que ce terme a connus et connaît encore. Ainsi que nous l'avons récapitulé dans un précédent écrit¹, le terme psychosomatique peut s'employer en tant qu'adjectif ou substantif et venir qualifier maints objets : maladie (ou trouble), malade, approche, ordre, situation, unité... Tel est en effet ce qu'on a pu observer au fil de l'histoire de cette nouvelle discipline², la psychosomatique, ou approche du sujet (cf. plus loin) née au carrefour de la médecine, de la psychologie et de la psychanalyse, et où se sont succédé différentes conceptions de ce qui, pour leurs auteurs respectifs, pouvait être qualifié, pensé comme psychosomatique : ainsi, et pour n'en donner que quelques exemples, on est successivement passé d'une conception de la « maladie psychosomatique » défendue par F. ALEXANDER³ aux USA dans les années 1950, à celle, concomitante, de « malade psychosomatique » de F. DUNBAR, puis à celle de l'« ordre psychosomatique » proposé dans les années 1980 par P. MARTY⁴ et les membres de son école, dite École Psychosomatique de Paris (ou Ipsos).

4 Quoi qu'il en soit, à ce jour et malgré ce que laisse entendre, supposer, fantasmer, la construction même de ce terme formé du préfixe psycho placé devant le mot somatique, quand les spécialistes de notre discipline, la psychologie clinique d'orientation psychanalytique, emploient ce terme, c'est de façon dégagée de toute idée du primat du psychisme. En effet aujourd'hui, il n'est pas, et même certainement plus, question de penser une quelconque action causale du psychisme qui prédominerait sur tout autre facteur ou déterminant dans la genèse, chez l'individu, d'une affection, dont l'expression (la forme) est somatique, c'est-à-dire d'une affection qui engage la santé voire le pronostic vital du sujet, et ce de manière plus ou moins importante qui plus est.

5 Sans doute faudrait-il pouvoir se déprendre de ce terme psychosomatique, l'abandonner – comme le suggère, par exemple, P.-H. KELLER (2000, 2008) – et lui préférer, comme on le fait justement en psychologie clinique à l'université Lyon 2, l'expression plus générale de Clinique du somatique⁵ – tant ce terme de psychosomatique est susceptible d'entretenir l'équivoque ou le malentendu ; car il tend surtout de par sa construction sémantique même à suggérer un déterminisme psychique majeur – dans l'ensemble des maladies sinon dans certaines d'entre elles seulement, mais engageant toutes quoi

qu'il en soit le corps réel du sujet – là où en réalité il convient plus que jamais de reconnaître :

- d'une part, la polyfactorialité, le polydéterminisme existant dans toute situation de trouble, que celui-ci se manifeste sur un registre physique ou psychique. Pour n'en prendre qu'un exemple, il faudrait être (un psychopathe) fou aujourd'hui pour ne pas reconnaître l'existence, démontrée scientifiquement, de paramètres biologiques ou génétiques par exemple dans les troubles psychopathologiques, tels que schizophréniques ou autistiques, mais ces paramètres à eux-seuls n'épuisent aucunement la signification de la survenue de ces troubles chez le patient et n'excluent nullement en conséquence des approches thérapeutiques autres, telles que psychologiques et psychanalytiques ;
- et d'autre part, la multiplicité des formes de causalité (il existe une causalité de hasard, une causalité paradoxale, etc.) ainsi que l'ont récemment rappelé G. PRAGIER et S. FAURE-PRAGIER (2007), tout en sachant aussi qu'en matière de causalité aujourd'hui, il est bien moins question de linéarité que de circularité, de récursivité. Les différents facteurs, d'ordre multiple, engagés dans la survenue d'une affection interagissent entre eux selon des boucles de rétroaction, annulant de ce fait tout espoir de parvenir un jour à isoler la part agissante respective de chacun des agents pathogènes répertoriés dans son apparition. Ces données invitent donc plus que jamais à se déprendre de l'illusion psychique causaliste univoque. Cela vaut bien sûr aussi pour toute autre illusion portant sur d'autres causalités... (Certes, l'on sait bien aussi que les fantasmes ont la vie dure et surtout raison d'être pour leurs auteurs... !) C. SMADJA et G. SZWEC, membres de l'École psychosomatique de Paris, avaient déjà tous deux invité à cette position de renoncement en écrivant en 1995 que « ... les théories du "tout biologique" ou du "tout psychique" ne conduisent qu'à des impasses⁶ ». Elles sont surtout pures spéculations imaginatives au regard des considérations récentes de la Science soulignant de plus en plus l'interaction entre organisme et environnement (cf. par exemple les travaux de P. MAGISTRETTI sur la plasticité neuronale et l'environnement).

Corps réel-corps imaginaire ou l'intrication du psychique, du libidinal et du somatique

- 6 Aujourd'hui donc, si le terme de « trouble psychosomatique⁷ » et son usage perdurent dans la littérature psychopathologique psychanalytique, c'est au titre de catégorie clinique, pour différencier ces phénomènes ou situations dans lesquels le corps réel du sujet est assez massivement engagé/touché, en regard de la catégorie clinique du « trouble de conversion » mobilisant davantage le corps imaginaire et érogène du sujet, même si au demeurant, et comme S. FREUD (1905) n'avait pas manqué déjà de le souligner, il existe néanmoins toujours, chez le sujet porteur du-dit symptôme de conversion, une situation de « complaisance somatique » – autrement dit un substratum dans le corps réel (une atteinte de ce corps réel). Ce qui tend à montrer au passage que corps réel et corps imaginaire sont loin de s'exclure totalement, comme certains modèles théoriques psychosomatiques l'ont longtemps prôné, mais au contraire que tous deux entretiennent des rapports constants, continus parfois aussi distendus, en tous les cas variables ; ils sont intriqués, plus ou moins⁸, à des degrés divers, selon les individus (N. DUMET, 2002) et même selon les moments de la vie chez un même individu (C. DEJOURS, 2002). Trouble de conversion et trouble psychosomatique ne sont alors à ce titre que des paradigmes cliniques – sinon surtout des constructions théoriques – illustrant chacun l'exacerbation d'un corps dominé (pour l'un, le premier) ou au contraire amoindri (pour le second, ou seulement dans certains cas) dans ses potentialités imaginaires. Encore convient-il de préciser que ce n'est pas le même imaginaire qui se trouve mobilisé, associé ou pas de la même manière encore dans ces différentes cliniques du corps affecté voire malade. Si le trouble de conversion mobilise davantage l'imaginaire œdipien névrotique du sujet, le trouble somatique (ou trouble psychosomatique, donc, selon notre vocabulaire spécialisé), lui, convoque davantage le registre de l'imaginaire archaïque ou prégénital, même si bien sûr des vécus et angoisses de séparation comme de castration peuvent aussi être réveillés au passage chez le malade somatique.

Objet et modalités cliniques d'une approche psychosomatique psychanalytique

- 7 Ainsi, maintenir et promouvoir aujourd'hui une approche psychosomatique psychanalytique ne consiste nullement à « aborder le symptôme somatique [...] [en se plaçant] d'un point de vue causaliste » comme le dénonçait M.-J. DEL VOLGO (2000), mais bien plutôt à aborder le sujet dans son ensemble, dans la totalité de sa personne. Cette approche invite notamment à envisager chez lui les différents destins possibles de son économie pulsionnelle : psychique, comportemental, corporel et somatique. Nous distinguons ici ces différents registres pour des raisons uniquement pragmatiques/didactiques, tant dans la réalité humaine il nous paraît inconcevable de les hiérarchiser et a fortiori de les opposer radicalement entre eux. Certes le somatique n'est pas le psychique ; certes il existe des agis comportementaux et somatiques, phénomènes de pures décharges ; mais ceux-ci, s'ils traduisent, parfois sinon souvent, l'échec ou l'impossibilité d'un travail psychique, d'une expression psychisée chez leurs auteurs, sont bien l'œuvre d'une subjectivité, d'une subjectivité en peine assurément, en peine surtout de traiter ses excitations, souvent délétères, autrement que selon ce registre. « Penser psychosomatique⁹ » ne consiste donc nullement à « aborder le seul symptôme » (comme le pensait alors M.-J. DEL VOLGO, 2000) mais à appréhender l'autre et sa souffrance, quel que soit le registre particulier (psychique, somatique, ...) selon lequel cette souffrance s'exprime, à partir de la singularité de sa subjectivité, la sienne autant que celle du patient. En cela cette écoute et rencontre de l'autre ressortit bien d'une approche authentiquement psychanalytique (I. ADMONICAÏ, M. HOUARI, 2008).
- 8 Ces rappels et précisions terminologiques étant faits, qu'en est-il maintenant de l'approche psychosomatique du sujet porteur d'une affection cancéreuse (ou plus largement atteint par une maladie grave et/ou à caractère létal) ?
- 9 Loin d'étudier cette question au regard des travaux (encore peu nombreux...) consacrés en psychanalyse à l'approche du malade

cancéreux et auxquels nous renvoyons le lecteur¹⁰, nous reprendrons brièvement ici le cas d'une patiente, Mme B.¹¹, ayant présenté successivement deux atteintes cancéreuses (atteinte du sein, puis quelques années plus tard de l'utérus) pour nous intéresser à un petit point, le rôle que jouât pour cette patiente sa propre théorisation psychosomatique de ses troubles somatiques dans la suite du travail psychique intra- et intersubjectif qu'il fut possible de mener ensemble.

- 10 À peine passés les premiers instants, un peu difficiles, de la première consultation¹², Mme B. énonce rapidement le lien qu'elle a établi elle-même entre ses maladies et la personne de son conjoint, ses présences-absences, et en conséquence son désarroi et sa culpabilité (à elle) de se déclencher des maladies pour qu'il reste justement présent à ses côtés. Cette patiente, qui se décrit comme très cérébrale – entendons pour notre part rationalisante à certains égards – alloue donc spontanément et rétrospectivement une origine psychique à ses troubles et relie même leur localisation anatomique à des vécus très précoces, vécus maladifs eux aussi, ayant même (déjà ?) fait craindre pour sa survie. Les médecins consultés alors l'avalent en effet, rapporte-t-elle, jugée « perdue », condamnée ; et Mme B., bébé (âgée de neuf mois), s'en était « miraculeusement » sortie après l'invocation d'une prière, soit en réalité après le retour en urgence de ses parents à son chevet (la patiente étant alors à la garde de ses grands-parents, séparée géographiquement de ses parents pour des raisons d'abord professionnelles puis familiales de ces derniers). Cette patiente présente donc pour particularité¹³ d'avoir spontanément théorisé ses affections en termes psychosomatiques¹⁴. Si cette production auto-théorisante et la recherche d'une causalité psychique à ses différents troubles somatiques¹⁵ signent chez Mme B. une attitude fort défensive, cette théorisation constitue simultanément « son roman de la maladie » (M.-J. DEL VOLGO *et al.*, 1994) et même sa « vérité subjective » (J. LACAN, 1966 ; M.-J. DEL VOLGO, 1997, 2003) qu'il convient à ce titre d'entendre et de respecter. Précisons de suite bien sûr que face à cette théorie psychosomatique propre à la patiente, nous nous gardons bien de dire quoi que ce soit à Mme B. ; nous nous gardons de réfuter ou de cautionner sa conviction personnelle, mais nous l'invitons à dire (cf. « l'instant de dire », M.-J. DEL VOLGO, 1997) et nous nous contentons dans cette

première séance comme dans d'autres de relancer parfois son processus psychique associatif. C'est dire que cette patiente ne présente aucun des signes psychiques déficitaires majeurs associés à la somatisation selon la théorie de l'Ipso : pensée opératoire, dépression essentielle, pauvreté psychique, etc. Certes, pour Mme B. les atteintes cancéreuses sont derrière elle mais elle est venue consulter pour deux nouveaux troubles (surpoids et diabète). Ce qui est en revanche patent dans son discours comme dans son fonctionnement, c'est (notamment) un important besoin de se vider, de se décharger enfin de vécus pesants. Parmi les plus prégnants et douloureux pour elle : l'éloignement affectif de son mari vécu comme un abandon, la liaison extra-conjugale de son mari et la naissance d'un enfant issu de cette liaison. Si l'éloignement affectivo-physique du mari lui fait revivre de nombreuses séparations infanto-juvéniles d'avec ses parents, la naissance de cet enfant vient quant à lui raviver et répéter dans le vécu de Mme B. la naissance de ses petits frères et sœurs quand elle était fillette puis adolescente et alors tenue éloignée/à distance de sa mère durant les grossesses de celle-ci. Comme on l'entr'aperçoit, des angoisses et vécus, tant actuels qu'infantiles, tant de castration que de séparation, sont particulièrement prégnants chez Mme B. et là encore mettent en défaut l'hypothèse martyenne d'absence de représentation mentale chez le patient somatique. Au contraire, et même si l'on observe au départ un fonctionnement psychique sous l'égide de mécanismes intellectualisants, rationalisants et la recherche d'une causalité psychique, ceux-ci n'obèrent pas le travail psychique de Mme B. Celle-ci présente une véritable capacité à penser (et panser psychiquement) ses troubles et souffrances, et progressivement au décours de la relation thérapeutique nouée avec elle, elle va se livrer à un véritable travail psychique de tissage ou filage de ses représentations, des plus actuelles aux plus anciennes, infanto-juvéniles et même archaïques, opérant là un véritable travail d'élaboration de certains traumatismes affectifs présents mais surtout passés, incorporés sans doute, voire clivés (C. DEJOURS, 2001) et alors en attente, à la faveur de sa souffrance affective, elle-même indexée sur ses expériences malades antérieures ou plus récentes, d'appropriation subjectivante.

- 11 Ces quelques éléments cliniques nous permettent juste de souligner, pour conclure, combien l'approche psychosomatique du sujet conduite ici est fondamentalement psychanalytique dans la mesure où il s'agit de cheminer avec le patient (certes Mme B. ne fait pas partie des personnalités les plus difficiles que l'on peut rencontrer dans la pratique clinique, et a fortiori en clinique du somatique), au gré de ses associations¹⁶, de son travail de la pensée et aussi de son corps (ses expériences, ses maux somatiques, ses souffrances) en tant que celui-ci se donne « comme exigence de travail pour la pensée » (C. DEJOURS, 2002).

NOTES

- 1 DUMET N., *Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique*, Dunod, Paris, 2002.
- 2 Discipline hybride, demeurant de ce fait plus ou moins décriée, discutée.
- 3 ALEXANDER F., (1950) *Médecine psychosomatique*, Payot, Paris, 1977.
- 4 MARTY P., *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Payot, Paris, 1976.
MARTY P., *L'ordre psychosomatique*, Payot, Paris, 1980.
- 5 Pour désigner l'approche clinique des situations engageant la corporéité du sujet, c'est-à-dire dans lesquelles une souffrance touche différenciellement le sujet dans son/ses corps : corps réel, imaginaire et libidinal.
- 6 SMADIA C., SZWEC G., Argument du numéro « Psychosomatique et modèles théoriques, 1 », in *Revue française de psychosomatique*, 7, 1995, pp. 5-6.
- 7 Plutôt que maladie psychosomatique.
- 8 Jacques LACAN n'avait pas hésité à écrire que « le psychosomatique est quelque chose qui est tout de même, dans son fondement, profondément enraciné dans l'imaginaire » (1975, p. 20-21).
- 9 Titre d'une formation créée et assurée dans le cadre de la formation continue de l'université Lyon 2 conjointement par le Pr. G. BROYER et N. DUMET. Cette formation est aujourd'hui assurée par N. DUMET et G. MOULIN.
- 10 Et parmi lesquels citons tout de même, dans des courants théoriques distincts les travaux de J. GUIR (1983), les travaux menés à l'Ipso par C. JASMIN,

P. MARTY *et al.* (1990), de L. LAMBRICHS (1995), de M. SAMI-ALI (2000), et ceux plus récemment parus sous la direction de P. BEN SOUSSAN (2004, 2007).

11 Pour plus de précisions sur ce cas, on se reportera à sa présentation et à l'analyse qui en ont été faites dans l'ouvrage *Clinique des troubles psychosomatiques* (2002, pp. 139-158).

12 Consultation en service hospitalier et motivée au départ pour des troubles du poids et diabète.

13 Celle qu'il nous importe d'examiner ici.

14 Précisons qu'à l'époque nous étions psychologue clinicienne en milieu hospitalier, présentée comme telle à la patiente et, c'est important de le préciser, sans grande connaissance alors en matière de psychosomatique. C'est la clinique rencontrée auprès de nombreux patients souffrant de troubles somatiques divers qui a ensuite progressivement conduit nos recherches et réflexions dans le champ psychosomatique psychanalytique.

15 Production dont on pourrait être tenté de dire qu'elle est assurément « erronée » du strict point de vue étiologique rappelé précédemment.

16 Et des nôtres bien sûr, mais dont nous n'avons ici pas parlé pour des raisons de concision.

AUTEUR

Nathalie Dumet

Psychologue clinicienne, maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Lumière Lyon 2

IDREF : <https://www.idref.fr/066958911>

ORCID : <http://orcid.org/0000-0003-3262-9412>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000010110896>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/14433163>

Bibliographie

TEXTE

- 1 ADOMNICAÏ I., HOUARI M., « Perspective théorico-clinique dans l'approche psychosomatique du cancer », in *Actes du Colloque Sciences Humaines et cancérologie*, Besançon, juin 2008, pp. 41-43.
- 2 ALEXANDER F., (1950) *Médecine psychosomatique*, Payot, Paris, 1977.
- 3 ASSOUN P.-L., *Corps et symptôme*, Anthropos, Paris, 2004.
- 4 BEN SOUSSAN P. (sous la dir. de), *Le cancer. Approche psychodynamique chez l'adulte*, Éditions Érès, Ramonville-Saint-Agne, 2004.
- 5 BEN SOUSSAN P., « Avis de recherche », in *Cancer et recherches en sciences humaines*, Éditions Érès, Ramonville-Saint-Agne, 2008, pp. 97-108.
- 6 CAIN J., « Contre transfert et Psychosomatique », in *Corps et Histoires*, Les Belles Lettres, Paris, 1985.
- 7 CHAZOT L., GUYOTAT D., « Greffe de moelle allogénique et troubles de l'identité », in *Psychologie médicale*, 26, spécial 3, 1994, pp. 320-322.
- 8 CICCONE A., *Naissance à la vie psychique*, Dunod, Paris, 1991.
- 9 DEJOUAS C., *Le corps, d'abord*, Payot, Paris, 2001.
- 10 DEJOUAS C., « Le corps comme "exigence de travail" pour la pensée » in DEBRAY R., DEJOUAS C. et FÉDIDA P., *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Dunod, Paris, 2002, pp. 63-106.
- 11 DEJOUAS C., « Dépression essentielle et désorganisation progressive : une démarche préventive est-elle possible ? » in TYCHEY (de) C., *La prévention des dépressions*, L'Harmattan, Paris, 2004, pp. 233-252.
- 12 DEL VOLGO M.-J., *L'instant de dire. Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne*, Éditions Érès, Ramonville-Saint-Agne, 1997.
- 13 DEL VOLGO M.-J., *La douleur du malade*, Éditions Érès, Ramonville-Saint-Agne, 2003.
- 14 DEL VOLGO M.-J., « Complémentarité ou causalité psychosomatique », in *Cliniques méditerranéennes*, 61, 2000, pp. 91-

105.

- 15 DEL VOLGO M.-J., GORI R., POINSO Y., « Roman de la maladie et travail de formation du symptôme. Complémentarité des approches psychanalytique et médico-biologique », in *Psychologie médicale*, 26, 14, 1994, pp. 1434-1438.
- 16 DESCHAMPS D., *Psychanalyse et cancer*, L'Harmattan, Paris, 1997.
- 17 DUMET N., *Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique*, Dunod, Paris, 2002.
- 18 DUNBAR F, *Psychosomatic diagnosis*, Hoeber, New-York, 1943.
- 19 FREUD S., (1905) « Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora) », in *Cinq psychanalyses*, PUF, Paris, 1989, pp. 1-91.
- 20 FREUD S., (1911) « Grande est la Diane des Ephésiens », in *Résultats, idées, problèmes*, 1, PUF, Paris, 1998.
- 21 FREUD S., (1915) « Deuil et mélancolie », *Œuvres complètes*, PUF, Paris, 2000, pp. 261-278.
- 22 GUIR J., *Psychosomatique et cancer*, Point Hors Ligne, Paris, 1983.
- 23 GUYOTAT J., *Mort, naissance et filiation*, Masson, Paris, 1980.
- 24 JASMIN C., MARTY P. et al., (1990) « Facteurs psychologiques et risque du cancer du sein : résultats d'une étude cas-témoins », in *Revue française de psychosomatique*, 2007, 31, pp. 155-171.
- 25 KELLER P.-H., *Médecine et psychosomatique*, Flammarion, Paris, 2000.
- 26 KELLER P.-H., *La question psychosomatique*, Dunod, Paris, 2008.
- 27 LACAN J., (1966) *Écrits*, Le Seuil, Paris.
- 28 LACAN J., (1975) « Conférence à Genève sur "Le symptôme" », in *Le bloc-notes de la psychanalyse*, 1985, 5, pp. 5-24.
- 29 LAMBRICHS L., *Le livre de Pierre. Psychisme et cancer*, Éditions de la différence, Paris, 1995.
- 30 MAC DOUGALL J. « Un corps pour deux » in *Corps et Histoire*, 4^{es} rencontres psychanalytiques d'Aix en Provence, Les Belles Lettres, Paris, 1985, pp. 9-44.

- 31 MARTY P., *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Payot, Paris, 1976.
- 32 MARTY P., *L'ordre psychosomatique*, Payot, Paris, 1980.
- 33 MARTY P., *Mentalisation et psychosomatique*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1991.
- 34 MOREL D., *Cancer et psychanalyse*, Éditions Belfond, Paris, 1998.
- 35 NICOLAÏDIS N., « Psychosomatique sur le vif », in *Tribune psychanalytique*, 2, 2000, pp. 13-152.
- 36 PRAGIER G., FAURE-PRAGIER S., *Repenser la psychanalyse avec les sciences*, PUF, Paris, 2007.
- 37 SAMI-ALI M., *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*, Dunod, Paris, 1987.
- 38 SAMI-ALI M., *L'impasse relationnelle. Temporalité et cancer*, Dunod, Paris, 2000.
- 39 SMADJA C., SZWEC G., Argument du numéro « Psychosomatique et modèles théoriques, 1 », in *Revue Française de Psychosomatique*, 7, 1995, pp. 5-6.
- 40 WINNICOTT D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1989.
- 41 WINNICOTT D.W., (1975) *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1991.

Échos

Des psychologues à l'écoute de sujets atteints de maladies graves

Nathalie Méchin

TEXTE

Un grand merci aux psychologues du terrain, stagiaires de 2008, qui ont collaboré à ce texte par leurs témoignages.

- 1 Depuis 2002, 6 stages se sont déroulés. Les psychologues qui participent à ce stage travaillent essentiellement dans des services de cancérologie, de dialyse, dans des hôpitaux généraux de petite ville, dans des centres de rééducation, des services de soins palliatifs ou dans des services de personnes âgées.
- 2 Le stage se déroule dans une alternance d'apports ou de rappels théoriques, et d'analyse de cas vécus par les stagiaires. Il apparaît clairement que la question principale qui émerge est celle de l'identité du psychologue clinicien dans la pratique au quotidien, et de son droit à travailler avec sa spécificité.
- 3 En effet, trois grandes problématiques sont questionnées :
 - Est-ce que le patient a une histoire psychique préexistante à l'arrivée de la maladie somatique, et des caractéristiques psychopathologiques ?
 - Est-ce que l'événement psychosomatique s'intègre dans une histoire de vie où la « parole » du corps prend place, en lieu d'un autre mode d'expression ?
 - Enfin, les hypothèses théoriques du clinicien le conduisent-elles à considérer que l'inconscient fonctionne jusqu'à la mort ?
- 4 Ces questions qui ne surprendraient pas le clinicien en général peuvent pourtant apparaître de véritables provocations, en tout cas fort dérangeantes dans le cadre du travail dans un service de maladies somatiques graves.
- 5 Ainsi, le psychologue est souvent pris dans une situation paradoxale où les soignants somaticiens, comme les familles, lui demandent de mettre de côté cet arsenal théorique et d'avoir cependant une fonction de psychologue clinicien. Il s'agit pour lui d'écouter les

émotions, la souffrance individuelle, le vécu dans la proximité de la mort, du handicap, ou de la détérioration physique et mentale.

- 6 La présence régulière de psychologues dans les services de médecine est récente et se développe. Le grand moment de l'officialisation et de la reconnaissance des psychologues est lié au développement de la maladie sida et à l'arrivée de malades contaminés VIH dans les hôpitaux. Très vite l'évidence s'est faite qu'il fallait des psychologues. Pourquoi ? Probablement parce que les nouveaux malades, en particulier les homosexuels, confrontaient les médecins à des difficultés particulières de plusieurs ordres : les malades mouraient jeunes, ils parlaient de leur sexualité, ils revendiquaient des droits.
- 7 Par ailleurs, on peut constater que le besoin de psychologues semble se répandre en différents espaces sociaux et à l'occasion de divers événements : catastrophes naturelles, accidents, meurtres, attentats, il s'impose des « cellules d'écoute », IVG, procréation assistée, adoption, assistance juridique etc. les citoyens consultent des psychologues. Comme si le groupe social, et les institutions ne pouvaient plus assurer l'étayage et l'accompagnement des individus dans des événements de vie complexe ou douloureux. Comme si aussi l'individualisme, et la contrainte narcissique de nos sociétés exerçaient une pression si forte que l'individu n'avait plus les moyens de gérer ses conflits internes, ni la liberté de ne pas être dans la norme du « bien-être physique et psychique ».
- 8 Parallèlement le nombre de psychologues cliniciens diplômés étant important, les demandes sociales parfois mal identifiées ont offert des postes à de jeunes psychologues et permis une reconnaissance sociale de la profession.
- 9 Dans le cadre de la loi de la réforme hospitalière, l'institution doit prendre en compte la dimension psychologique du patient (Loi n° 91748 du 31 juillet 1991) : « Les établissements de santé publics et privés assurent l'examen diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient. » Le texte précise qu'il s'agit de prendre en compte la souffrance du malade, de la famille, des soignants pendant la durée de l'hospitalisation. Et, comme l'écrivent R. GORI et M.-J. DEL VOLGO (2005, p. 69) : « Les demandes de services médicaux et chirurgicaux vont s'accroître d'autant plus que

les protocoles de soin vont exiger des décisions *éthiques* à conséquences juridico-financières et humaines considérables. »

- 10 Nous nous intéressons ici aux psychologues à l'écoute de patients/sujets atteints de maladies graves : soit fin létale, soit handicaps ou soins invalidants, soit dégénération physique ou psychique. La question doit d'abord être resituée dans l'évolution de la médecine, passée d'une médecine à visage humain, parfois peu efficace, à une médecine scientifique et technologique performante. L'envolée scientifique a transformé le patient en un objet d'étude, souvent partiel (organe par organe, spécialité par spécialité), alors que parallèlement, les malades vivent la maladie comme une expérience complexe, physique, psychique, spirituelle, dans une unité psyché/soma. Ils sont confrontés au choc de l'annonce du diagnostic, ils mettent en place des mécanismes de défense et ont souvent à faire le deuil de leur entière capacité jusqu'à se préparer à mourir.

Témoignage

« Je suis psychologue en cancérologie dans un hôpital général d'une petite ville, depuis 5 ans. L'équipe infirmière de l'hôpital de jour m'a demandé d'intervenir auprès d'une patiente atteinte d'un cancer du côlon. Elle est en pleurs, le médecin lui a dit : "qu'il fallait qu'elle prenne ses dispositions". La patiente est désemparée. Je n'ai pas pu rencontrer le médecin, indisponible... pour en discuter et envisager un accompagnement conjoint de cette personne. Je me suis senti assez isolée dans cette prise en charge... »

- 11 La demande des malades est de parler, d'être écoutés (attente clairement exprimée dans le livre blanc du cancer). Quant aux soignants, soit ils ont du mal à comprendre ce que le malade attend, soit ils ont de la difficulté à gérer les réactions émotionnelles, ou encore à supporter des malades peu « compliants ». Certains soignants sont clairs sur leur souhait comme Y. PÉLICIER (1995, p. 83) lorsqu'il écrit :

« En ce qui concerne les familles, il faut dire que parfois l'échec est flagrant. Il y a des maladroites qui aggravent l'anxiété et le désarroi du patient. Mais également des attitudes de l'équipe, ou de certains membres de l'équipe, peuvent à leur tour interférer gravement avec cette pacification émotionnelle que l'on souhaiterait pour le patient. »

12 Le psychologue clinicien rencontre alors un certain nombre d'obstacles et de situations paradoxales. D'une part, l'intérêt pour l'état psychique du patient est centré sur la maladie, sur le diagnostic et l'annonce, alors la tentation est grande de mettre de côté toute l'histoire de vie du patient : aussi bien l'historicité des événements de vie et la place de l'événement-maladie dans la dynamique de la personne, que la personnalité du malade, sa structure psychopathologique et ses modes de défense spécifiques.

13 M. GEOFFROY (2004, p. 112) a montré avec profondeur et humanité comment, dans le soin, deux conceptions de la temporalité s'opposent, le « chronos », temps du médecin, découpé, et le « tempus », temps du malade, continu :

« Le temps de nos malades a pu être identifié comme "tempus". Au "chronos" susceptible d'être compté, qui était sans doute leur temporalité du temps de leur bonne santé, ils substituent un temps intérieur, un temps vécu, qui ne peut se diviser en instants, structuré autour d'un présent où règne le divertissement. »

14 Or, si le psychologue comprend la vie psychique dans son historicité, il doit s'accorder dans la relation avec le « tempus » du patient, et les grilles préconstruites des étapes, par exemple, d'approche de la mort ne sont pas toujours adaptées au patient rencontré.

15 En effet, le psychologue clinicien situe son travail dans un cadre théorique, la psychanalyse, qui est une conception de l'humain dans toute sa complexité, physique, psychique, spirituelle. Il ne s'agit pas de s'adresser à un corps machine. Les symptômes sont entendus aussi comme discours adressé à l'autre, et un décalage est admis entre un discours manifeste et un message latent de l'inconscient, même dans le contexte de la maladie.

Témoignage

« Je suis psychologue, depuis 2 ans, dans un centre de dialyse. Je réalise des entretiens au chevet des patients pendant leur séance de dialyse. J'ai souvent eu l'expérience d'être interrompu, pendant l'entretien, par l'infirmière, alertée par la sonnerie de la machine de dialyse réagissant à une hausse soudaine de tension du malade. J'ai pu constater qu'à ce moment-là le patient parlait de quelque chose d'intime, il se livrait "enfin". Ces moments sont accompagnés d'une forte émotion, parfois de larmes... la sonnerie de la machine et l'arrivée de l'infirmière sont alors perçues par le patient et par moi comme une irruption et apportent également une pause dans l'entretien que nous pouvons reprendre après le départ de l'infirmière. Souvent le patient fait le lien entre son émotion qu'il peut alors verbaliser et la hausse de tension via la sonnerie de la machine. »

- 16 M. RUSZNIEWSKI raconte l'histoire émouvante d'un patient dans le coma. Elle demande des nouvelles de ce patient à l'hématologue qui lui répond : « Tu ne risques pas d'avoir de ses nouvelles, il est dans le coma entre la vie et la mort ; la famille est auprès de lui. Ce n'est pas la peine que tu ailles le voir, de toute façon, il est inconscient » Elle se dépêche d'aller voir le patient, lui parle et finit par lui dire « Laissez-vous aller ». Il se met à pleurer et décède. Elle écrit à ce propos (2002, p. 170-171) : « Je ne ferai pas ce métier si je ne croyais pas à l'inconscient : cet homme a reconnu dans son inconscient une voix, et c'était probablement moins difficile pour lui de mourir en présence d'une étrangère, dans une rencontre quand même apaisante, entourée de mots, que devant sa famille. »
- 17 Cette expérience, les psychologues la vivent régulièrement, car ils sont confrontés comme les équipes soignantes, à la mort des malades. Cette question est une des plus difficiles et des plus riches pour ces professionnels, et il leur est souvent difficile de définir leur place et leur fonction, qui reste un questionnement.

- 18 La mort dans notre société est devenue un tabou. Comme l'écrit T. VINCENT (2006, p. 177-178) :

« La mort est un processus biologique qu'on observe et qu'on peut retarder. La mort n'est plus qu'un aboutissement : celui de la maladie qu'on soigne ou qu'on traite et dont on peut guérir parfois... La mort devient une défaite de la science et de la pensée : la mort ne peut être pensée, on peut tout au plus en saisir les alentours, voire son approche, mais elle reste en tant que telle, l'impensable même. La mort n'est plus installée au centre de l'humain, mais rôde à sa périphérie où on la confine. »

- 19 Les équipes soignantes oscillent entre des émotions et des attitudes contradictoires : du soulagement de voir mourir un patient incurable, le deuil d'une personnalité attachante, la révolte contre l'impuissance de la médecine, ou encore le déni de la réalité de la mort, trop insupportable, dans certains services.

- 20 Se pose pour le psychologue la question de sa fonction professionnelle et sociale auprès des malades, des familles, des soignants. Certains ne voient pas la famille, d'autres systématiquement, certains font des groupes de parole pour les soignants. Certaines équipes, à l'initiative du psychologue, ont institué des rituels, comme allumer une bougie quand un patient meurt, au lieu d'enlever le nom du patient du tableau, comme si de rien était. Le psychologue est confronté à une situation où la mort, souvent mise à l'écart des institutions religieuses, n'est plus accompagnée de rituels sociaux. R. BACQUÉ (2003, p. 269) montre comment les rituels mortuaires ont une fonction de représentation, de symbolisation et de mentalisation que le groupe social met en place pour vivre le deuil :

« Quand le travail de prévention est correctement effectué, quand le groupe joue son rôle, quand la mentalisation de la perte relie le social à l'affectif, quand les rites funéraires permettent l'accès à la symbolisation de la mort aux travers des représentations qu'ils éveillent, alors, l'endeuillé, confronté à la perte d'un être cher, peut interioriser le défunt, c'est-à-dire, non seulement accepter sa perte définitive et irréversible, mais aussi reconstituer une histoire "fermée" et "ronde" du passé et, progressivement, récupérer l'énergie nécessaire pour, tout simplement, réinvestir la vie. »

Témoignage

« Psychologue, j'interviens dans un service de médecine d'un petit hôpital, depuis 10 ans. Ce service accueille régulièrement des malades en fin de vie, notamment des malades atteints de cancer. Un exemple pour vous parler de ma pratique ? Monsieur D., 45 ans, est en phase terminale d'une hépatite C. Du fait de sa maladie, il a rencontré beaucoup de soignants et beaucoup cheminé. J'ai le sentiment que j'arrive en fin de parcours avec lui. Il accepte volontiers les entretiens, mais seulement trois ont eu lieu à l'occasion d'une HDJ (hospitalisation de jour), à la fin de l'entretien, je pose quelques mots sur la prochaine rencontre, car une prochaine HDJ est prévisible. Un peu fanfaron il me dit : "Et si je reviens pour mourir, me tendrez-vous la main ?" Je réponds : "Oui, si c'est ce que vous souhaitez à ce moment-là". Et je m'en vais, car j'étais déjà sur le pas de la porte. Il est revenu et est décédé en quelques heures pendant un week-end. Je n'ai pas eu l'occasion de le revoir. »

- 21 Le travail du psychologue clinicien dans le contexte évoqué est donc complexe et riche. Les difficultés qu'il rencontre sont liées à un travail en service de médecine où la conception et les représentations de la personne humaine sont parfois malmenées par une conception médicale technique et opérationnelle. L'enjeu pour lui est de définir ses fonctions, sa place et d'être clair sur ses références théoriques.
- 22 Le risque est grand d'une dilution du psychologue dans des fonctions floues, où il peut jouer le rôle de remplaçant d'un membre de la famille, d'un religieux, ou même d'un bénévole.
- 23 On voit bien le risque aussi de clivage à l'intérieur de la profession, suivant le modèle des clivages dans la médecine entre les différentes spécialités et les différents organes.
- 24 D'un point de vue éthique et politique, la question se pose de l'utilisation du psychologue, dans une logique comportementaliste

visant à ce que tout rentre dans l'ordre, en coûtant le moins cher possible...

- 25 Comme E. ZARIFIAN l'a clairement affirmé dans son livre *La force de guérir* (1999), la conception du soin aujourd'hui confronte à des logiques spécifiques : faut-il privilégier l'économique ou le relationnel, le niveau de la preuve ou la vérité psychique, l'objectif ou le subjectif ?

BIBLIOGRAPHIE

BACQUÉ M-F., *Apprivoiser la mort*, O. Jacob, Paris, 2003.

DEL VOLGO M.-J, GORI R., *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de la santé*, Denoël, Paris, 2005.

GEOFFROY M., *La patience et l'inquiétude. Pour fonder l'éthique du soin*, Romillat, Paris, 2004.

JOSEPH-JEANNENEY B., BRÉCHOT J.-M., RUSZNIEWSKI M., *Autour du malade. La famille, le médecin, et le psychologue*, O. Jacob, Paris, 2002.

PÉLICIER Y., *Psychologie, cancers et société*, L'esprit du temps, Le Bouscat, 1995.

VINCENT T., *L'anorexie*, O. Jacob, Paris, 2006.

AUTEUR

Nathalie Méchin

Psychologue clinicienne, chargée d'enseignement et de recherche Université Lyon

IDREF : <https://www.idref.fr/052485536>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000001864266>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/13557516>