

« Lien esthétique et cancérologie »

Une greffe de moelle, de peau à peau

Christine BÉNÉZIT

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. A 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 ».

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. »

A deux voix... Un lien clinique. La clinicienne « éprouvée » au cours des rencontres élaboratives redonne au « soin du corps » une dimension psy-

chique. 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 à 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.

Maladie grave et douleur mélancolique. 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 présenté 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 éprouvés dissociants. L'importance de la présence de l'autre est cruciale à ce moment précis.

Régression nécessaire et clivage.

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 ». 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. A 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. 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 hésita-

tion. « 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-subjection fait suite à la dé-subjection 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. 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 grand 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 pré-

sence 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 ». « C'est en somme dans la rencontre entre deux regards que se noue la dynamique plus ou moins bien structurante du nouveau-né » (CAIN, 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-subjection. L'expérience régressante 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... 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 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'acception 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 vas-et- viens 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. CICCONI), 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.

Christine BÉNÉZIT,
Psychologue Clinicienne
novembre 2008