



HAL
open science

L'annonce du cancer, entre corps - symptôme et langage traumatique

Jean-Louis Pujol

► **To cite this version:**

Jean-Louis Pujol. L'annonce du cancer, entre corps - symptôme et langage traumatique. Psychologie. Université Paul Valéry - Montpellier III, 2012. Français. NNT : 2012MON30017 . tel-00755418

HAL Id: tel-00755418

<https://theses.hal.science/tel-00755418v1>

Submitted on 21 Nov 2012

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

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

Université de Montpellier 3 - Paul Valéry

L'annonce du cancer

Entre corps – symptôme et langage traumatique

Etudes doctorantes

Ecole doctorale N° 60 en Psychopathologie fondamentale et Neuropsychologie

Par Jean-Louis Pujol

Né le 15 juin 1958

Thèse soutenue le jeudi 20 septembre 2012 à 10 heures,

Directeur : Isabelle Boulze, Maître de conférences, HDR, Université de Montpellier 3

Jury

Themis Apostolidis, professeur, Université d'Aix-Marseille.....examineur

Isabelle Boulze, Maître de conférences, HDR, Université de Montpellier 3.....directeur

Claude Guy Bruère Dawson, professeur, Université de Montpellier 3.....examineur

Grégory Ninot, professeur, Université de Montpellier 1, UFR STAPS.....examineur

Jean-Louis Pedineilli, professeur, Université Aix – Marseillerapporteur

Maria Santiago Delefosse, professeur, Université de Lausanne.....rapporteur

Résumé :

Le *dispositif d'annonce du cancer* est par essence un processus d'objectivation : il consiste en la création, préalable à la rencontre d'un patient, d'un environnement pensé avant le trauma de l'annonce du cancer, et adaptatif à la spécificité de chaque situation. Cependant, nous estimons que ce dispositif s'adresse au conscient et au préconscient du sujet mais que l'essentiel de ce qui advient dans le climat traumatique de l'annonce et l'angoisse qu'il génère se situe dans l'inconscient. L'angoisse, en tant qu'affect responsable putatif d'un auto-brisement de la parole rendrait impossible, selon nous, l'utilisation de la partie poétique de l'inconscient (*Tuchê*).

Dans une première partie de notre travail nous avons étudié les désordres de stress post-traumatique (névrose traumatique) et la qualité de vie en lien avec la santé chez les patients et chez l'autrui significatif faisant face à l'annonce d'un cancer du poumon. Les conclusions de cette étude quantitatives sont les suivantes : (i) Les désordres post-traumatiques succédant à l'annonce d'un cancer du poumon sont extrêmement élevés, (ii) le proche significatif est affecté de manière conséquente, (iii) ce sont essentiellement des réactions de stress de type ré-expériences intrusives (effraction psychologique) qui dominent et expliquent les valeurs élevées sur l'échelle d'Horowitz, telles qu'observées dans cette étude.

Dans une deuxième partie nous avons approché la question du trauma par la clinique, dans la subversion du sujet et la dialectique du désir. Il est en effet important d'étudier qualitativement les interactions du sujet et des systèmes de soins car la plainte et ses fonctions deviennent des modes de communication du sujet dans un monde bouleversé par le cancer. Nous rapportons alors les résultats de l'analyse de verbatim de 37 dyades (patient – autrui significatif). Les regroupements thématiques ont été organisés selon la liste de registres supra-thématiques présentés ci-dessous (1) traumatisme de l'annonce en tant que réminiscence d'un antécédent traumatique antérieur ou concomitant ; (2) relation au temps – temporalité – présentéisme ; (3) rationalisation ; (4) Toute puissance magique de la pensée: pensée propre du sujet, pensée du soignant; (5) culpabilité inconsciente et conscience de culpabilité ; (6) théorie anthropomorphique : le cancer en tant qu'intrus (intrus, inquiétante étrangeté) ; (7) théorie de l'homme dénaturé (l'homme malade de la société et des modes de vie qu'elle induit) ; (8) manifestations somatiques en tant qu'avènement de réel du corps – symptôme de corps.

Parce que rendre compte de la totalité de la subjectivité est une tâche impossible, nous avons, dans une troisième partie de notre travail, choisi d'analyser un nombre limité de cas cliniques par une analyse métapsychologique. La carence fondamentale à dire le tout du subjectif est pour nous le point commun de ces observations. Elle témoigne de l'écart irréductible entre le fait somatique et la représentation, l'écart de registres entre le patient et le thérapeute, l'écart, enfin, entre le symptôme somatique et le langage.

Conclusion : l'angoisse est, de la vie psychique, l'affect le plus élevé en termes de pouvoir séparateur. Cette coupure dénoue le réel du corps du symbolique et de l'imaginaire. La dé-liaison ne peut s'éterniser et, après l'annonce, dans sa tentative de reliaison, le patient s'appuie sur un référentiel qui lui est propre. Rétablir une réalité psychique le contraint à prendre référence à sa propre émergence en tant que sujet. Dans le flot d'énoncés que constituent les représentations, celles qui sont élues visent à repasser par les origines propres du sujet. Nous pensons que le climat traumatique et surtout l'angoisse qu'il génère crée une fracture entre le *parlêtre* et le corps. Cette désunion laisse apparaître le référentiel culturel dans lequel le sujet est pris. La position thérapeutique consiste à aider le patient à construire de nouvelles grilles de lecture. Un lieu où la *tuchê*, c'est-à-dire l'inconscient poétique, sidéré un temps par l'angoisse, retrouverait sa fonction.

Mots clefs : Cancer, dispositif d'annonce, traumatisme, angoisse, environnement, psychologie clinique de la santé, psychanalyse.

Laboratoire d'accueil du doctorant : Laboratoire Epsilon EA 4556 Dynamique des Capacités Humaines et des Conduites de Santé, 4 boulevard Henri IV, 34000 Montpellier, France

²Title: The announcement of cancer: Between somatic symptoms and language disorder

Summary:

The plan of action to announce cancer is in essence a process of objectivation: it consists in the creation, prior to the meeting with a patient, of a well thought-out environment, adaptable to the specificity of each case. Nevertheless, we consider that this plan of action is directed at the conscious and the preconscious of the subject, but also that the main part of what happens during the traumatic atmosphere of the announcement and the anguish it generates is to be situated in the unconscious. Anguish, as a presumed affect responsible for the self-break of the speech, would make it impossible, in our view, to use the poietic part of the unconscious (*Tuchê*)

In the first part of our work, we have studied the disorders of the post traumatic stress (traumatic neurosis), and the quality of life linked with health, for the patients and the significant others facing the announcement of a lung cancer. The conclusions of this quantitative study are as follows: (i) the numbers of post-traumatic disorders following the announcement are extremely high (ii) the near family is affected in a consequent way (iii) they are mainly responses of stress of the intrusive re-experience type (psychological breaking-in) which prevail, and account for the high values on the Horowitz's scale, as observed in this study.

In the second part, we have tackled the matter of the trauma due to the clinic or hospital, in the subversion of the subject and the dialectic of desire. It is actually important to study qualitatively the interactions between the subject and the caregiving system, as the complaint and its functions become modes of communication for the subject in a world shattered by cancer. We then give account of the analysis of the verbatim of 37 dyades (patient - the significant others). The thematic reassemblies have been organised according to the list of supra-thematic registers set out as follows (1) trauma of the announcement as a reminiscence of an previous or concomitant traumatic antecedent (2) relation to time – temporality – presentism (3) rationalization (4) any magical power of the thought: the patient's own thinking, the nursing person's thinking (5) unconscious guilt, consciousness of guilt (6) anthropomorphic theory: cancer as an intruder (intruder, disturbing strangeness) (7) theory of man unnatural (man ill due to society and the lifestyles it induces them to adopt (8) somatic symptoms as advent of the reality of the body – body symptoms.

Because accounting for the whole subjectivity is an impossible task, we have, in the third part of our work, chosen to analyse a limited number of clinical cases with a metapsychological analysis. The basic deficiency in voicing all of the subjective is for us the common point in our observations. It displays the irreducible gap between the somatic fact and its representation, the gap of registers between the patient and the therapist, and the gap, lastly, between the somatic symptom and language.

Conclusion: anguish is, in psychic life, the highest affect in terms of separative power. This break unties the reality of the body from the symbolics and imagination. The disconnection cannot last long, and after the announcement, the patient relies on a system of reference of his own. Reestablishing a psychic reality compels him to refer to his own emergence as a subject. In the stream of statements constituted by his representations, the ones that are chosen aim at coming back across the subject's own origins. We believe that the traumatic atmosphere, and mainly the anguish it generates, creates a fracture between the speaking-being and the body. This dissension reveals the cultural system of reference in which the subject is trapped. The therapeutic response consists in helping the patient build up new grids of references. A place where the *Tuchê*, that is to say the poietical unconscious, shattered by anguish for a while, would recover its function.

Keywords : cancer, cancer announcement, environnement, trauma, anguish, psychanalyse, clinical psychology of health,

Laboratory Epsilon. University Laboratory dynamics of human abilities and health behaviours
EA 4556, 34000 Montpellier, France

Remerciements

Cette thèse est dédiée à ceux, patients, familles,
capables de confiance durant l'épreuve
et qui n'ont qu'une faible idée de ce que je leur dois.
Elle ponctue trente ans d'exercice de la médecine.
Je remercie ceux qui ont compris qu'elle était une nécessité,
une respiration avant de reprendre l'aventure autrement :

Le professeur Claude-Guy Bruère-Dawson,
qui m'a appris qu'il y a plus que le réel et
d'ailleurs qu'il n'y a pas de réel possible sans symbolique et imaginaire.
De la nature à la culture, le pas n'était pas si grand;
merci de m'avoir ouvert toutes ces portes intellectuelles.

Le Docteur Isabelle Boulze, maître de conférences, HDR,
qui est une directrice de thèse attentive et clairvoyante,
et pour qui la théorie n'a de sens que lorsqu'elle nourrit la réflexion clinique.
En espérant qu'elle accepte ma collaboration au-delà de ce travail.

Le docteur Michel Launay, maître de conférences, HDR,
dont la patience à mon égard durant ces années
de travail n'a d'égale que l'immense culture ;
en espérant poursuivre nos discussions.

Le professeur Grégory Ninot,
qui sait se montrer un chef de laboratoire
ouvert aux discussions et aux projets.
Il peut compter sur moi s'il le souhaite.

Le professeur Marie Santiago-Delefosse,
Le professeur Jean-Louis Pedineilli,
Le professeur Themis Apostolidis,
lesquels m'honorent d'accepter de juger ce travail.

Le docteur Jean-Pierre Mérel et Mlle Elodie Arnaud,
dont les commentaires et les analyses nourrissent, semaine après semaine,
une réflexion vivante, pour ainsi dire tridimensionnelle,
sans laquelle il n'y aurait pas de recherche.

Le professeur Jean-Pierre Daurès
et les membres de son laboratoire de biostatistiques
de qui j'ai appris la rigueur du raisonnement.

Toute mon équipe clinique et notamment S. Motsch,
pour toutes ces années d'échanges et de travail commun
qui nous aurons mutuellement enrichi.

Merci à ma famille qui a toujours cru en moi
et qui m'a appris que les séismes n'empêchent
pas d'avancer dans la vie. Bien au contraire.

Merci à Camille, dont je suis fier.

Merci à tous mes amis.

à Denise...

Plan général et synopsis

1. SECTION I : APPROCHE THEORIQUE : ANGOISSE TRAUMA ET CANCER	16
1.1. Prolégomènes	17
1.2. Les représentations sociales du cancer comme manifestation de l'instance surmoïque et son lien avec l'angoisse de réel et sa contrevaieur d'angoisse névrotique	19
1.3. Clivage du moi, manque de soi et subjectivité du traumatisme de l'annonce	36
1.4. Le langage traumatique, le corps – symptôme et la construction des hypothèses	47
2. SECTION II : APPROCHE OBJECTIVANTE DU TRAUMA DE L'ANNONCE : UN ETAYAGE POSSIBLE DE L'HYPOTHESE DU MOT « CANCER » COMME PORTEUR DE TRAUMA	55
2.1. Participants et méthode	58
2.1.1. Protocole de l'étude	
2.1.2. Patients	
2.1.3. Autrui significatifs	
2.1.4. Groupe contrôle	
2.1.5. Les questionnaires	
2.1.6. Statistiques	

2.2. Présentation des résultats	63
2.2.1. Description des trois groupes, démographie et caractéristiques	
2.2.2. Relation sensibilité-spécificité de l'échelle d'impact de l'événement pour les personnes faisant face au cancer	
2.2.3. Distribution de la valeur de l'IES selon les groupes et les variables démographiques	
2.2.4. Relation entre le score d'IES et le score de GHQ-28	
2.2.5. Validation interne	
2.3. Analyse des résultats et ouverture sur l'étude clinique	72
3. SECTION III : ANALYSE QUALITATIVE DES PRINCIPALES UNITES SIGNIFIANTES ET LEUR REGROUPEMENT THEMATIQUE	76
Regroupement thématique, recueil prospectif tenant compte des acquis successifs provenant des analyses qualitatives antérieures	
Première analyse qualitative : recueil des unités significantes récurrentes et regroupement par thèmes.	
3.1. Méthodologie	79
3.1.1. Choix des dyades patient – autrui significatif	
3.1.2. Conduite des entretiens semi-directifs	
3.1.3. Transcription des entretiens	
3.1.4. Méthodologie d'analyse par expertises	

3.2. Recueil des résultats	81
3.2.1 Traumatisme de l'annonce en tant que réminiscence d'un antécédent traumatique antérieur ou concomitant	
3.2.2 Relation au temps – temporalité - présentisme	
3.2.3 Rationalisation	
3.2.4 Toute puissance magique de la pensée	
3.2.5 Culpabilité inconsciente et conscience de culpabilité	
3.2.6 Théorie anthropomorphique : le cancer en tant qu'intrus (intrus, inquiétante étrangeté)	
3.2.7 Théorie de l'homme dénaturé (l'homme malade de la société et des modes de vie qu'elle induit)	
3.2.8 Manifestations somatiques en tant qu'avènement de réel du corps	

4. SECTION IV : VIGNETTES CLINIQUES	100
-------------------------------------	-----

Pour chaque cas clinique description narrative de trois temps : le trauma de l'annonce, après l'annonce, avant l'annonce (contexte anamnestique) suivie de la discussion d'un aspect métapsychologique spécifique.

Mathieu et les représentations

Maria et ses deux filles : réflexion autour du complexe de sevrage

Françoise : la capacité d'être seul(e)

Sophie : effondrement en tant qu'effondrement déjà survenu et régression

Monsieur C. : pression d'inférence sociale et aire tierce

Famille L : l'angoisse des proches

5. SECTION V : DISCUSSION ET PERSPECTIVES	165
5.1. L'annonce du cancer est une effraction de réel	166
5.1.1 Ce qui fait que les instances Symbolique - Réel – Imaginaire soient cliniquement vérifiables au cours de l'annonce du cancer	
5.1.2. La fonction de l'imaginaire envahie par les représentations sociales	
5.1.3. Le concept de destitution subjective sauvage et l'affect d'angoisse	
5.1.4. L'écart de registres entre le patient et le thérapeute	
5.1.5. Inconscient holophrastique et relation thérapeutique	
5.1.6. Quel traumatisme	
5.1.7. Le temps pour comprendre	
5.1.8. Le thérapeute en tant que sujet supposé savoir	
5.1.9. De l'effet de sens à la portée de sens	
5.1.10. Dévalorisation du concept de vérité	
5.2. La conception d'un environnement bon suffisamment et qui contient en tant que modèle possible du dispositif d'annonce	176
5.2.1. La question de l'environnement défaillant	
5.2.2. Capacité d'être seul	
5.2.3. Phénomènes transitionnels	
5.2.4. Transposition des douze règles définissant le cadre thérapeutique winnicottien pour une approche subjectivante de	

la problématique de l'annonce : proposition de substituer le terme *dispositif d'annonce* par celui de *disponibilité de l'environnement autour de l'énonciation*.

CONCLUSION	188
BIBLIOGRAPHIE	190
APPENDICE	202

« Le possible est donc le mirage du présent dans le passé :
et comme nous savons que l'avenir finira par être du présent, comme l'effet de mirage
continue sans relâche à se produire, nous nous disons que dans notre présent
actuel, qui sera le passé de demain, l'image de demain est déjà contenue
quoique nous n'arrivions pas à la saisir. Là est précisément l'illusion. »

Henri Bergson,

le possible et le réel, in: La pensée et le mouvant, Novembre 1930, PUF

« Le passé ne meurt jamais, il ne passe même pas. »

William Faulkner

AVANT-PROPOS :

L'exercice de la cancérologie clinique est aujourd'hui l'une des spécialités les plus réglementées de la médecine hospitalière. Parmi l'ensemble des recommandations issues des deux plans cancer successifs, (plans dont on ne peut qu'approuver l'objectif final d'assurer à tout patient pris en charge pour cancer l'accès aux soins les plus appropriés dans des structures certifiées), une mesure a très vite pris une dimension emblématique. Celle de l'organisation de l'entrée du patient dans la connaissance de la maladie, formalisée sous l'intitulé : *dispositif d'annonce* et connue de tous les soignants comme la *mesure 40*. Ce *dispositif* né au début des années 2000 de la volonté d'une association de malades¹, très vite relayée par l'institut national du cancer (INCa), fût conçu avec les meilleures volontés mais ne put éviter un manque de précision dans sa finalité. En 2004, un certain nombre de services de cancérologie, dont celui dans lequel nous exerçons, se portèrent volontaires pour « expérimenter » le dispositif d'annonce. Bien qu'il fût évident que les pratiques étaient naturellement hétérogènes, reflet de la singularité de chaque groupe pathologique et même de chaque situation, un cahier des charges général fut établi. Celui-ci s'imposa très vite à tous les établissements de santé au travers d'une circulaire², dite *circulaire d'organisation des soins en cancérologie dans les établissements de santé*. Aujourd'hui, la carence du dispositif d'annonce dans un établissement, ou un service prenant en charge des cancers, est sanctionnée : l'établissement (ou le service) n'est pas certifié pour les soins en oncologie, quelle que soit, par ailleurs, sa compétence technique.

Le travail que nous avons entrepris et qui fait l'objet de la présente thèse est né d'un questionnement dont voici les prémisses. La médecine, longtemps pratique empirique, a changé de paradigme et s'appuie aujourd'hui sur des sciences : elle vise à l'objectivation et ceci depuis l'avènement de la médecine expérimentale. Aujourd'hui, la santé est érigée en valeur synonyme de bonheur de l'individu dans ses liens au groupe. A l'échelle de la société occidentale, les

¹ « Les malades prennent la parole ». *Livre blanc des premiers états généraux des malades du cancer*. Ed. Ramsay, Paris, 1998, 261 p

² Circulaire n°DHOS/sdo/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/circ101.pdf>

représentations sociales de la médecine moderne tentent la synthèse impossible de la froide biotechnologie et de la prise en charge de l'individu (Doise et Palmonari, 1986; Gori et Del Volgo, 2005). En cancérologie, le discours médical entend par médecine personnalisée, le décryptage des mécanismes génétiques pour chaque cas de cancer ; l'espoir est d'abandonner à termes les solutions ubiquistes telles que la chimiothérapie, au profit de traitements ciblant spécifiquement les anomalies génétiques et moléculaires (celles mises en évidence au cas par cas sur chaque tumeur). Nous entrons dans l'aire du sur mesure thérapeutique. Mais le sur-mesure biotechnologique nous assure-t-il d'une médecine personnalisée ? Ne confond-t-on pas ici deux signifiants tout à fait différents, la médecine individualisée, c'est-à-dire l'application d'une biotechnologie à une mutation d'un gène, et la médecine de la personne ? Car en quoi le fait de connaître à l'exon près, les mutations du cancer d'un patient nous renseigne-t-il sur son angoisse, ses attentes, son désir ? Quel dispositif, (au sens de protocole préétabli), pourrait prétendre approcher la subjectivation de cette situation, celle du signal de l'angoisse, celle du réel du corps ?

Nous tenterons dans ce mémoire de montrer que l'accès au patient en tant que sujet³ est impossible si cette connaissance est appréhendée selon les mêmes termes que ceux employés, par exemple, pour objectiver les caractéristiques génétique de sa maladie ; la vérité du sujet ne peut être dite toute. Nous voudrions montrer que l'on ne peut appliquer à l'annonce de la maladie un procédé idéal. Nous prétendons par ce travail montrer que la pure et simple objectivité n'est pas la voie d'accès à la subjectivité du sujet et à l'intersubjectivité de la relation médecin - malade.

Nous devons donc aborder la question par les deux voies : celle de l'objectivation de la situation, et nous ferons alors appel aux techniques psychométriques; puis celle de la subjectivation par la clinique dans son approche empirique dans la subversion du sujet et la dialectique du désir. Nous prétendons que les deux démarches sont nécessaires mais ne s'équivalent pas ayant chacune leur efficience. Se pose alors la question de leur dialectique, celle d'une relation de la forme au contenu dans le champ d'une problématique (Barrois, 1998).

³ Distinct de l'individu tel que nous le percevons ordinairement, le sujet est ce qui est supposé par la psychanalyse dès lors qu'il y a désir inconscient, un désir pris dans le désir de l'Autre, mais dont il a néanmoins à répondre. Le sujet en tant que sujet du désir est un effet de l'immersion du petit d'homme dans le langage.

Hypothèses

Ce travail tente de vérifier l'hypothèse suivante (détaillée en trois volets):

- i. Le *dispositif d'annonce* est par essence un processus d'objectivation : il consiste en la création préalable à la rencontre d'un patient, d'un environnement pensé avant le trauma de l'annonce du cancer, et adaptatif à la spécificité de chaque situation. Cet environnement est composé de ceux qui, soit par leur métier soit par leur position d'aidant, apportent des soins et du soutien et qui s'investissent auprès d'un patient. Il y a donc, au cœur de ce dispositif une confiance du patient vers le soignant, mais aussi, du soignant envers le patient : il est sujet prenant soin de lui. Dans l'esprit des concepteurs, le dispositif est *per se* capable d'obtenir, en retour, la confiance du patient. Cependant, nous estimons que ce dispositif s'adresse au conscient et au préconscient du sujet mais que l'essentiel de ce qui advient dans le climat traumatique de l'annonce et l'angoisse qu'il génère se situe dans l'inconscient. L'angoisse, en tant qu'affect responsable putatif d'un auto-brisement de la parole rendrait impossible, selon nous, l'utilisation de la partie poïétique de l'inconscient (*Tuchê*). En effet, dans la situation de l'annonce, la réponse sur le mode de *l'automaton* convoque l'instance surmoïque et la culpabilité. Seule la *Tuchê*, est des deux inconscients, celui qui tient au hasard de la rencontre et qui est capable d'une poïèse (Ansermet et Magistretti, 2010). La subjectivation si elle s'opère nécessite donc la discontinuité dynamique et elliptique propre à tout sujet (inconscient *Tuchê*).
- ii. Les principes essentiels qui fondent le dispositif sont, premièrement, la tiercéité qui élargit la notion ancienne de colloque singulier à celle plus complexe d'une relation entre un individu et une équipe aux compétences plurielles, deuxièmement, la capacité des soignants à convaincre (voire convertir) le patient à des choix jugés justes par l'équipe elle-même (ce qui n'est pas sans rappeler ce que M. Balint [1957] avait théorisé sous le vocable *de fonction apostolique*, en recommandant au praticien d'en faire un usage mesuré). Notre hypothèse est que le dispositif tient là le rôle d'une orthèse psychique : dans le processus d'internalisation du trauma, il accompagne la mise en jeu de processus de défenses et constitue en cela une orthèse en tant qu'auxiliaire du *moi*. Nous tenterons de démontrer que le modèle thérapeutique winnicottien pourrait s'appliquer ici : ainsi, dans la dynamique de ce processus, le

soignant, dans un premier temps, participe à la mise en place d'un environnement bon suffisamment capable de contenir le sujet pris dans l'affect d'angoisse, en tant que manque à être (angoisse résultant de l'effraction liée à l'avènement d'un réel du corps). Le dispositif d'annonce serait selon notre hypothèse une orthèse plutôt qu'une prothèse puisqu'il s'agit d'aider la recomposition d'un *moi* clivé par le trauma et non pas d'une substitution subjective par définition impossible.

- iii. Le sujet est à la fois un corps et un *parlêtre* (Lacan, 1953). En effet, partant de la théorie freudienne fondamentale instituant le *moi* en tant qu'instance corporelle, toute entière projection d'une surface, et tenant compte que la *lalangue* lui donne sa dimension symbolique, nous voyons que tout ce qui touche au climat traumatique de l'annonce s'articule à la question du corps et du langage. Nous faisons l'hypothèse qu'il y a souvent au cours de l'annonce et dans l'après-coup une position régressive durant laquelle l'effondrement du sujet renvoie à un effondrement antérieur, répétition possible de ce qui s'est joué au moment du refoulement originaire (Winnicott, 1952). Nous tenterons de montrer que la *capacité d'être seul* et la récréation (voire la création) d'une *aire transitionnelle* (Winnicott, 1951) sont essentielles à la dynamique de subjectivation.

SECTION I : APPROCHE THEORIQUE : ANGOISSE TRAUMA ET CANCER

1.1. Prolégomènes

J'ai revu ce matin David B. Jour de consultation ordinaire. Je l'ai connu en 1996. Il avait alors 25 ans et souffrait d'un cancer aussi rare qu'agressif. De 96 à 97 il fût traité dans mon service. A peine sorti de l'adolescence il semblait, dans ces circonstances, y retourner à grands pas. Je ne me souviens pas de conversation avec lui ; je me souviens seulement de la présence inquiète et permanente de ses parents. C'est à eux que j'expliquais les traitements, les risques, les attentes. Un seul fait montrait son statut d'adulte : des gamètes avaient été congelés au CECOS ; une chance de fertilité était ainsi préservée. Je crois que c'est le seul moment où le corps médical l'ait traité en adulte. Pour le reste, perdu au milieu de patients dont la moyenne d'âge tournait autour de 65 ans, il faisait penser à un gamin égaré et constituait l'objet de toutes les attentions possibles des infirmières.

Ce matin donc, David B., 39 ans, va bien, il est accompagné de sa gracieuse épouse. Tout cela est bien vivant. Son travail ? David B. est l'informaticien... du dépistage du cancer dans le Vaucluse.

Je m'amuse de son proche passage à la décennie suivante et lui demande ce que représente pour lui le fait de rentrer dans cette tranche d'âge. « Cela va peut-être vous étonner, mais je pars du principe que je suis né en 1996. » Silence. « Quelque part, ça m'a fait du bien ». Nouveau silence. « C'est ma personnalité qui est née... mon entourage lui, a du mal à l'entendre. »

J'ai mis sur le papier ses propres mots de peur que ma mémoire ne les déforme l'instant d'après. Je me suis servi du bloc d'ordonnances pour que cela soit le plus discret possible (il est naturel pour un médecin d'écrire sur un bloc d'ordonnances, alors que relever les dires d'un patient ne l'est pas.)

Il y a bien eu pour David B., à l'âge où la plupart construisent leur vie, une irruption du Réel, Réel qui a provoqué une brutale angulation dans le courant du destin. Il est venu se loger par des mots dans sa structure et l'a définitivement modifiée. Questions : au moment de ce tournant biographique qu'il considère comme la « naissance de sa personnalité », quelqu'un d'autre,

celui qui était né en juillet 1971, est-il mort ? N'y a-t-il pas eu un temps de régression pendant lequel les parents ont à nouveau joué le rôle d'environnement primaire ? Le personnel soignant n'a-t-il pas fonctionné comme une partie de ce que Winnicott désignait en tant qu'environnement bon suffisamment et qui maintient ? Cette régression n'était-elle pas le passage obligé vers cet autre David B., dont la date de naissance est 1996 et que je vois ce matin ? Le choix professionnel n'est-il pas en lui-même métaphorique ?

C'est ce que ce mémoire va tenter d'explorer.

Il nous faut commencer par un point d'ancrage. Nous croyons être en mesure de le fixer solidement à ce fragment du séminaire sur le transfert (Lacan, 1960-1961): *« N'est pas trauma simplement ce qui a fait irruption à un moment, et a fêlé quelque part une structure que l'on imagine totale puisque c'est à cela qu'a servi à certains la notion de narcissisme. Le trauma c'est que certains événements viennent se situer à une certaine place dans cette structure. Et l'occupant, ils y prennent la valeur signifiante qui y est attachée chez un sujet déterminé. Voilà la valeur traumatique d'un événement. »*

La thèse que je tenterai de défendre ici est la suivante : L'irruption du réel (ce qui du corps pâtit du signifiant) provoque un évanouissement psychique, car il s'agit d'une effraction développée sur un mode somatique et inaccessible à une symbolisation. Elle est consubstantielle à l'angoisse, « le seul affect qui ne trompe pas » parce qu'il est pris dans le Réel. En ce sens, le Réel de l'annonce mérite d'être considéré comme une répétition d'une agonie primitive (au sens winnicottien) ou comme une destitution subjective sauvage (terminologie lacannienne), soit imminence pour le sujet de se réduire à l'objet. L'objectif ce mémoire est donc bien, partant de cette annonce, de trouver le chemin depuis le réel jusqu'à la métaphore⁴.

⁴ Substitution d'un signifiant à un autre, ou transfert de dénomination. Il y a selon Lacan dans la métaphore un élément « dynamique de cette espèce d'opération de sorcière dont l'instrument est le signifiant et dont le but est une reconstitution après une crise du signifié. »

SECTION I

1.2. Les représentations sociales du cancer comme manifestation de l'instance surmoïque et son lien avec l'angoisse de réel et sa contrevaletur d'angoisse névrotique

L'usage et les représentations sociales du mot cancer ont des répercussions sur le discours singulier des patients auxquels un diagnostic de cancer est annoncé (Dany, Dudoit et Favre, 2008). Cet usage tient pour l'essentiel aux représentations que le mot lui-même génère, induisant le plus souvent le rapport de l'homme au temps et à la mort. S'il y a d'une certaine façon deux ordres de représentations, les représentations du cancer en tant qu'objet de science, et les représentations sociales du cancer en tant qu'attribut stigmatisant celui qui en est affecté, ces deux ordres de représentations s'entremêlent dans le récit des patients. Ces derniers vont reconstruire leur "connaissance singulière" du cancer à partir des modalités d'élaboration de leur réalité psychique en faisant tour à tour appel à leur savoir revisité du scientifique, du profane et des conceptions magico-religieuses ou des désordres divers (Apostolidis, Duveen et Kalampalakis, 2002) quelle qu'en soit la nature, sociale, politique, économique, etc. En effet, ces représentations subjectives sont renforcées du savoir profane, produit du recyclage de théories scientifiques vulgarisées ou tombées en désuétude, sans rien abandonner des représentations magico-religieuses héritées de l'antiquité et du Moyen-âge. Mais, pour le patient atteint, dans sa souffrance somatique, la subjectivation de sa maladie est avant tout une exigence de représentation, ou de mise en représentation (Pedinelli, 1993). Le savoir profane peut alors s'introduire dans l'écart entre le fait somatique et la représentation.

Les représentations du cancer sont donc paradigmatiques de l'interposition des représentations sociales dans le colloque médecin - malade. La subjectivation de cette relation ne peut se comprendre sans tenir compte de l'environnement, et notamment de ce que le sujet affecté connaît du cancer de par son appartenance au *socius*. Or nous estimons que l'écart séparant les représentations du cancer comme objet de science de celles du cancer comme attribut social s'est agrandi. D'un côté, la connaissance médicale évolue par acquisitions successives, ce qui est le principe même du positivisme logique (Popper, 1934). En matière de cancérologie, comme dans beaucoup d'autres domaines en médecine, ce modèle paraît efficient puisqu'il est à l'origine d'une accélération prononcée des connaissances physiopathologiques des voies d'activation de la cellule cancéreuse, de l'organisation de ces voies, de leur redondance et des possibilités de les inhiber ou de les normaliser. Le caractère normatif de la connaissance médicale acquise par l'expérimentation rationnelle est tout à fait établi, mais ce qui nous paraît

essentiel pour la compréhension de ce chapitre c'est de considérer que les progrès scientifiques ne peuvent prétendre effacer les représentations subjectives de la maladie tant qu'il n'y aura pas préalablement extinction de l'angoisse produite par le mot cancer, c'est-à-dire tant qu'il n'y aura pas de solution thérapeutique simple et efficace. De plus, nous insisterons sur les risques de violence psychique que peut comporter un discours "scientifique" sur un "sujet en souffrance", la technicité et la pertinence de l'approche médicale pouvant rapidement se transformer pour le médecin en une impasse de la rencontre, forme de protection contre le rapport au temps et à la mort que le mot cancer peut avoir aussi sur lui.

L'irruption de l'irrationnel dans les concepts médicaux n'est toutefois pas le domaine réservé du cancer, des théories analogues émaillent l'histoire d'autres affections, comme la tuberculose qui fut considérée comme l'un des grands fléaux de l'humanité. Cependant, le cancer est porteur paradigmatique de toutes les peurs archaïques en cela qu'il réfère à l'imaginaire collectif depuis l'antiquité sans qu'il n'y ait eu de discontinuité historique ; il renvoie ainsi à l'une des trois origines de la souffrance humaine telles que Freud les définissait dans « malaise dans la civilisation » (Freud, 1929) : la caducité du corps. C'est là que réside la subjectivation de la "problématique cancer".

Nous proposerons une analyse métapsychologique de l'interférence des représentations subjectives du cancer dans le colloque soignant – patient à partir du climat traumatique présent lors de l'annonce du cancer. Dans ce contexte, l'angoisse dépasse le sujet, l'excluant du rapport au temps et à la parole. Cet affect ne connaît rationnellement ni lien, ni négation possible (Assoun, 2008). Le sujet en tant que *parlêtre*⁵ se trouve dans une confrontation directe avec l'inquiétante étrangeté⁶. L'affect d'angoisse est une pure manifestation somatique au sens où elle fait signe au corps. C'est un avènement de réel. L'angoisse est l'indicible, elle n'est pas liée par des représentations symboliques. Cet affect ne peut donc être

⁵ Concept lacanien du parlêtre : l'angoisse c'est l'inconnu comme éprouvé. Pour lui, la vraie séparation est une séparation d'avec la vacillation signifiante de l'être entre sens et non sens. Ainsi, l'angoisse prise dans le réel est hors sens, mais elle n'est pas hors corps. Elle ne doit rien à la vérité du sujet qui se définit, quant à lui, comme un *parlêtre*, c'est-à-dire la conjonction de l'objet *a* et de l'inconscient langage (donc en tant qu'être rattaché au symbolique).

⁶ Le réel qui impose cette prise de conscience est l'inquiétante étrangeté, noyau commun de toute angoisse quelle qu'elle soit. L'inquiétante étrangeté qui est éprouvée par le patient au moment de l'annonce renvoie à un complexe infantile, cœur de l'expérience dramatique du refoulé. Cette inquiétante étrangeté provoque en effet une crainte lors de l'annonce du cancer, d'une perte, laquelle peut réellement affecter un organe. L'angoisse du complexe de *castration* infantile est ici reconvoquée et cette expérience dramatisée du refoulé est le générateur même de l'angoisse.

qu'éprouvé, en tant qu'affect prototypique du quantum d'affect freudien, hors symbolique, répétition d'un événement d'avant la rencontre du corps et de la parole. Le précipité d'angoisse qui se forme au moment de l'annonce n'est pas un défaut du vivant, c'est au contraire un excès de vivant délié des possibilités de la parole, et la dé-liaison fait que ce vivant envahit totalement le moi. A ce stade le sujet tout entier n'est plus que réel. Il n'y a pas de représentation possible en regard de l'état somatique et c'est la définition même de l'angoisse (Assoun, 2009^c).

Dans ce climat traumatique de réel l'angoisse va devoir, dans l'après coup, être liée à des représentations imaginaires et symboliques permettant une nouvelle articulation entre les représentations de mots et les représentations de choses. La nature de ces représentations sera nuancée en fonction des sentiments inconscients de culpabilité du patient, c'est-à-dire du rapport que le sujet aura toujours entretenu au temps et à la mort.

Nous proposerons, ci-dessous, une analyse de la manière dont le traumatisme de l'annonce va faire l'objet d'une reconstruction permettant de créer du lien avec l'état de détresse somatique grâce aux représentations individuelles et sociales du cancer. Nous tenterons, en conclusion, d'ouvrir une perspective thérapeutique : l'essentiel est de faciliter la mise en jeu des mécanismes permettant des réassociations des traces mnésiques, faisant appel au concept d'un inconscient poïétique, explorateur de voies non encore éprouvées (ce que Lacan, par emprunt à Aristote, appelait la *tuchê*) et donc différentes de l'inconscient du refoulement et de la répétition (Lacan, 1960-1961). Dans le contexte du climat traumatique de l'annonce cette position thérapeutique permettrait de limiter les effets ravageurs d'un sentiment de culpabilité mortifère.

PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE PSYCHOPATHOLOGIQUE:

- L'angoisse dans le climat traumatique de l'annonce

L'affect d'angoisse n'est pas la peur ; il s'en différencie en cela que la peur trouve un objet extérieur alors que l'angoisse est générée par une situation. Cette situation est une rupture de l'intimité avec soi-même qui devient, dans le climat traumatique, extériorité. Au cours de celle-

ci survient une phénoménologie de la capture caractérisée par la triade du malaise (froid des téguments, troubles labyrinthiques, désadaptation cardio-respiratoire). A ce stade, l'accès d'angoisse peut aller jusqu'à la syncope caractérisant la situation extrême de l'angoisse traumatique : l'auto-clivage narcissique du moi permettant au moi de se soustraire à l'angoisse. L'angoisse de la situation de l'annonce n'obéit donc ni au schéma de l'anxiété ni au schéma de la dépression. Elle est à la fois réactivité somatique et témoin du réel dans sa violence (Assoun, 2008).

L'angoisse, selon Freud, n'est pas seulement un signal, elle est aussi décharge motrice (Freud, 1926). Au cours de l'annonce du cancer, cette décharge entraîne immédiatement des symptômes pouvant concourir, comme nous le verrons dans notre observation, à la perte de connaissance. Cette motricité, qui caractérise l'angoisse et qui la relie phylogénétiquement au réflexe d'autoconservation observée chez la plupart des animaux (mobilisation en vue d'une fuite face à un agresseur), rapproche l'angoisse de la pulsion. L'instance plaisir-déplaisir trouve ici un rôle essentiel dans l'angoisse. Paradoxalement, le caractère hautement déplaisant de l'angoisse le rattache à la libido et au pulsionnel du sujet, ce qui a fait dire à Freud que l'angoisse est à la libido ce que le vinaigre est au vin.

Cet affect d'angoisse est l'attente hautement paradoxale d'une chose redoutée et dont on ignore l'apparence qu'elle pourra revêtir. Il n'y a donc pas d'angoisse sans sentiment de l'autre (mais c'est un autre inconnu, cf. infra). Cette peur de faillir fait dire à Lacan que dans l'angoisse, ce n'est pas de l'environnement que l'on manque, c'est de soi (la déréliction est toujours une faillite du *moi* [Lacan, 1962-1963]).

Face à l'angoisse créée par l'annonce d'un cancer, les symptômes que le sujet aurait pu manifester comme autant de mécanismes de défense font défaut. La stratégie du symptôme comme rempart face à l'angoisse cède sous la pression du mot "cancer". La chute du symptôme au moment de l'annonce du cancer tend même à démultiplier le quantum d'angoisse.

- La censure surmoïque en lien avec les représentations sociales du cancer

La situation d'angoisse dans le climat traumatique de l'annonce du cancer est caractérisée par la libération d'un quantum d'angoisse, librement flottant, prêt à se lier avec n'importe quel contenu représentatif. Ce contenu représentatif est fourni par le savoir naïf ainsi que par les pensées magico-religieuses, et nous verrons (cf. infra) qu'il mobilise fortement la culpabilité du sujet. Toutes les représentations, de l'antiquité à nos jours, convergent sur un point : celui de la responsabilité du sujet dans ce qui advient.

Ce qui rend l'angoisse incompréhensible pour le sujet, c'est d'être censurée. Il s'agit d'un phénomène impensable puisque provoquant la destitution même du sujet. Il en résulte que l'instance surmoïque est débridée ce qui pourrait expliquer la culpabilité à la fois consciente et inconsciente du sujet.

Les représentations imaginaires du cancer sont paradigmatiques des formations issues de la conscience de culpabilité. Dans la première topique, elles relèvent du préconscient. Il y a dans l'histoire de toutes les sociétés, confrontées à l'inconnu "cancer", ce que l'on pourrait appeler le noyau des représentations sociales du cancer : l'Autre vient toujours frapper sans prévenir et le fait avec ses propres raisons même ; à ce noyau se rattachent des satellites qui sont propres au sujet. Ce qui est usuellement désigné comme savoir profane du cancer est construit par les représentations imaginaires issues des représentations sociales et historiques (le crabe, le loup, la punition, la faute, etc.). Il forme en grande partie le noyau des représentations car ce savoir est d'une grande stabilité depuis la conception humorale du cancer comme lié à l'atrabile au Vème siècle avant J.C. Ce poids culturel est subjectivé par chacun et constitue le savoir collectif sur le cancer (lequel, comme tout savoir absolu, est d'essence paranoïaque). Les phénomènes satellites sont nombreux, dépendants de chaque patient, comme autant d'inscriptions surmoïques de sa culpabilité inconsciente (Assoun, 2008).

En tant qu'"éprouvé", l'angoisse du cancer est un facteur de dé-liaison dans la mesure où la représentation du mot "cancer" n'a pas de relation symbolique avec une représentation d'objet. C'est pourquoi les représentations du cancer sont des abstractions de représentation.

Elles mettent en jeu le délié du refoulement dans l'instance plaisir-déplaisir, la décharge motrice et la perception de ses propres actions motrices par le sujet.

LIEN ENTRE METAPSYCHOLOGIE ET REPRESENTATIONS SOCIALES DU CANCER

Dans le climat traumatique, le sujet tout entier n'est plus que réel. Il n'y a pas de représentation possible en regard de l'état somatique. Cependant, en tant qu'être le sujet s'inscrit dans une culture. Celle de notre époque s'origine d'un matérialisme hérité des sciences naturelles : échafaudée sur le célèbre "homme machine" de La Mettrie, cette théorie considère que l'homme en tant qu'animal supérieur n'a d'autre déterminisme que celui de l'organisation sophistiquée de la matière. Il ne peut pour autant s'exonérer d'une culture. Selon Devereux, le courant majeur que constitue l'axe culturel du sujet, malgré une riche diversité ethno-psychologique, est soutenu par un certain nombre d'invariants (Devereux, 1983). Le déterminisme culturel peut, dans certaines situations, s'ériger en surdéterminisme, c'est-à-dire en une représentation culturelle définie dans une unité sociale donnée ; elle est ici investie d'une valeur supérieure. C'est à notre avis le cas des représentations sociales du cancer: le patient, pris dans les schèmes organisateurs et producteurs des représentations sociales n'a pas d'autre référentiel que celui qui lui est culturellement imposé (érigées sui generis, elles paraissent déconnectées d'un référentiel biologique puisque les symptômes somatiques semblent jouer un rôle secondaire). La surdétermination des représentations sociales du cancer contraste fortement avec le déterminisme encore approximatif et peu exhaustif de la biologie du cancer dont le propre est précisément de n'offrir que peu d'explications étiopathogéniques pour la majorité des cas. Cette indétermination s'impose aux médecins comme aux malades, malgré l'insistance du questionnement. En fait, il y a des axes implicites autour desquels les comportements s'ordonnent en modèles et structures ; parmi ceux-ci l'axe culturel constitue un axe aussi important que l'axe expérientiel puisque, lorsque nous parlons "cancer" nous faisons toujours référence à l'expérience d'un sujet (dans le cas décrit ci-dessus, la perte de connaissance).

Pourquoi alors parler ici de représentations sociales alors que nous avons commencé en soulignant que l'annonce du cancer est un climat traumatique et que l'angoisse naît de l'absence de lien ? Depuis Freud, les représentations symboliques sont définies comme celles

qui permettent le lien entre les représentations de mots et les représentations de choses. Mais les représentations sociales sont d'un tout autre registre. Ce sont des sommes d'énoncés dont le devenir diffère selon l'état de santé psychique du sujet : le sujet en bonne santé est capable de faire le tri dans ces énoncés afin d'articuler en énonciation⁷ certains d'entre eux à son histoire désirante. Dans la situation d'angoisse, le quantum d'affect aura quant à lui pour effet d'imposer ces représentations au sujet. Donc l'angoisse est ce qui empêche le sujet d'effectuer l'acte d'énonciation. Freud parlait de réalité psychique pour définir le lien S-R. Lacan soutenait qu'elle résultait d'une liaison du réel, de l'image et de sa nomination, soit respectivement les trois instances Réel – Imaginaire – Symbolique de la structure RSI nouée par le nœud borroméen. Dans le climat traumatique, c'est le dénouage de ce lien qui est précisément contraire à la réalité psychique.

- Représentations sociales de la santé comme mode de cognition sociale

La santé en tant que valeur essentielle du groupe social occidental moderne est un concept source de représentations sociales. Du point de vue purement sociologique, la représentation sociale de la santé n'est autre qu'une prise de position définie comme une attitude distinctive dans le champ des catégorisations des sous-groupes d'individus définis par leur état de santé. Cette prise de position résulte d'une pression d'inférence.

Les représentations sociales ont comme référentiel les processus individuels, interindividuels, intergroupes, et surtout idéologiques visant à une théorisation globale d'un problème, ici celui de la santé et de sa contrevalet, la maladie cancéreuse (Doise et Palmonari, 1986).

Les représentations de la santé et de la maladie transcrivent sur le plan de l'explication biologique des visions du monde beaucoup plus larges. Elles expliquent l'utilisation pseudo-métaphorique (au sens mythologique) de la maladie érigée en paradigme (le cancer) : la maladie

⁷ Énonciation, énoncé. Couple de termes opposés, par lequel Lacan reprend, au niveau du discours la distinction entre inconscient et conscient, et à travers lequel il renouvelle la théorie du sujet. Le discours à deux niveaux : celui qui a avant tout une valeur informative, le niveau de l'énoncé et celui qui révèle, au-delà de ces énoncés, la présence d'un sujet, qui doit être appelé sujet de l'énonciation.

- métaphore a pour signifié le rapport de l'individu à l'ordre social. Ainsi, dans le contexte actuel de médicalisation de la société ayant promu la santé en idéologie, une maladie telle que le cancer devient la matérialisation privilégiée du malheur.

Le patient atteint de cancer est l'objet d'une stéréotypie dans le discours sociétal. Le stéréotype du sujet cancéreux est, comme tout stéréotype, le fait d'un apprentissage social et d'une péjoration (Pujol, 2009; Pujol et Quantin, 2009). Il n'y a pas de noyau de vérité, car il n'est pas la caricature d'une vérité ; il est phénomène social *sui generis* visant à maintenir à distance de façon dynamique. Il est un processus de défense du socius. Il est surtout organisation du comportement et des attitudes autour d'un axe culturel. En tant qu'expérience subjective, la culture qui a contribué à l'apprentissage du sujet, intervient ici comme un système standardisé de défense du moi. Ceci ne doit pas faire sous estimer la contribution du fait culturel à la censure surmoïque⁸ ; mais la culture ne peut se résumer au sur moi et à l'idéal du moi⁹. En termes sociologiques, l'axe culturel en tant qu'organisateur du comportement n'est pas lié à une quelconque nécessité biologique mais au maintien d'une institution : cet axe d'organisation tend à préserver l'intégrité du groupe et le lien qu'il entretient avec l'axe biologique n'est qu'incident.

La stéréotypie des patients atteints de cancer, pour le groupe, a les caractéristiques suivantes : le stéréotype du patient est erroné, pré-pensé, non vérifié, peu sensible aux changements et simple. La fonction dépréciative du stéréotype tient à son caractère réducteur. Il s'agit toujours d'un réductionnisme assimilant le sujet stéréotypé à son stigmaté, à un comportement, à une structure psychique supposée. C'est le cas depuis l'antiquité grecque dont l'étude nous apprend que le malade atteint de cancer était réduit à son supposé caractère mélancolique (bile noire ou humeur atrabilaire).

La représentation collective de la dyade que forment la santé et le cancer a acquis une spécificité et une légitimité qui s'affirme dans le discours collectif ; elle affleure notamment dans la médiatisation de la problématique. Si nécessaire, cette légitimité est acquise en s'opposant au discours médical. Prenons un exemple : le progrès biotechnologique accélère la connaissance

⁸ Dans l'histoire de la théorie freudienne, le surmoi est d'abord apparu sous la forme de la censure ; la censure du rêve, par exemple. La censure peut agir de façon inconsciente comme le sentiment de culpabilité. Le surmoi fait donc partie du moi et cependant peut en être séparé. C'est que le moi peut se prendre lui-même comme objet, qu'il peut se cliver.

⁹ Instance psychique qui choisit parmi les valeurs morales et éthiques requises par le surmoi celles qui constituent un idéal auquel le sujet aspire.

des addictions oncogéniques à l'origine de certains cancers tels que le cancer du poumon ; le discours collectif lui oppose le décodage biologique (théorie de l'attribution utilisant les schèmes de causes multiples suffisantes, théorie de la triple origine des maladies : l'âme, le passé karmique, les cellules, etc.), et/ou la sacro-sainte notion de terrain ou des équilibres des niveaux énergétiques.

Les schèmes sociaux organisateurs de la santé, érigés en vue de la "quête du bonheur" (i.e. la santé), font que l'irruption de la maladie pour l'individu a des conséquences au-delà de sa vie intérieure : elle est une modification de son insertion sociale. La maladie en elle-même, selon la menace qu'elle fait planer sur le groupe social (épidémies par exemple), peut être source de rupture de l'équilibre collectif. Or, l'accroissement de l'incidence des cancers selon une modalité pseudo-épidémique, confère au cancer, selon le savoir profane, le caractère d'une maladie transmissible. De là s'origine une rupture de l'équilibre social et la tentation de ghettoïser les lieux de traitements des malades atteints de cancer.

Cependant, les schèmes explicatifs produisant les représentations sociales de la santé et de la maladie ne sont pas totalement figés. Il existe des données dites inconsistantes, celles qui ne cadrent pas avec les stéréotypes et qui peuvent entrer dans une dynamique de modification de la cognition sociale. Cette dernière s'écrit sur fond de rémanences historiques, ce qui explique sa lenteur d'évolution. Elle a un caractère non empirique et discursif. Ainsi le sens commun en matière de cancer, en tant que production des schèmes organisateurs des représentations, ne peut être assimilé à un consensus. La pluralité des schèmes organisateurs obéit à un processus de syncrasie plutôt qu'à un processus logique. La cognition sociale du cancer est d'ordre culturel et a peu à voir avec le biologique et l'expérientiel (Chapple, Ziebland, et McPherson, 2004).

Nous avançons ici que deux idéologies sous-tendent la production de représentations sociales de la « question cancer » : celle d'une maladie ontologique et celle d'un malade « homme dénaturé ». Notons que ces deux idéologies ne sont pas mutuellement exclusives mais que, bien au contraire, elles se complètent comme théorie de la graine et du sol. Les représentations sociales ne font que servir ces idéologies et justifier (excuser) les prises de position par inférence.

- Idéologie de l'intrusion ontologique identifiée

La représentation moderne des causes de la maladie s'inscrit dans un schéma anthropologique : la maladie est exogène, de causalité extérieure, rattachée à une intrusion, que celle-ci soit réelle (cas des maladies infectieuses par exemple) ou symbolique. Le cancer est prototypique d'une intrusion symbolique. C'est de ce point de vue que le schéma anthropologique de la maladie cancéreuse érige la théorie ontologique en idéologie. Les représentations sociales actuelles de la maladie, bien qu'appartenant au champ contemporain et participant du fonctionnement des individus dans ce champ, peuvent être considérées comme des sous-systèmes de cette idéologie ontologique de la maladie dont on retrouve les traces en Grèce dès le VII^e siècle avant J.C.

Cette idéologie conditionne le contenu d'un certain nombre de représentations sociales. Elle explique les usages langagiers. D'un patient atteint d'un cancer, on entend régulièrement « qu'il a un cancer qui se développe », alors que de tel autre atteint d'un emphysème, même très sévère, on dira « qu'il fait de l'emphysème » (et qu'après tout, il n'a qu'à arrêter cette production inanimée s'il veut guérir). Dans le premier cas on entend bien qu'il y a un être en tant qu'être et que cet être hébergé croît comme une entité propre.

Nous pourrions multiplier les exemples à l'infini pour documenter l'assertion ci-dessus. Elle s'éclairera pour le lecteur avec cette hypothèse soutenue par Critzan en 1894 selon laquelle « le cancer est le propre frère du cancéreux », c'est-à-dire que chaque cancer serait issu d'une grossesse gémellaire dont un des jumeaux aurait absorbé son frère, lequel se réveillerait sous la forme d'un cancer à l'âge adulte. Il est possible d'analyser cette théorie embryologique du cancer sous deux angles : d'une part elle témoigne de la perception du cancer comme d'un être différent qui ne serait plus l'intrus mais l'absorbé, d'autre part cela renvoie au mythe biblique de Caïn et Abel, le cancer pouvant être assimilé au tombeau depuis lequel l'œil d'Abel continue à regarder le fautif. En écho, beaucoup de patients cherchent eux aussi une réémergence possible de leur subjectivité en partant d'une théorisation du cancer en tant qu'œuf, ce qui prouve la prégnance de la question de l'origine.

- Idéologie de l'homme dénaturé

La responsabilité du mode de vie affleure dans la représentation sociale du cancer au fil de l'histoire. Elle met en balance la deuxième idéologie, celle de l'homme dénaturé par un mode de vie néfaste qui lui est imposé.

Or, dans ce domaine, les représentations sociales de la maladie sont, comme toute représentation sociale, construites par opposition : dans ce cas, il s'agit d'une double opposition, maladie versus santé, individu versus société. Dans ce dernier registre d'opposition se situe la représentation d'une société nocive ou d'une médecine elle-même nocive, puisqu'elle en est le prolongement, et, en quelque sorte, le dernier avatar : la biotechnologie comme produit du progrès scientifique. Le cas prototypique est celui de l'amiante. La nocivité de l'agent causal, et surtout la conscience de la responsabilité collective, est perceptible dans l'intitulé même de l'établissement public national permettant réparation des patients qui ont développé une pathologie en relation avec l'exposition asbestosique : FIVA ou fond d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Les traces de l'idéologie de l'homme dénaturé parcourent déjà des théories véhiculées par les livres publiés entre le XIXe et le début du XXe siècle. La structure même de la vie urbaine est mise en question : épousant le modèle de la tuberculose, le cancer va être considéré très longtemps comme une maladie contagieuse, et des statistiques dont la méthodologie était embryonnaire décrivent des maisons à cancer, des rues à cancer, des villages à cancer, allant même jusqu'à en attribuer la cause à l'hydrologie et dénonçant les buveurs d'eau comme des transmetteurs potentiels de cancer. C'est à la fin du XIXe siècle qu'émerge, en Angleterre, la notion de terrain et que le lien entre "graine" et "sol" est alors perceptible : le cancer est vu comme un être doué d'intelligence, sachant épargner les « bons » et frapper les « mauvais » ; ainsi sont typiquement épargnés le clergé (situé en haut) et les mineurs de fond (situés en bas) dont les conduites également rigoureuses garantissaient une vie sans cancer. Toujours selon cette théorie, le cancer touche de manière sélective certains métiers et en épargne d'autres. Ainsi, les médecins se voient, selon une publication parue dans le numéro du 16 septembre 1899 du *Lancet*, à peu près épargnés par la maladie alors que d'autres « gens de petite vie », tels que les taverniers, les brasseurs, les avocats (sic), sont frappés par le cancer (Darmon, 1993).

Le discours profane actuel n'a pas réellement changé : l'homme est dénaturé par son mode de vie et le cancer en est la conséquence ; le retour à la nature en tant que méthode permettant de soustraire le sujet de l'exposition au risque fait partie intégrante du savoir profane. Ce discours affleure dans les théories relatives à la guérison du cancer par les thérapies naturelles et les régimes (plus de 100 livres référencés par l'INBS en français).

Des représentations sociales reflétées par ces discours aux accents plus ou moins scientifiques, il faudrait conclure que la santé est un devoir pour l'individu sain, au même titre que la guérison est le devoir de l'individu malade. C'est ici la fonction même du discours social sur la santé et les représentations sociales de la dyade santé-maladie. La représentation sociale n'a pas de noyau de vérité car elle repose sur l'opposition de la santé et de la maladie et fait abstraction du fait que la maladie soit consubstantielle à la vie. Ainsi, nous devons à Canguilhem la représentation de la vie non plus comme une norme mais comme une puissance normative de dépassement ce qui, de facto, relativise une différence purement qualitative entre normal et pathologique (Canguilhem, 1943).

- Représentations sociales comme facteur d'opposition du groupe

Selon la théorie de l'attribution (Farr, 1984 ; Hewstone, 1984), l'individu a tendance à s'attribuer à lui-même la responsabilité des événements positifs et à attribuer au groupe social la responsabilité des événements négatifs. Cette assertion s'avère prise en défaut en matière de représentation sociale du cancer : la responsabilité propre, réelle ou imaginaire du sujet se manifeste sous la forme de conscience de culpabilité et de culpabilité inconsciente. Cette dernière participe de la censure surmoïque responsable du développement de l'affect d'angoisse.

L'attribution causale en matière de cancérologie est intimement liée à la constitution du préjugé et, in fine, du stigmat. Au sein de ce mécanisme, la fonction principale du stéréotype apparaît comme un outil de catégorisation permettant de distinguer le "nous" du "ils". Il y a dans l'attribution causale faisant le lien entre une maladie et un comportement, le ferment de la constitution des préjugés, forme de parti pris sociologique selon lequel l'appartenance de la personne atteinte au groupe est remise en question. Plus le stigmat est identifiable, plus le

groupe social se sentira prémuni contre le risque d'être atteint à son tour. La stigmatisation des patients atteints de cancer est douloureusement ressentie. Elle leur est régulièrement rappelée par les médias. En matière de cancer du poumon, l'utilisation d'images choc ou de témoignages de célébrités atteintes de cette affection regrettant ouvertement d'avoir fumé, est en soi productrice du stigmatisme social. Ce stigmatisme est tellement répandu en matière de cancer du poumon que les patients non fumeurs se défendent régulièrement de s'être exposé au risque, ne fût-ce qu'un seul jour.

- Représentations sociales entre cognition pour la société et simple énoncé pour le sujet

Les représentations sociales de la santé ont pour fonction une mise en rapport de la vision du biologique et du social. Or, il y a là un malentendu entre le groupe social et la médecine en tant que système scientifique : la médecine en tant que science n'est pas pourvoyeuse de sens, elle est avant tout pratique, c'est-à-dire génératrice de traitement. Que la maladie ait ou non un sens serait, du point de vue du patient, futile si la médecine offrait une réponse thérapeutique adaptée. On peut à nouveau citer le cas de la tuberculose qui contraste singulièrement avec celui du cancer : la représentation sociale de la tuberculose n'a plus la connotation de matérialisation privilégiée du malheur, non pas que la médecine ait pu donner un sens à la maladie (elle a su en identifier la cause dès le XIX^e siècle) mais parce qu'elle sait apporter une réponse thérapeutique fiable et reproductible.

Pour résumer ce qui précède nous dirions que la représentation sociale de la médecine est investie d'un savoir légitimement fort et d'ordre scientifique. Au contraire, la représentation sociale de la santé et de la maladie entre en opposition avec la représentation de la médecine en tant qu'organisation. Ceci doit être analysé à deux niveaux :

1- l'opposition du corps des connaissances scientifiques de la maladie versus les représentations sociales de la même maladie en termes de pensée commune

2- l'opposition du sous-groupe social porteur de la maladie versus l'organisation sociale des professionnels de santé.

Mais qu'en est-il pour l'individu ? C'est ici qu'interviennent les notions d'habitus et culture: les schèmes classificatoires, c'est-à-dire les formes symboliques et structures mentales qui permettent une conduite raisonnable et une connaissance pratique du monde social, sont des schèmes historiques de perception et d'appréciation, produit de la division de la réalité objective en classes. Ces schèmes classificatoires fonctionnent en deçà de la conscience et du discours ; ils sont incorporés aux structures fondamentales de la société et interviennent chez l'individu comme sens commun à l'ensemble des personnes constituant le groupe : ils construisent le savoir profane (Moscovici et Hewstone, 1984).

Ces schèmes classificatoires produisent des habitus, c'est-à-dire des systèmes de dispositions durables, des représentations réglées et régulières servant le cas échéant d'appui à des constructions représentatives ultérieures. Leur fonction est l'édification d'un ensemble ordonné d'images et de symboles représentatifs.

La polarité de la représentation ainsi constituée se fait généralement par opposition. Par exemple, la représentation sociale du malade atteint de cancer oppose deux figures : celle du combattant, du héros ordinaire, capable de générer sa propre guérison et celle de l'individu fautif, ayant laissé « entrer la maladie » du fait de son caractère atavique.

Les représentations sociales, en tant que principe générateur de prise de position dans un ensemble de rapports sociaux et d'organisation de la symbolisation qui intervient dans ces rapports, ont une fonction intermédiaire entre concept et perception lorsqu'ils sont analysés à l'échelle du groupe social. Cependant, à l'échelle du sujet, les représentations ne sont autres qu'un flot continu d'énoncés dans lesquels le sujet opère un tri. Entre le concept (signifié) et l'empreinte acoustique du mot (le signifiant), ce sont les instances symboliques et imaginaires propres du sujet qui interviennent. En disant cela, on ne méconnaît pas le rôle des représentations sociales dans la mesure où l'individu est issu d'une culture et d'un groupe. Cependant le principe ontique, c'est-à-dire la question posée de l'état de l'être, n'est débordé par les représentations sociales que dans une situation pathologique telle que l'angoisse ; cet affect rompt le lien entre réel et imaginaire symbolique.

Les représentations sociales en tant qu'interprétations collectives complexes et continues affleurant dans le discours social, ont pour fonction de combler l'absence de sens de la maladie. La finalité est simplement le retour à l'équilibre collectif. Il ne peut en rien s'agir d'une

recherche de sens pour le sujet lui-même, dans la mesure où la représentation sociale n'a pas de rapport avec la chaîne signifiante qui lui est propre sur fond d'historicité désirante.

QUI EST LE PROFANE ET QUI EST L'EXPERT ?

Le corps est à la fois, du point de vue des représentations sociales, le signifiant du sujet, la métaphore de l'histoire du sujet et le lieu du conflit entre l'individu et la société. Dans la mesure où le discours social sur la santé est une super catégorie évaluant tout le reste du bien-être du sujet, les représentations de la santé se sont étendues aux représentations du corps comme support du sens de notre rapport au social.

Le mouvement collectif, c'est-à-dire la dynamique de formation des représentations sociales a érigé la pensée profane en contrepoids de l'expertise scientifique (si tant est que l'on puisse assimiler la médecine à une science, alors qu'elle est plutôt une praxéologie adossée à des sciences). Le savoir profane investit le champ de la santé mais ne le fait pas de manière homogène. Pour que les représentations sociales se structurent en pensées profanes, il faut que trois conditions soient réunies :

- a. que la maladie ait pour elle-même une représentation;
- b. que le décryptage des phénomènes biologiques qui sous-tendent la maladie soit embryonnaire ou inachevé ;
- c. que la maladie ne reçoive toujours pas de traitement simple permettant la guérison.

Le cancer nourrit une pensée profane bien qu'ayant une représentation déjà ancienne (théorie anthropologique, théorie de l'homme dénaturé) en raison de la non exhaustivité de sa compréhension biologique et d'une réponse thérapeutique qui n'est ni simple ni systématique.

L'opposition entre expert (le médecin) et profane (le patient), vecteurs respectivement d'un discours de type scientifique et d'un savoir profane, est simpliste. En effet, dans un colloque singulier, il n'y a ni expert ni profane. L'expert n'est pas tout à fait expert, il est

également profane en tant que membre du groupe social culturellement imprégné des représentations sociales et ceci en deçà de la conscience de son discours¹⁰; le profane n'est jamais totalement profane. La médicalisation de la société (internet notamment), fait de lui un semi-expert. Il y a donc dans le colloque singulier une relation d'un expert - profane et d'une profane - expert.

Le discours médical a défini cliniquement, partiellement décrypté d'un point de vue biologique, et débuté la prise en charge du cancer à l'ère de la médecine moderne. Mais la médecine n'existe que sur un fond sociétal. Elle en fait partie, exerce sur elle un pouvoir en qualité d'agent normatif de la super catégorie du discours social sur la santé. Un effort de simplification du discours médical est nécessaire afin qu'il soit appréhendé dans le cadre du rapport social sans méconnaître les représentations sociales qui mythifient le cancer. Cependant, il est vain de croire que l'on peut gommer ou adoucir le climat traumatique, car ce qui est violent est le langage lui-même et non pas celui qui l'énonce. C'est la situation elle-même qui fait le climat traumatique et aucun discours ne peut accéder à l'angoisse du sujet. C'est ce que nous allons tenter de théoriser dans la sous-section suivante.

¹⁰ Même les médecins de l'ère moderne le sont, à l'exemple de ce cancérologue médiatique des années 80, s'indignant que le cancer exerce ses ravages sans discernement : *« c'est là aussi la grande injustice du cancer. Il ne connaît aucune règle, aucun sens, aucun modèle. Il choisit ses victimes au hasard, sans tenir compte de leur race, de leur religion et de leur richesse, de leur puissance, de leur intelligence, de leur gentillesse, de leur beauté »*

SECTION I

1.3. Clivage du moi, manque de soi et subjectivité du traumatisme de l'annonce.

Le mot « cancer » fait trauma.

Mais affirmer cela est un truisme, une impasse intellectuelle qui ferme la réflexion comme on le ferait devant l'événement qui nous échappe - ou que l'on aimerait bien scotomiser. Ce qu'il nous faudrait, c'est comprendre d'où vient cette souffrance, qu'a-t-elle de si indicible. Cela ouvrirait peut être des pistes pour savoir quelle attitude est opportune, et orienter ensuite le travail de cette thèse ; il ne s'agit pas ici de rechercher la "conduite idéale" de l'annonce du cancer.

LE TRAUMATISME DE L'ANNONCE

La littérature suggère qu'il y a au moment de l'énonciation du signifiant cancer une commotion psychique d'une intensité que le *moi* ne peut pas soutenir (Derzelle, 2009). Que le mot cancer fasse trauma n'est pas réfutable, de même qu'il ne peut être fait abstraction du contexte social inhérent aux représentations usuelles du cancer (cf. sous-section ci-dessus), ainsi que de la réactualisation lors de l'énonciation des traces mnésiques laissées par des pertes antérieures sur fond d'historicité inconsciente du sujet. Nous avons précédemment avancé l'hypothèse que ce qui fait trauma dans la vie du sujet lors de l'énonciation d'un cancer est prototypique d'une irruption dans le réel d'un événement susceptible d'être subjectivé (Pujol, 2010^b). La subjectivation de cet événement n'est d'ailleurs pas toujours accomplie. La question est de savoir s'il peut ensuite s'inscrire en tant qu'avènement. Nous avons suggéré que, partant de l'affect provoqué par l'irruption du réel - ce qui du corps pâtit du signifiant - il était toutefois possible d'expliquer pourquoi ce réel du symptôme ne peut s'articuler complètement à une symbolisation par des mots. Les représentations usuelles populaires (parfois appelées "savoir profane," produit complexe de pensées magiques, de conceptions surnaturelles, et de théories scientifiques tombées en désuétude [Moscovici S. 1984]) s'imposent alors comme substitut de la représentation. Il s'agit souvent de re-convocations d'images telles qu'en dessinent les enfants dans la phase narcissique (et l'on pense ici aux idoles telles qu'en dessine les enfants et qui sont pour eux des idéalizations du corps, si l'on en croit Wladimir Granoff). Or, ce travail sur l'affect est fondamental car il contient une part incompressible, une part non représentable et non représentée. Cette part relance l'imaginaire (mais aussi le symbolique dans une tentative de mise en mots), lequel en retour déplace l'affect en l'intensifiant, et cette intensification est souvent

fonction de son poids d'imaginaire (Soler, 2009). Cela fait écho aux conceptions ferencziennes du traumatisme en tant que mesuré comme « *équivalent à l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité de résister []; il englobe l'écroulement, la perte de sa forme propre et l'acceptation facile et sans résistance d'une forme octroyée à la manière d'un sac de farine.* » Par là Ferenczi entend que la capacité de souffrance de l'individu dépasse la force d'intégration de sa personne et que pour ne pas souffrir, le sujet cesse d'exister en tant que *moi* global (Ferenczi, 1934). Pour le patient, l'imago du corps propre¹¹ (ce qui relie à l'Autre¹² dans une réversibilité libidinale) est ici touché et non reconnu. Dans le même temps, le médecin, le soignant, a tendance à se tourner vers l'image d'un corps recomposée par la biotechnologie - imagerie TEP-scan, IRM dynamique, etc (Derzelle, 2007). Finalement, ni le patient, ni le soignant ne regardent à ce moment la réalité du corps (Potier, 2007). Il y a donc bien une perte qui prépare le clivage. Quel que soit le caractère disruptif du concept de trauma selon Ferenczi, chacun retrouvera dans cette idée d'écroulement, la description ébauchée par Freud, en 1938, du clivage du *moi* dans le processus de défense (Freud, 1938), mais aussi une préfiguration de la *position schizo-paranoïde*, décrite par Klein (Klein, 1934). Cette position vise à dissocier l'objet en un objet idéal distinct de l'objet persécuteur.

CLIVAGE DU *MOI*

Le clivage du *moi*, s'il en est un, est-il réversible? L'observation des patients nous apprend que la dynamique psychique à l'œuvre est superposable à celle classiquement décrite dans le *die spaltung* : celle de la perte, suivi du jugement d'attribution permettant l'acceptation de la perte, le deuil et finalement, ce qu'il est convenu d'appeler restitution de la santé et qui est plutôt en fait l'ancrage au soi comme objet de retrouvaille. Cette position d'objet tour à tour consolant et

¹¹ Pour désigner une représentation qui se fixe dans l'inconscient du sujet et oriente ultérieurement sa conduite et son mode d'appréhension. L'imago est élaborée dans une relation intersubjective et peut être déformée par rapport à la réalité. Elle peut se substituer à une réalité partiellement défailante.

¹² L'Autre (avec un grand A) représente celui que l'on considère dans son altérité (dont on admet la différence, laquelle est prise en compte dans la relation et dont on souhaite également qu'il nous reconnaisse en retour) ; l'Autre se distingue de l'autre (autrui, untel) dont la rencontre n'a pas d'incidence relationnelle.

persécuteur, clivé par la subjectivité du patient, nous faisons ici l'hypothèse que c'est en grande partie le thérapeute qui l'occupe et que ce n'est pas toujours à son corps défendant (Pujol, 2011).

Quelle justification y aurait-il à appliquer ici, dans le contexte de l'annonce du cancer, la notion de clivage du moi ? Au cours ou au décours de l'annonce, le patient peut dénier une partie de la réalité, sur le mode du « *Il ne m'a rien dit du tout !* », affirmé quelques jours plus tard aux autres membres de l'équipe. Pourquoi ? La réponse pourrait se trouver dans la relecture de Freud : En tant qu'événement vécu comme extérieur, le traumatisme a quelque chose d'irreprésentable, et le moi, instance chargée d'assumer le principe de réalité ne peut intégrer cet élément. Ce qui dans le conscient est Un, dans l'inconscient est clivé et opposé, et l'ambivalence est ici une conséquence du clivage (Freud, 1914; 1923; 1933). La sidération de la pensée suivant l'annonce et la fragmentation d'une partie du *moi* secondaire au traumatisme, produisent ce que Ferenczi avait appelé l'auto-clivage narcissique du *moi*. Dans le phénomène dynamique de ce conflit de forces, la défense s'organise partiellement par un processus d'identification¹³ dont la cible peut être le thérapeute (ou un assistant). Le médecin qui annonce peut être perçu comme un agresseur introjecté, et c'est en cela que réside le clivage car une partie du courant psychique continue de reconnaître la réalité alors que l'autre, perçu comme l'agresseur introjecté, participe à une réactivation du sens de la culpabilité dont Freud disait qu'il était l'état de tension entre le *moi* et le *surmoi* (Freud, 1923). C'est le sens que prennent les mots si fréquemment entendus « *Mettez vous à ma place !* ». Or, si l'individu hait cette partie du thérapeute à laquelle il s'identifie, c'est qu'il se hait lui-même et cela renforce le clivage de la personnalité.

L'AFFECT D'ANGOISSE COMME CONSEQUENCE DU CLIVAGE

La conséquence immédiate du trauma c'est l'angoisse, dont Lacan disait qu'elle est consubstantielle à la vie « *il n'y a pas de vie possible sans angoisse existentielle* ». Le phénomène le plus lié à l'affect d'angoisse est selon lui celui de la dépersonnalisation, c'est à

¹³ Processus par lequel un individu se rend semblable à un autre, en partie ou en totalité ; on distingue avec Lacan les identifications imaginaires constitutives du moi et l'identification symbolique fondatrice du sujet.

dire ce corps morcelé, cette partie non *moïisable*, cette image de soi que le sujet ne reconnaît pas (Lacan, 1962-1963). Il y a donc un déficit de l'image spéculaire, voire de l'Imago du corps propre. Or, « *si ce qui est vu dans le miroir est angoissant, c'est pour ne pas être proposable à la reconnaissance de l'Autre.* » Ce qui peut plus simplement s'écrire : « *j'ai perdu mon éclat, comment l'Autre pourrait-il me reconnaître.* » Il y a là perte du fantasme, c'est-à-dire « *du vœu, naïf comme tous les vœux, que l'Autre se pâme d'admiration devant l'objet merveilleux que je suis, déduction faite de ce que je me vois* » (Lacan, 1960-1961). Ce que Ferenczi décrivait sous le vocable d'auto-clivage narcissique est, d'une certaine manière, développé par Lacan comme phénomènes de dépersonnalisation. Ce sont justement pour lui les phénomènes les plus contraires à la structure du *moi* comme tel, ce qui lui fait dire: « *ce n'est pas du monde extérieur que l'on manque, c'est de soi même.* » (Lacan, 1962-1963)

LE CLIVAGE DU *MOI* ET LES MECANISMES DE DEFENSE FACE AU TRAUMA DE L'ANNONCE

Si le clivage du *moi* consécutif au trauma est un mécanisme de défense (Freud, 1938), il n'en est pas moins aussi une position de grande vulnérabilité psychique du sujet, inhibant son libre arbitre et pouvant réduire ses choix conscients à un suivi scrupuleux du plan personnalisé de soins. Ce serait trahir le souhait du législateur et des concepteurs du système de santé, lesquels fondent dans le plan personnalisé la reconnaissance implicite du choix du sujet. Or, dans la précipitation de la décision suivant le trauma, nous proposons que le choix n'est pas celui du patient mais celui du médecin. Dans ces conditions, la participation volontaire et éclairée, souhaitée par les associations de malades et recommandée par les agences gouvernementales, deviendrait un vœu pieux et l'on pourrait comprendre ici ce que Ferenczi entendait par « *sac de farine* » dans lequel il ne faudrait pas que le patient se fasse rouler. Ici le vœu pieux, fantasme du médecin, rejoint le fantasme du patient. Il indique le *moi idéal*¹⁴ du médecin. A la différence du malade dont le *moi idéal* ne peut se soutenir du fait de la défaillance de l'*idéal du moi*.

¹⁴ Formation psychique appartenant au registre de l'imaginaire, représentation de la première ébauche du moi investie libidinalement.

CONSEQUENCE THERAPEUTIQUE: LE REPIT NECESSAIRE

Nous voudrions avancer ici, que ce clivage du *moi*, ce phénomène de dépersonnalisation lié à l'affect d'angoisse, est une étape inéluctable pour le sujet mais qu'elle doit être dépassée dans le cadre du temps logique par la dialectique de réitération et répétition. Le retour à la santé doit se faire en tant que construction d'un objet narcissique de retrouvaille tempéré par la castration (Soler, 2009). C'est cela qui permet qu'une confiance s'instaure et que le sujet puisse alors être en mesure de combler ce manque de soi. L'alternance doute – confiance qui s'observe dans le renversement dialectique doit bien sûr favoriser la prévalence du deuxième pôle (Pujol, 2010^a). Le soignant doit tenir compte de la nécessité de maintenir un répit dans la dynamique du soin. L'absence de répit est iatrogène en ceci qu'il laisse un sujet dont le *moi* régresse à un stade infantile, et empêche la temporalité propre à chaque sujet, tenant compte du jugement d'attribution et du jugement d'existence. A ce stade infantile il n'est pas autorisé à dire son doute (*infans*, sans accès au langage), ce qui ne fait que renforcer l'affect d'angoisse en liaison avec les représentations de la maladie ; cela peut confiner à un développement d'une nosophobie. Il faut également souligner que cette position particulière du patient apprenant un diagnostic de cancer n'est pas seulement l'encombrant héritage culturel véhiculé par le mot cancer mais qu'il est également le résultat d'une organisation souvent trop formatée du système de santé (Gori et Del Volgo, 2005). Car si le médecin est celui qui énonce, puis soigne, il peut parfois être perçu comme le persécuteur. Le patient peut avoir là une position identique à celle de l'enfant à qui l'on veut imposer ce qu'il ne veut pas : il vit l'objet comme un objet persécuteur, et vit la personne qui fait passer l'objet comme également persécuteur. Malgré tout le désir d'être secourable émanant du thérapeute, il y a là risque d'une prise de pouvoir, d'une décision à la place du patient, d'une aliénation. Ce qui est important pour éviter cela, c'est de respecter la capacité du patient de dire "non", puisque ce "non" est la condition d'un possible "oui" à venir. Il y a une limite à toute influence psychique. Cette limite est la liberté d'un minimum de pensée pour le patient ; la pensée est la caractéristique de l'humain, et la lui refuser, c'est le réduire à *l'infans* pour lequel on prend les décisions. C'est, de fait, la limite même de l'influence du médecin qui est censé garantir la liberté du patient tout en l'éclairant.

Mais le principe de réalité ne s'impose pas qu'au patient, il s'impose aussi au médecin et le pire serait que l'un et l'autre se figent dans l'attente d'une perlaboration de la décision. En

effet, il y a toujours une urgence relative à mettre en place les soins. De cela il faut tenir compte dans la relation patient - médecin. L'enjeu sous-jacent à cette relation est d'aider le malade à cultiver l'amitié de la vie. Le médecin – comme le psychanalyste - ne connaît le prestige que d'un seul maître, la mort, et doit cultiver l'amitié de la vie (Lacan, 1958).

LE SENTIMENT DE DEPERSONNALISATION, « DIVORCE DE LA VOLONTE ET DE LA CAPACITE D'ACTION »

Présenter cette notion de clivage du *moi*, ou de dépersonnalisation, se fera plus bas dans cette thèse en s'étayant de vignettes cliniques de psychométrie. Nous avons trouvé dans cette section théorique une originalité plus grande de la recherche de cette notion dans la littérature classique. Ce que nous venons de dire nécessite, nous semble-t-il, une justification, car nous ne voudrions pas laisser croire, comme simple médecin intéressé par la psychopathologie et la psychanalyse, que nous tenons nous-mêmes cette façon d'exposer les choses pour irréprochable. Le lecteur pourrait nous faire observer que l'irruption du clivage du *moi* et de la dépersonnalisation dans le roman serait passionnante mais n'aurait pas d'intérêt démonstratif. Il y a toutefois deux citations brèves qui méritent d'être faites, tant leur écho évoque ces phénomènes de clivage. Les mémoires d'Hadrien placent l'empereur romain en narrateur de sa vie, à un moment très particulier (Yourcenar, 1950): celui de l'approche de l'inéluctable fin. Marguerite Yourcenar, qui abandonnera puis reprendra son manuscrit sur plusieurs décennies, dira, en évoquant la difficulté de l'élaboration de ce monument littéraire -proche de la philosophie stoïcienne-, qu'elle put reprendre son travail lorsqu'elle eût compris qu'il y avait dans cet artifice narratif, cette reprise de la biographie par la fin de vie, une perspective signifiante sur l'historicité de son personnage¹⁵. Il y a là un parallèle que l'on pourrait faire, de l'écrivain acceptant le positionnement de son sujet et du thérapeute qui doit accepter d'être dérouté par la clinique du malade. En médecine comme dans beaucoup d'autres domaines, il faut penser ce que l'on voit et non voir ce que l'on pense. Hadrien retrace les événements de sa vie de manière anté-chronologique. Ce qui est frappant à la lecture discursive d'Hadrien, c'est qu'elle s'accompagne

¹⁵ Et la citation de Bergson en épigraphe de ce manuscrit prend ici tout son sens : « *Le possible est donc le mirage du présent dans le passé* »

des affects d'angoisse liés à la peur de mourir étouffé. Il fait cette narration au travers de la perception qu'il est arrivé au «...*point où [sa] volonté divorçait d'avec [sa] force.* » Cette impression de ne plus se reconnaître, ce divorce de la volonté et de la capacité d'action, illustre assez bien le clivage psyché-soma s'opérant chez nos patients, oscillant entre des phases où il se clive et d'autres où il se re-conjoint, et la perte de confiance en soi qui suit l'énonciation du diagnostic résulte de la profondeur du clivage. Ce sentiment de dépossession est rappelé par Lacan lorsqu'il dit que la spécularisation y est étrange "*odd*" (bizarre) et fait fréquemment appel aux troubles vasomoteurs et respiratoires. Ces signes font signaux à l'angoisse et entretiennent un rapport complexe avec le *moi*, rappelant dans leur forme l'angoisse originelle de la naissance, c'est à dire la triade du malaise décrite comme vertige labyrinthique, froid des téguments et malaise cardio-respiratoire (Lacan, 1938).

Ainsi, le phénomène de dépersonnalisation trouve au début de la maladie sa genèse dans l'impossibilité de reconnaître sa propre image spéculaire et par voie de conséquence l'imaginaire du corps propre. Cette vacillation du moi qui succède au diagnostic faisant effraction dans le cours de la vie, peut également s'exprimer sous la forme d'une perte de repère du corps vivant avec ses limites, son intérieur et son extérieur. Pour Winnicott, on ne peut, dans la dualité psyché-soma, distinguer le psychisme du soma qu'en fonction du point de vue d'une élaboration imaginaire de la conscience des organes somatiques (Winnicott, 1949). Cette élaboration est, pour reprendre les termes de Canguilhem, inépuisable, infatigable, capable à elle seule de peupler un monde (Canguilhem, 1965). Elle déforme et reforme sans cesse les mêmes images soit par réitération (retour du même), soit par répétition, et sous son action l'imaginaire est proliférant. C'est le trait Unaire qui arrête la prolifération de l'imaginaire. Ici, par identification régressive, le patient peut retrouver le stade de l'enfant capable d'individuation et de distinction du *moi* et du *non-moi*. Ce trait Unaire, signifiant de la trace d'une absence effacée, pourrait être, dans le cas qui nous intéresse - celui de l'annonce - la santé qui a lâché prise mais dont il reste cependant le signifiant, la lettre à partir de laquelle peut se retisser par répétitions une nouvelle réalité psychique (répétition et non réitération car il ne s'agit pas ici du retour du même mais bien d'une élaboration psychique dynamique). Le trait Unaire, la lettre, a une face du côté du réel et une face du côté du symbolique. Il empêche un clivage duel et permet le redémarrage d'une réalité psychique soit par « raccroc » soit par « patch », élément rajouté inerte, permettant de coloniser le bord. C'est pourquoi l'élaboration imaginaire est toujours à reprendre dans la dialectique avec le patient. Si la santé a ainsi, pour le sujet, l'apparence d'une continuité

d'existence elle ne l'a que parce que le développement de l'unité psyché-soma n'a pas été troublé dans son élaboration imaginaire et symbolique à partir du réel grâce à ce trait Unaire, et qu'elle a été intégrée du même coup comme propre au *moi* (orthopédie nécessaire et aliénante, nécessaire pour marcher dans le monde, mais distincte du sujet désirant et du sujet de l'inconscient au cours du stade spéculaire). Au cours de l'annonce qui fait trauma, le divorce de l'unité psyché-soma, le divorce de la volonté et du désir est, de ce point de vue, pathologique.

REEL DU SYMPTOME ET SYMBOLISATION PAR DES MOTS

Mais que dire de la maladie qui fait effraction dans le réel du corps? Qu'elle est le trouble propre de cette image, la rendant non communicable à la reconnaissance de l'Autre? Toute relation monadique à l'image spéculaire du sujet, trop captive de l'image narcissique, produit une augmentation de l'activité mentale au détriment de l'articulation psyché-soma et va même tenter de se substituer à l'environnement qui fait défaut ou qui menace l'intégrité. La maladie psychosomatique est faite pour compenser la séduction du psychisme par l'esprit. Le caractère inconnu du phénomène cancer, l'intrusion dans le corps de ce phénomène, est ce qui s'oppose avec le plus de violence à l'objectivation – subjectivation de la maladie. L'imaginaire du patient, débridé du symbolique et qui se substitue à une connaissance, est alors crédité du pouvoir d'imprimer à cette partie de lui les traits d'une idole martyrisée. Survient alors la tentation de trouver refuge dans des conceptions surnaturelles et des propositions magiques qui ne font que renforcer le processus de dépersonnalisation.

Il y aura par là accentuation du clivage et du sentiment de dépossession tout en excluant l'Autre, car le sujet est trop captif de son image narcissique plus ou moins blessée pour qu'il y ait un mouvement de côté qui permettrait, par le biais de l'imago du corps propre, une restauration de la relation à l'Autre. Toute maladie potentiellement mortelle, surtout si elle atteint la fonction respiratoire dont la défaillance est le premier signal d'angoisse perçu par le sujet dès sa naissance, sera ainsi un déterminant primaire d'une sidération et d'un isolement du sujet. Et nous ferons ici une deuxième citation littéraire. Car cet isolement est exprimé par Albert Memmi dans son livre autobiographique, « *la statue de sel* ». Atteint de tuberculose, une maladie qui portait au début du xx^e siècle le présupposé social de maladie de la pauvreté, d'une

maladie respiratoire potentiellement mortelle, inhérente à des facteurs comportementaux, Albert Memmi décrivait sa maladie comme « *la concentration de soi sur soi, la dictature de soi-même* ». En fait, si l'on reprend la notion lacanienne selon laquelle, pris dans l'angoisse, c'est de soi que l'on manque, il faut comprendre ici que ce qui tyrannise Albert Memmi n'est pas le soi (qui n'est atteint que lors de la résolution du complexe de castration) mais son image narcissique. Il le dit plus loin dans le même ouvrage : « *« Je meurs pour m'être retourné sur moi-même. Il est interdit de se voir et j'ai fini de me connaître. Comme la femme de Loth, que Dieu changea en statut de sel, puis-je encore vivre au-delà de mon regard ? »* Selon Lacan, cette régression au stade pré-spéculaire est marquée par un manque, puisque l'angoisse est avant tout un manque. Mais contrairement à ce que perçoit le sujet, ce n'est pas l'environnement qui fait défaut, c'est le *moi*, c'est-à-dire cette tension dialectique entre le *moi idéal* (siège de l'angoisse, le risque de la perte de l'éclat car on ne peut pas trouver, on ne fait que retrouver) et *l'idéal du moi* (qui tempère le moi idéal). Il y a donc à proprement parlé dans ce phénomène de dépersonnalisation, dans ce clivage du psyché-soma, non pas un manque à Etre mais une passion de l'être, (amour, haine ou ignorance). Or, dans les circonstances ordinaires, c'est le manque à Etre qui soutient le désir. Ici l'absence du manque à Etre alimentera un faux *idéal du moi*.

EXPERIENCE DU PATIENT, CONNAISSANCE DU SOIGNANT ET DISSYMETRIE DU VECU DE L'ANNONCE

Le savoir du médecin évolue dans la mesure où il ne se laisse pas enfermer dans l'expérience mais s'interroge au contraire sur ce qui, de prime abord, le déroute et le force à emprunter un détour pour retrouver plus loin une connaissance enrichie de faits nouveaux. Ce qui doit s'opérer à l'échelle de chaque médecin devrait renforcer le corpus des données et leur évolutivité. La remémoration lors de l'annonce est une réalité intérieure souvent vécue par le patient. Le renforcement du sens de la culpabilité également. Tel patient de soixante ans, grand fumeur et qui fut soigné et guéri d'un cancer de la prostate, apprenait de nous qu'il était atteint d'un cancer du poumon. « *Je pensais avoir donné des gages à l'ami Cancer avec la prostate... Ça ne suffit pas...* ». Quelle attitude raisonnable et humaine devant une telle décharge motrice?

Ne pas faire preuve d'incompréhension ? Certes. Ne pas opposer un silence ? Surtout pas, car il aurait le sens d'un désaveu. Mais participer réellement et émotionnellement à l'entretien : tact, patience, prévenance, souplesse... et peut être indulgence. Indulgence de la défaillance du patient si nous voulons espérer qu'il soit indulgent envers nos propres défaillances. Nous ne sommes plus très loin de ce que Winnicott définissait comme l'environnement suffisamment bon, le maintien suffisamment prolongé, le *holding*¹⁶. Y aurait-il alors chez le patient une amorce de régression à un stade de dépendance que nous devrions, en tant que thérapeute, accueillir avec sollicitude ?

¹⁶ Façon qu'a la mère de porter et de maintenir, physiquement et psychologiquement, son nourrisson en état de dépendance absolue. Terme winnicottien intraduisible, le *holding* soutient l'intégration, c'est-à-dire l'établissement d'un self unitaire vécu comme continuité d'existence.

SECTION I

1.4. Le langage traumatique, le corps – symptôme et la construction des hypothèses

LA RELATION SYMBOLIQUE ENTRE LE MOT ET LA CHOSE « CANCER »

La vie sociale passant nécessairement par la parole et le langage, chaque mot utilisé a, pour lui-même, un sens imaginaire plus ou moins relié à un sens collectif et une valeur signifiante propre à chaque individu. La valeur linguistique d'un mot (ou d'une entité linguistique en général), considérée dans son sens conceptuel, est la propriété qu'a ce mot d'exprimer une idée: cette propriété, c'est le lien qui unit le concept (la pensée, le signifié) à l'image sonore de la pensée (signifiant). Le rapport du signifié et du signifiant est ce qui définit le signe, lequel peut prendre une valeur propre à chaque situation donnée (De Saussure, 1906-1911). En matière de cancer, il est rare que l'individu et la collectivité attribuent à ce signifié, discours manifeste, le même signifiant, contenu latent. Freud (Freud, 1891) considérait à ce sujet que « la représentation de mot est reliée à la représentation d'objet uniquement par l'image sonore ... [] la représentation d'objet est quant à elle un complexe associatif hétérogène constitué des représentations les plus diverses, visuelles, tactile, etc». Dans ce même texte, Freud explique que la relation entre la représentation inconsciente de mot et la représentation inconsciente de chose, est celle qui mérite le qualificatif de relation symbolique. C'est cette liaison particulière du mot et de l'objet, du « mot cancer » et de la représentation usuelle, de « la chose cancer », que cette section tentera d'analyser. Les représentations de choses articulées aux affects ont pour propriété de se déplacer : c'est là une des principales propriétés de ces représentations. La relation médecin - malade ne peut considérer les mots comme les affects. L'affect doit avant tout être vérifié et ne peut être confondu avec l'émotion, qui est déjà une forme de représentation consciente de l'affect. En effet, l'émotion elle-même ne touche pas la racine inconsciente de l'affect. Or l'émotion relève du préconscient – conscient et tient à l'empreinte sonore déconnectée de son objet.

- Cancer bronchique : « un dire » qui fait évènement.

Ce travail se fixe pour objectif d'étayer le concept suivant: Le diagnostic d'un cancer est prototypique d'une irruption dans le réel d'un événement susceptible d'être subjectivé et de faire ensuite avènement. Pour le représenter il y a deux types d'outils: l'affect et les mots. (i) le

quantum d'affect est la manière la plus brutale, le signal fait au corps par le réel de la maladie. L'affect qui ne trompe pas en l'occurrence, c'est l'angoisse (Lacan, 1960-1961); il est le seul qui soit intransmissible par des mots et qui dise : « le réel est là ». (ii) les mots et leurs empreintes sonores sont, quant à eux, dans le champ du préconscient - conscient et de l'inconscient du fait des refoulements secondaires. L'affect lui, même passant par les mots qui ne peuvent jamais tout dire, passe par le corps, ce qui a fait dire à Lacan (Lacan, 1938) « *le réel est ce qui du corps pâtit du signifiant* ». Quels que soient les mots utilisés pour représenter l'avènement, il y aura toujours un manque, un défaut de congruence de la représentation inconsciente de chose et la représentation inconsciente de mot, laquelle congruence permettrait un « dire » qui pourrait, dès lors, dans la subjectivité, faire avènement.

Selon Lacan (Lacan, 1951), c'est Freud qui a pris, le premier, la responsabilité de considérer « *qu'il y a des maladies qui parlent* » et qu'il est de notre responsabilité d'entendre la vérité de ce qu'elles disent. Encore nous faut il sortir de la simple structure objectivante d'un interrogatoire médical mené aux fins d'un diagnostic et en vue d'un traitement, pour aborder un questionnement de la plainte du patient sur le versant de l'énigme qu'elle contient ; c'est, entre autre, dans la vérification de l'affect que l'on peut atteindre la vérité de la subjectivation (Lacan, 1958). « *Son unique champ est celui de la parole et du langage et son expérience est dialectique* » (Bruère-Dawson, 2000).

- Epistémologie du langage et avènement d'un « dire »

Il faut donc parler de la charge symbolique du mot ce qui renvoie à l'épistémologie du langage. Bergson, parlant du mot en général, disait de lui qu'il était imparfait mais qu'il n'y avait rien de plus efficace pour communiquer. Cependant, en le communiquant il perd le lien avec le sujet qui le communique « *Le mot aux contours bien arrêtés, le mot brutal, qui emmagasine ce qu'il y a de stable, de commun et par conséquent d'impersonnel...* » (Bergson, 1889). Si nous prenons le cas du mot « cancer », et que nous considérons le caractère impersonnel et la charge des représentations usuelles du mot qui en limite son acceptabilité par le sujet (contour bien arrêtés), il nous faudrait encore tenir compte de la résistance que le sujet va lui opposer, une résistance inconsciente. Cela fait écho à ce que Lacan considérait du langage : qu'il s'agit d'un dire qui fait

événement. L'homme est porteur mortel d'une substance immortelle (Freud, 1914). Certes, Freud parlait ici de la substance germinale, celle que l'homme mortel transmet en vue d'une perpétuation de l'espèce. Cependant, il est possible de dépasser le simple appareil physiologique en considérant que l'homme transmet aussi la parole et le langage, au même titre que la substance germinale. Il est permis de voir ici une réminiscence de ce que Pascal disait de l'homme, lorsqu'il considérait que l'humanité toute entière se comporte comme un seul individu qui rechercherait et apprendrait indéfiniment. Si le « dire » fait événement, il s'agit selon la conception lacanienne de faire advenir ce dire par la dialectique. C'est le manque structural de la relation symbolique du mot et de l'affect qui est le principal obstacle à une communication idéale: « *On essaie de dire la vérité, mais ça n'est pas facile, parce qu'il y a de grands obstacles à ce qu'on dise la vérité, ne serait-ce que parce qu'on se trompe dans le choix des mots. La vérité a à faire avec le réel, et le réel est doublé, si on peut dire, par le symbolique* » (Lacan, 1977-1978). L'affect insiste, mais l'absence de représentation par les mots le renforce, particulièrement si c'est de l'affect d'angoisse qu'il s'agit. Même si à un moment donné la congruence de l'affect et du langage est obtenue au plus proche (parce que la dialectique lors de l'énonciation du diagnostic aura réussi à mettre des mots sur les choses), cette congruence asymptotique n'est jamais définitive, et l'affect peut être réactivé par la dynamique propre de la maladie. C'est ce qui est observée lors de chaque rechute (métastases) ; dans ces situations tragiques, le retour imposé du réel dans le corps, un retour en force tel un intrus, fait resurgir les affects du sujet. Ces affects s'imposeront et feront « pâtir » violemment tant que la subjectivation de l'événement n'a pas été possible à l'aide des signifiants propres au patient dans leur concaténation en une série de dires.

Le patient est donc absorbé par l'effort de compréhension de ce que son corps veut lui dire, (serait-ce celle de la connaissance-de-soi socratique?); l'accès à cette connaissance n'est d'ailleurs pas plus aisée pour un sujet sain que pour un sujet malade car le primat de l'affect et de l'insu (au sens d'inconscient) dans la vie de l'âme a été mis en évidence par Freud qui soulignait « *toute la part insoupçonnée que prennent le trouble affectif et l'aveuglement de l'intellect chez l'être normal non moins que chez le malade* » (Freud, 1913); cette connaissance, les autres se chargeraient volontiers de lui expliquer au moyen des mots et des représentations usuelles de la maladie.

Il nous faut donc revenir aux origines du mot pour comprendre quelle est sa charge symbolique. La relation médecin - patient, dans ce cas précis, consisterait alors à aider le patient en vue de la meilleure congruence possible entre l'affect et le mot; cela impose au médecin d'écouter l'affect et de ne parler que pour relancer la dialectique: « Le malade dans l'énoncé de sa plainte, il nous faut le croire, mais il ne faut pas y croire » (Bruère-Dawson, 2000).

DU TRAUMATISME DU LANGAGE AU CORPS - SYMPTÔME

"Le moi est corporel": partant de cette assertion, Freud a ensuite développé une position suggérant que l'inconscient peut être considéré comme *le missing link*, c'est-à-dire le maillon manquant entre psyché et soma. Il voit même dans le jeu étrange et passionnant du symptôme du corps, la cinquième propriété du système inconscient à côté de l'atemporalité, l'absence de contradiction, le processus primaire, et la réalité psychique (Assoun, 2009^a). Il faut replacer le symptôme somatique dans une série iso-forme composée des éléments suivants : le sujet, le corps-organe, le corps-symptôme que l'on pourrait considérer comme son bouclage inconscient.

L'événement traumatique de l'annonce pourrait être considéré comme le *nexus* entre corps-organique et corps-symptôme, ce qui explique que l'annonce soit vécue différemment selon qu'elle concerne un patient éprouvé ou non par un symptôme somatique. Il faut alors développer la notion d'un symptôme somatique inconscient, lequel pourrait être assimilé au « *pépin de santé* », autour duquel se constitue *l'amalga*, trace de la jouissance inconsciente qui fait son nid au symptôme et l'enveloppe du symptôme somatique inconscient (Il y a là un lien avec une co-excitation libidinale et l'on peut suggérer une dimension masochiste structurelle de la somatisation [Assoun, 2009^b]).

Ainsi, le symptôme somatique inconscient peut être considéré comme le noyau de la névrose d'anxiété, ou névrose traumatique, ou, pour utiliser un référentiel DMS, des désordres de stress post-traumatique (PTSD).

L'images du corps propre ou corps inconscient est de facto l'organique brut du symptôme somatique inconscient relu par le pulsionnel du *parlêtre*, c'est-à-dire par ce qui de

l'Autre fait effraction du conflit et du sexuel. Cette vérité inconsciente du symptôme dans le corps s'étaie sur de l'organique.

Dans le climat traumatique de l'angoisse, le vertige, la perte de connaissance, pourraient être des signes majeurs puisqu'ils indiquent cette possibilité pour le *moi* d'être dessaisi tout à coup de son propre corps. Il faut alors pour le sujet parler le symptôme car c'est le langage qui, déconnectant la jouissance de son montage, révèle la perte d'objet (en l'occurrence, la perte symbolique ou réelle d'un organe). Le vertige, ou le déni, entrent ici dans une dialectique de la somatisation et du deuil d'une partie de soi.

Nous en venons donc à la notion de réel du corps, lequel ne peut, au moment de l'annonce, être surpassé par le sujet, puisqu'il ne peut être relu à l'aide de l'imaginaire du corps propre.

Revenant sur la notion du *missing link* proposée par Freud, décrivant l'inconscient comme articulation entre psyché et soma, Lacan approfondit en considérant l'inconscient structuré comme un langage, liant le réel à l'image et à la symbolisation. L'inconscient est donc pensé comme une réalité langagière radicale, ce qui ne fait qu'isoler un peu plus la question du corps en tant que réel.

On ne peut donc considérer le symptôme somatique inconsciente comme une collusion d'un ego qui ne serait que le syndicat des fonctions par lesquelles l'homme s'adapte à la réalité (si l'on suit par exemple, les constructions purement psychosomatiques). Nous sommes ici dans une relation objectale qui a affaire à la jouissance. Le symptôme somatique peut être considéré comme le signe matériel d'un cabrement. Il sature cet effet du réel. La contribution du corps, ici au symptôme, échappe ainsi à une représentation.

L'affect d'angoisse succédant à l'effet traumatique de l'irruption du symptôme somatique réel empêche le fantasme dans sa fonction originariaire : c'est-à-dire soutenir le désir face au trop de réel. Le sujet ne pouvant plus croire à l'objet même du fantasme, son effet est suspendu. C'est le propre de l'effet traumatique : la dépossession, le dévoilement, la déchirure et *in fine* le retranchement du sujet dans le pur réel.

Le symptôme somatique est d'une certaine manière un bégaiement du corps, qui empêche dans l'algèbre lacanien l'intervalle entre le signifiant s_1 et s_2 . Entre ces deux

signifiants qui sont le rythme binaire du langage, il n'y a plus de mouvement et le gel de la chaîne signifiante, sa prise en masse par le symptôme, a pour effet du côté du sujet qu'il s'holophrase.

Tout se passe comme si le symptôme somatique envoyait un message, toujours le même, une interjection, et qu'ainsi le corps holophrastique du sujet soit incorporé dans ce message. On est alors devant un corps débile qui ne peut produire qu'un seul message : déliaison des repères fondamentaux du sujet que sont « *je suis un corps* » et « *je suis un parlêtre* ». On peut donc lier le terme d'angoisse, *angst*, à cette notion de prise en masse de la chaîne signifiante dans l'inconscient holophrastique (Assoun, 2008).

Paul-Laurent Assoun, parlant de la faille somatique qui s'ouvre dans le corps (« *je ne me reconnais pas dans ce corps dont on me parle* ») au détriment d'une autre faille, elle, salutaire, propre au *parlêtre* et qui sépare deux signifiants, dit ceci: « *Elle livre le moi-corps tout ficelé, identifié à son message incorporé et d'ailleurs destiné à laisser sans voix celui qui le contemple* ».

Ainsi, on en vient à la notion que le symptôme somatique inconscient est une sorte de tatouage, image accolée au moi-corps inamovible, image dépourvue de signifiant empêchant la métaphorisation. Le fantasme est escamoté par la faille somatique, de même qu'est recouvert l'objet *a*¹⁷. Il y a donc un manque du manque, le corps parlant en lieu et place du sujet.

Nous concluons donc que le symptôme se substitue ici au langage impossible, et l'on peut admettre la conception ferenczienne d'un « *passage à l'acte sur organe* » (Ferenczi, 1934).

Nous concluons de cette analyse théorique que le symptôme se substitue au langage impossible parce qu'il vient défier le savoir du corps et c'est ce qui lui donne cette propriété traumatique. La vérité corporelle, contrairement aux images allégoriques n'est pas nue, elle est au contraire revêtue du corps qui est une notification de ce savoir inconscient.

¹⁷ Selon Lacan, objet cause du désir. Cet objet se crée dans cet espace, cette marge que la demande (c'est à dire le langage) ouvre au delà du besoin qui la motive. Il devient plus précieux au sujet que la satisfaction même de son besoin car il est la condition absolue de son existence en tant que sujet désirant.

RAPPEL DE L'HYPOTHESE

Nous rappelons donc ici en la résumant l'hypothèse de travail détaillée pages cinq et six et qui s'appuie sur le référentiel théorique que nous venons de développer :

- i. Le *dispositif d'annonce* est par essence un processus d'objectivation : il consiste en la création, préalable à la rencontre d'un patient, d'un environnement pensé avant le trauma de l'annonce du cancer, et adaptatif à la spécificité de chaque situation. Cependant, nous estimons que ce dispositif s'adresse au conscient et au préconscient du sujet mais que l'essentiel de ce qui advient dans le climat traumatique de l'annonce et l'angoisse qu'il génère se situe dans l'inconscient. L'angoisse, en tant qu'affect responsable putatif d'un auto-brisement de la parole rendrait impossible, selon nous, l'utilisation de la partie poétique de l'inconscient (*Tuchê*).
- ii. Les principes essentiels qui fondent le dispositif font appel à la capacité des soignants à convaincre (voire convertir) le patient à des choix jugés justes par l'équipe elle-même (ce qui n'est pas sans rappeler ce que Balint avait théorisé sous le vocable *de fonction apostolique*, en recommandant au praticien d'en faire un usage mesuré). Notre hypothèse est que le dispositif tient là le rôle d'une orthèse psychique : dans le processus d'internalisation du trauma, il accompagne la mise en jeu de processus de défense et constitue en cela une orthèse en tant qu'auxiliaire du *moi*. Le dispositif d'annonce serait selon notre hypothèse une orthèse plutôt qu'une prothèse puisqu'il s'agit d'aider la recomposition d'un *moi* clivé par le trauma et non pas d'une substitution subjective par définition impossible.
- iii. Le sujet est à la fois un corps et un *parlêtre*. Nous faisons l'hypothèse qu'il y a souvent au cours de l'annonce et dans l'après coup une position régressive durant laquelle l'effondrement du sujet renvoie à un effondrement antérieur, répétition possible de ce qui s'est joué au moment du refoulement originaire. Nous tenterons de montrer que la *capacité d'être seul* et la recréation (voire la création) d'une *aire transitionnelle* sont essentielles à la dynamique de subjectivation.

SECTION II : APPROCHE OBJECTIVANTE DU TRAUMA DE L'ANNONCE : UN ETAYAGE POSSIBLE DE L'HYPOTHESE DU MOT « CANCER » COMME PORTEUR DE TRAUMA

Dans cette section nous avons étudié les désordres de stress post-traumatique (névrose traumatique) et la qualité de vie en lien avec la santé chez les patients et chez l'autrui significatif faisant face à l'annonce d'un cancer du poumon.

Nous montrons que les cognitions de type intrusion sont les facteurs clés.

INTRODUCTION

Le stress post-traumatique et les désordres qu'il entraîne peuvent confiner à la névrose traumatique. Ces désordres sont communément désignés par la terminologie anglo-saxonne *post-traumatic stress disorder* (PTSD). Le PTSD est un phénomène couramment observé chez les patients devant faire face à un cancer (McBride, Clipp Peterson Lipkus et Demark-Wahnefried, 2000; McCaul, Branstetter, O'Donnell, Jacobson, et Quinlan, 1998). Les stigmates et les stéréotypes qui entourent le mot "cancer" sont prégnants du fait de la représentation sociale de la maladie; à preuve le fait que même le seul risque d'être un jour affecté par un cancer (comme c'est le cas des formes héréditaires de cancers du sein pour les femmes présentant une mutation BRACA1 ou une histoire familiale de cancer du sein ou de l'ovaire) entraîne le développement d'une réaction de stress et d'anxiété (Themes, Meiser et Hickie, 2001; Lloyd, Watson, Waites, Meyer, Eeles, Ebbs et Tylee, 1996). Les désordres de stress post-traumatique peuvent être mesurés en utilisant une échelle largement validée, intitulée *Impact of Event Scale* (échelle d'impact des événements) développée par Horowitz et collaborateurs (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979). Cet instrument a montré son efficacité pour mesurer les cognitions de type intrusion et évitement qui suivent un événement traumatique quel qu'en soit le type. En effet, cette échelle a fait l'objet d'applications dans de très larges domaines, allant de l'évaluation de névroses traumatiques suivant l'exposition à des scènes de guerre jusqu'aux désordres entraînés par l'annonce d'une maladie ou les suites d'un accident de voiture ou d'une agression sexuelle.

Dans un passé récent, plusieurs études ont utilisé l'échelle IES dans le but d'évaluer l'incidence des désordres de stress post-traumatique parmi différentes populations de patients atteints de cancer (Jacobsen et Holland, 1991; Norum et Witz, 1996; Kaasa, Malt, Hagen, Wist, Moum et Kvikstad, 1993). Cependant, peu de données sont actuellement accessibles dans les situations particulières de l'annonce d'un cancer du poumon. Le cancer du poumon est connu pour altérer rapidement la qualité de vie et nécessite généralement des traitements lourds (Gralla et Thatcher, 2004; Ostlund U, Wennman-Larsen, Persson, Gustavsson et Wengstrom, 2010). Ces conditions particulières expliquent l'implication intense de l'autrui significatif (épouse, enfant adulte, frère, etc.) jusqu'à modifier son mode de vie (Gaugler, Linder, Kararia, Tucker et Regine, 2008).

Les thérapies vulnérantes généralement utilisées entraînent l'implication quasi-quotidienne de l'autrui significatif dans la prise en charge au jour le jour, si bien que plusieurs publications ont suggéré qu'il (autrui) partage pratiquement la vie du patient atteint de cancer du poumon. La détresse psychologique qui affecte l'autrui significatif, et plus particulièrement l'épouse ou l'époux, est probablement sous-estimée.

Chez les patients atteints de cancer, il a été suggéré que l'anxiété et les réactions de stress pouvaient différer de façon significative en fonction de l'organe atteint (LoConte, Else-Quest, Eickhoff, Hyde et Schiller, 2008; Pujol, 2009). Le cancer bronchique serait, parmi l'ensemble des différentes localisations, affecté d'un des plus forts impacts en termes de stress et d'anxiété. L'annonce de ce cancer est un événement hautement traumatique si l'on tient compte des présuppositions sociales qui en font un cancer d'une part incurable et d'autre part auto-infligé (le tabagisme étant universellement reconnu comme le facteur principal de son étiologie [Chapple, Ziebland et McPherson, 2004]). Annoncer à un patient en présence d'un autre significatif qu'il est atteint d'un cancer du poumon, c'est énoncer dans la méta-communication ces caractéristiques supposées : incurabilité, auto-responsabilité du patient. Ainsi, l'incidence des réactions de stress post-traumatique qui suivent l'annonce du cancer bronchique pourrait être sous estimée et pourrait aussi affecter l'autrui significatif. Nous faisons ici l'hypothèse que les désordres de stress post-traumatique suivant l'annonce d'un cancer du poumon soient plus élevés qu'ils ne le sont au décours de l'annonce d'une maladie respiratoire bénigne invalidante, fut-elle une affection engageant la qualité de vie et le pronostic vital. Nous faisons également l'hypothèse que l'autrui significatif est à un risque égal de désordre réactionnel au stress post-traumatique que ne l'est le patient lui-même.

En conséquence, l'étude ci-dessous a été planifiée :

Afin de déterminer le niveau des désordres de stress post-traumatique au moyen de l'IES chez les patients pour lesquels un cancer du poumon a été annoncé pour la première fois;

pour détecter les niveaux d'intrusion et d'évitement, ainsi que le score global d'IES en comparaison avec un groupe de patients ayant appris qu'il souffrait d'un asthme chronique ou d'une broncho-pneumopathie obstructive;

pour comparer les désordres de stress post-traumatique chez les patients et l'autrui significatif présent lors de l'annonce, et donc faisant face au même moment au diagnostic de cancer du poumon;

enfin pour déterminer si l'IES est corrélée à la mesure de la qualité de vie en relation avec la santé.

2.1. Participants et méthode

2.1.1. Protocole de l'étude

C'est une étude prospective, non interventionnelle, de type enquête. Cette étude a été planifiée pour que 20 mn de temps des participants soient consacrées à compléter des outils validés comportant des données démographiques, des caractéristiques de la maladie et des échelles. Les sujets atteints de cancer et l'autrui significatif qui ont participé à cette étude étaient des sujets vus de manière consécutive durant une consultation d'oncologie médicale thoracique effectuée par l'un de nous (JLP).

Durant cette consultation, un cancer du poumon a été annoncé au patient en présence de l'autrui significatif. Par la suite, un délai d'au moins deux semaines a été respecté avant que les questionnaires soient auto-administrés. Pendant la période de cette étude, les patients qui ont consulté en raison d'un asthme chronique ou d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), et pour lesquels cette consultation était en fait planifiée avec ce même médecin (JLP) dans le site même de la consultation, ont aussi été invités à participer. Ces patients atteints de maladie respiratoire bénigne invalidante étaient vus consécutivement et recrutés quelle que soit la date à laquelle le diagnostic de leur maladie respiratoire obstructive bénigne avait été annoncé (cette date pouvait remonter à plus d'un an).

Les questionnaires utilisés ont été collectés par une assistante administrative, qui était en responsabilité de garantir l'anonymat des participants et de recueillir leur consentement éclairé ; elle dirigeait d'autre part la construction d'une base de données par une assistante de recherche clinique. La base de données a été gelée le 5 mars 2012. L'auto-

administration des questionnaires a été faite soit dans une salle calme du service d'oncologie thoracique, soit à domicile pour les participants qui préféraient ne pas répondre immédiatement. En aucun cas les patients n'ont fait l'objet d'une demande de répondre aux questionnaires en présence d'un médecin, d'une infirmière, ou d'une psychologue. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé, lequel indiquait l'objectif de la recherche et leur garantissait l'anonymat de l'évaluation des réponses.

2.1.2. Patients

Des patients des deux sexes, âgés de plus de 18 ans et vus consécutivement à la consultation pour un premier entretien à l'hôpital académique de Montpellier (département de consultations d'oncologie thoracique), ont été prospectivement inclus. Le critère d'inclusion principal était le fait qu'au cours de cette première consultation était annoncé au patient qu'il souffrait d'un cancer du poumon. Les autres critères d'éligibilité consistaient en : un cancer du poumon prouvé soit par l'histologie soit par la cytologie quel qu'en soit le stade et le sous-type histologique (ce pouvait être soit des cancers à petites cellules, soit des cancers non à petites cellules), un bon indice de performance (inférieur ou égal à 2 selon les critères de l'ECOG), une maîtrise du français écrit et parlé et l'absence d'un antécédent de maladie cancéreuse dans leur histoire (en dehors d'un cancer baso-cellulaire ou d'un cancer du col de l'utérus bien contrôlé).

2.1.3. Autrui significatifs

Nous définissons par le terme *autrui significatif* une personne entrant en interaction dans la vie psychique et matérielle du patient; très généralement il s'agit de l'épouse ou de l'époux, mais ce peut être aussi un enfant adulte du patient ou un de ses parents, ou un frère ou une sœur, voire un ami très proche. Quel que soit le statut administratif et social de l'autrui significatif par rapport au patient, ce qui compte est le fait qu'il s'agisse pour le patient d'une personne implicitement ou explicitement importante comme étayage psychologique/et vie quotidienne.

Pour l'autrui significatif, les critères d'éligibilité consistaient en un âge supérieur à 18 ans et une maîtrise du français écrit et parlé.

2.1.4. Groupe contrôle

Des patients souffrant d'asthme chronique ou de broncho-pneumopathie obstructive, vus consécutivement pendant la même période de l'étude dans l'unité de soins externes du département des maladies respiratoires de l'hôpital académique de Montpellier, ont été consécutivement inclus. Le choix de la BPCO comme groupe contrôle est validé par la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les patients qui en sont atteints (Ninot, 2011).

Les critères d'éligibilité consistaient en : un âge supérieur à 18 ans, une maîtrise du français écrit et parlé, une asthme chronique avec un score de GINA entre 3 et 4 ou une broncho-pneumopathie obstructive avec un score de GOLD supérieur ou égal à 2, des symptômes de dyspnée et des sifflements interférant avec l'activité et nécessitant un traitement quotidien, l'absence d'exacerbation au moment où le participant était vu, et l'absence dans l'histoire de la maladie d'un événement de type cancer quel qu'en soit le site.

2.1.5. Les questionnaires

Variabiles prédictives putatives testées : la démographie des participants et leur position sociale ont été enregistrées sur un questionnaire qui comportait pour les trois groupes les items suivants : le sexe, l'âge, le statut familial (célibataire, divorcé ou marié), les habitudes tabagiques (jamais fumeur, ancien fumeur, [au moins un an depuis l'arrêt du tabac] ou fumeur actif), le type d'emploi, le degré d'éducation, la connaissance du cancer (soit pour en être soi-même affecté, soit pour être le proche d'une personne affectée, soit aucune des deux situations ci-dessus, pour en avoir été informé ou non par les médias généraux).

L'échelle d'impact des événements (IES) a été élaborée pour évaluer les réactions de stress psychologique après n'importe quel événement majeur de la vie et, utilisée depuis trois décennies (Horowitz *et al.*, 1979; Koopman, Classen et Spiegel, 1994; Steinglass et Gerrity, 1990; Tibben, Duivenvoorden, Niermeier, Vegter-Van Der Vlis, Roos, Verhage, 1994), elle a été validée dans tous les types d'événements stressants y compris dans le cancer. Dans notre étude, l'IES a été ancrée à la date de l'événement c'est-à-dire la date de l'annonce du cancer en ce qui concerne les patients atteints de cancer et l'autrui significatif ou la date de diagnostic

de BPCO ou d'asthme pour le groupe contrôle. L'IES consiste en quinze items qui mesurent les ré-expériences de type intrusion du trauma (sept questions) et l'évitement des stimuli en relation avec le traumatisme (huit questions). Les participants sont invités pour chacune des quinze questions à rapporter la fréquence du symptôme décrit durant les sept jours derniers sur une échelle en quatre points : 0 indiquant pas du tout, 1 indiquant rarement, 3 indiquant parfois, 5 indiquant souvent.

En combinant ces quinze items, le score total d'IES est calculé pour chaque patient et peut prendre une valeur entre 0 et 75. L'échelle de type IES permet d'analyser séparément les sous-échelles d'intrusion et d'évitement construisant le score total (avec une valeur possible entre 0 à 35 et 0 à 40 respectivement).

Le questionnaire original a été utilisé dans la validation de sa version française. Le temps écoulé entre la date du traumatisme et la mesure de l'IES a été exprimé en semaines.

Global Health Questionnaire-28 : le GHQ-28 est une échelle de mesure générale de la détresse psychologique qui a été validée dans une très large variété de populations et dans des situations très différentes (Goldberg et Hillier, 1979). Un score moyen supérieur à 10 indique une détresse psychologique d'un niveau tel qu'elle justifierait une intervention psychologique. Le GHQ-28 comprend vingt-huit items, sept sont formulés sur un mode positif (*e.g. est-ce que vous vous sentez parfaitement bien et en bonne santé ?*) et vingt et une qui sont formulées sur un mode négatif (*e.g. Vous sentez-vous malade ?*). Pour la formulation positive, l'échelle en quatre points était 1 plus que d'habitude, 2 comme d'habitude, 3 moins que d'habitude, 4 beaucoup moins que d'habitude. Pour la formulation négative, les quatre points de l'échelle étaient 1 pas du tout, 2 pas plus que d'habitude, 3 un peu plus que d'habitude, 4 beaucoup plus que d'habitude. Suivant les publications originales du GHQ-28, le calcul du score global est effectué en assignant le score de 0 pour un choix de réponse 1 ou 2 et le score de 1 pour un choix de réponse 3 ou 4, item par item. Les quatre sous-échelles mesurées par le GHQ-28 sont : la dépression sévère, la dysfonction sociale, l'anxiété et l'insomnie, et la somatisation. Ces sous-échelles ont été calculées séparément puis groupées pour aboutir patient par patient, au score GHQ-28 total. Le questionnaire GHQ-28 original a été utilisé dans sa version française validée (Bolognini, Bettschart, Zehndergubler et Rossier, 1989).

2.1.6. Statistiques

Les comparaisons entre groupes ont été données de la manière suivante : la distribution des variables qualitatives (tels que le sexe, le type d'emploi, le degré d'éducation, etc.) entre les groupes a été comparée en utilisant le test de χ^2 . Quand les fréquences calculées dans les différentes données catégorielles de la table de contingence ne permettaient pas l'utilisation du test de χ^2 , le test exact de Fisher a été utilisé.

La normalité (gaussienne) des distributions des scores IES et GHQ-28 scores a été testés à l'aide du test non-paramétrique de Kolmogorov-Smirnov (K-S de test de l'égalité de distribution des probabilités d'une variable continue unidimensionnelle): En ce qui concerne les scores totaux de GHQ-28, dans chacune des trois populations testées, la valeur P était $> 0,10$, indiquant la normalité de la distribution. Par conséquent, les scores de GHQ-28 ont été exprimés en moyenne \pm un écart type; en ce qui concerne les scores totaux d'IES ainsi que les scores des sous-échelles, le test était significatif, rejetant ainsi l'hypothèse H_0 (et démontrant que les scores IES n'étaient pas distribués selon une loi gaussienne). Par conséquent, afin d'analyser la distribution des variables telles que les scores IES entre les groupes, les résultats ont été exprimés par la médiane, et la variation a été exprimée en interquartile [IR].

Les analyses statistiques se sont uniformément fondées sur des tests non paramétriques afin d'assurer la robustesse des résultats : la différence entre deux groupes indépendants a été déterminée en utilisant le test de Mann et Whitney ; la différence entre plus de deux groupes est déterminée par l'analyse de variance à une voie de Kruskal-Wallis. Un groupe supplémentaire, dit groupe des participants faisant face à un cancer du poumon, a été constitué en regroupant les patients atteints de cancer du poumon et leur autrui significatif. Cette analyse a été faite afin de donner plus de puissance aux analyses successives après avoir démontré que les deux sous-groupes (patients atteints de cancer et autrui significatif) étaient indistinctement affectés par de haut score d'IES (voir les résultats).

Afin de déterminer la relation sensibilité-spécificité du score total d'IES, mais aussi des scores de la sous-échelle d'intrusion et de la sous échelle d'évitement, et pour vérifier la pertinence de cette échelle et de ces deux sous-échelles dans la détection des désordres de stress post-traumatique suite à l'annonce d'un cancer, des courbes ROC (*receiver operating*

characteristics) ont été construites. La sensibilité a été considérée comme le taux de vrais positifs (c'est-à-dire score d'IES élevé ou un sous-score d'IES élevé) chez les personnes faisant face à un cancer du poumon et la spécificité a été considérée comme le taux de vrais négatifs (un score d'IES bas ou un sous-score d'IES bas) pour les patients qui souffrent d'un asthme chronique ou d'une BPCO.

Les aires sous les différentes courbes ROC ont été calculées. Un test Z bilatéral a été appliqué pour comparer les courbes ROC à la droite de non information. Des index de Youden (sensibilité + spécificité-1) pour chacune des valeurs de seuil, ont été générés en utilisant une transformation de type Box-Cox des scores d'IES (score total et score des sous-échelles d'évitement et d'intrusion).

La corrélation entre les scores du GHQ-28 et les scores de l'IES a été testée de la manière suivante : des nuages de points ont été construits, utilisant le score total d'IES en abscisse et le score du GHQ-28 en ordonnée puis, de la même manière, en utilisant le score d'intrusion d'IES et le score d'évitement d'IES en ordonné. Le coefficient de corrélation a été effectué avec un test de rang (Spearman).

La fiabilité interne de l'IES a été testée à la fois sur la valeur totale de l'IES mais aussi sur les sous-échelles d'intrusion et d'évitement pour l'ensemble des participants. Les coefficients de corrélation pour chaque item et le résultat du coefficient α de Cronbach pour l'intrusion, pour l'évitement, et pour l'échelle totale ont été calculés.

Une valeur de P inférieure à 0,05 a été considérée comme significative. Les calculs ont été effectués avec le logiciel statistique SAS (version 9.2, Copyright (c) 2002-2008 par SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

2.2 Présentation des résultats

2.2.1. Description des trois groupes, démographie et caractéristiques

De juillet 2011 à mars 2012, un total de 95 participants ont été inclus dans cette étude non interventionnelle. Parmi eux, dix-neuf (20 %) ont retiré leur consentement

de participation (cinq dans le groupe contrôle, dix dans le groupe des patients atteints de cancer, quatre dans le groupe autrui significatif).

L'étude ainsi présentée décrit l'analyse des soixante-seize participants restant : quarante et un patients atteints de cancer du poumon, seize autrui significatifs, et dix-neuf patients atteints d'asthme chronique ou de BPCO.

La connaissance du cancer du point de vue des participants différait de manière significative et ceci, bien évidemment, en raison de la définition même des groupes (c'est-à-dire que la plupart des participants dans le groupe autrui significatif ont naturellement répondu qu'ils avaient une connaissance du cancer pour être le proche d'un patient atteint de cancer).

Cependant, 25 % des patients atteints de cancer du poumon ne considéraient pas que leur connaissance du cancer soit une conséquence de leur expérience personnelle. De plus, 12 % des participants dans le groupe autrui significatif avaient répondu que leur connaissance du cancer ne venait ni d'une expérience personnelle ni de l'expérience d'une personne proche d'eux, bien qu'ils aient assisté à la consultation d'annonce d'un cancer du poumon. Ceci pourrait suggérer un mécanisme de coping négatif, ou un déni de l'expérience actuelle. Les habitudes tabagiques différaient significativement selon les groupes, si bien que la fréquence de fumeurs actifs dans le groupe contrôle (BPCO) était plus faible que dans les deux autres groupes. Les autres variables testées ne différaient pas significativement au travers des trois différents groupes, en particulier la sous-échelle de somatisation du GHQ-28 détectait des niveaux comparables de cette dimension parmi les patients atteints d'un cancer du poumon et les patients avec une BPCO suggérant que les groupes ne différaient pas réellement en termes de poids des symptômes physiques.

Le temps écoulé médian [interquartile] depuis l'annonce du cancer en semaine était de 16.0 [7.9 – 63.9] et 10.6 [5.8 – 44.6] pour les patients avec un cancer du poumon et le groupe autrui significatif respectivement.

Il y avait cinq données manquantes parmi les 76 questionnaires IES (0,04% de données manquantes) et quatre sous-échelles manquantes parmi les 76 questionnaires GHQ-28 (1,32% de données manquantes).

Table 1 : démographie des participants et position sociale

	patients n (%)	Autrui significatifs n (%)	Groupe contrôle n (%)	Personnes faisant face au cancer* n (%)	<i>P</i> †
N	41	16	19	57	
Age (médian)	59	60.5	57	59	0.54
Femme	18 (43.90)	12 (75.00)	9 (47.37)	30 (52.63)	0.69
Statut marital					0.39
Célibataire	4 (9.76)	.	3 (15.79)	4 (7.02)	
Séparé	6 (14.63)	.	3 (15.79)	6 (10.53)	
En couple	31 (75.61)	16 (100)	13 (68.42)	47 (82.46)	
Emploi					0.39
Actif	15 (36.59)	5 (31.25)	9 (47.37)	20 (35.09)	
Retraité	18 (43.90)	8 (50.00)	10 (52.63)	26 (45.61)	
Chômeur	7 (17.07)	3 (18.75)	.	10 (17.54)	
Donnée manquante	1 (2.44)	.	.	1 (1.75)	
Connaissance du cancer					0.004
Expérience personnelle	31 (75.61)	1 (6.25)	3 (15.79)**	32 (56.14)	
Un de mes proches affecté	8 (19.51)	13 (81.25)	11 (57.89)	21 (36.84)	
Aucune des deux situations	2 (4.88)	2 (12.50)	5 (26.32)	4 (7.02)	
Habitude tabagique					0.004
Jamais fumeur	3 (7.32)	6 (37.50)	10 (52.63)	9 (15.79)	
Ancien fumeur	30 (73.17)	5 (31.25)	8 (42.11)	35 (61.40)	
Fumeur actif	8 (19.51)	5 (31.25)	1 (5.26)	13 (22.81)	
Degré d'éducation					0.18
Bachelier ou moins	24 (58.54)	6 (37.50)	8 (42.11)	30 (52.63)	
Maitrise ou supérieur	16 (39.02)	10 (62.50)	11 (57.89)	26 (45.61)	
Donnée manquante	1 (2.44)	.	.	1 (1.75)	
GHQ-28 somatisation (Médian)	3	2	2	2	0.79

† Comparaisons statistiques entre les trois groupes: Mann and Whitney U test pour l'âge; comparaisons par test du χ^2 tests pour toutes les autres variables.

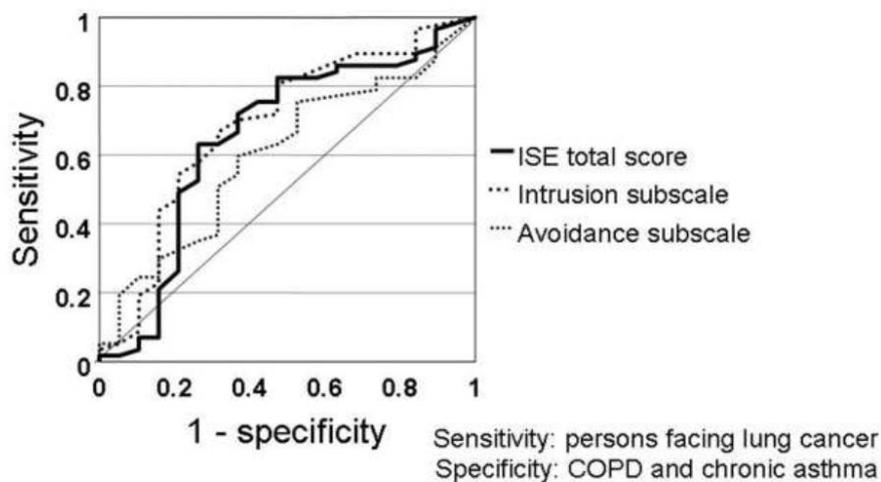
*regroupement des groupes patients et autrui significatifs

**violation du protocole

2.2.2. Relation sensibilité-spécificité de l'échelle d'impact de l'événement pour les personnes faisant face au cancer

La spécificité a donc été calculée en utilisant le résultat des scores d'IES dans le groupe contrôle et la sensibilité a été mesurée dans le groupe regroupant les personnes faisant face à un cancer (patient atteint de cancer et autrui significatif). Les aires sous les courbes ROC (intervalle de confiance à 95 %) et les statistiques Z étaient de 0.65 [0.52 – 0.79], $P = 0.04$; 0.69 [0.56 – 0.81], $P = 0.01$; and 0.60 [0.46 – 0.74], $P = 0.18$ pour le score d'IES total, le score de la sous-échelle d'intrusion, et le score de la sous-échelle d'évitement de l'IES respectivement. Ainsi, le score d'IES total et la sous-échelle d'intrusion du score d'IES démontraient des aires sous la courbe statistiquement significativement différentes de la droite de non information tandis que le score de la sous-échelle d'évitement de l'IES n'en différait pas significativement. Selon les indices de Youden, le meilleur seuil peut être affirmé à 35 pour le score total d'IES, ce qui résultait en un indice maximum de 0,28 et donnait une sensibilité de 49 % et une spécificité de 79 %. Ce seuil est en accord avec la littérature récente considérant qu'un score total d'IES de 35 ou plus caractérise une réponse de stress majeur après un événement traumatisant (Sundin et Horowitz, 2003).

Fig. 1. Courbes R.O.C. Relation sensibilité spécificité de l'IES

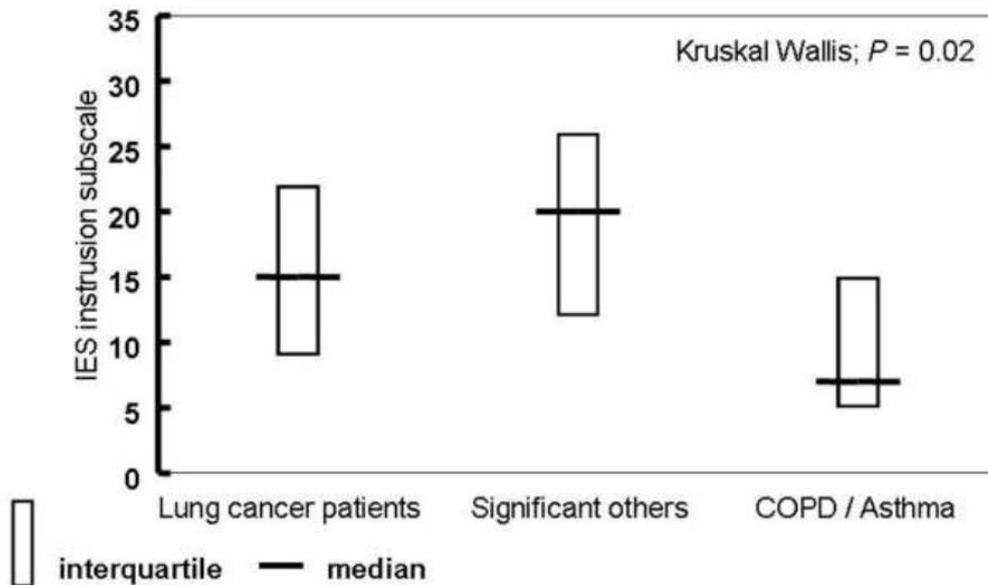


2.2.3. Distribution de la valeur de l'IES selon les groupes et les variables démographiques

En prenant en compte la valeur de seuil de 35 comme précédemment déterminé, le groupe associant les patients atteints d'un cancer du poumon et leur autrui significatif, avait une fréquence de score total d'IES statistiquement supérieure au groupe des patients atteints de BPCO ou d'asthme (49 % vs 21 % ; χ^2 test, $P = 0.04$; 1 degré de liberté).

Le score de la sous échelle d'intrusion de l'IES différait significativement au travers de l'ensemble des groupes étant donné que les valeurs médianes et leurs interquartiles les plus élevés étaient observés pour le groupe "autrui significatif" et les valeurs les plus faibles étaient observées dans le groupe contrôle (20 [12 -26]; 15 [9 – 22]; 7 [5 – 15] pour le groupe "autrui significatif", patients atteints de cancer du poumon et groupe contrôle respectivement ; Kruskal-Wallis, $P = 0.02$; fig. 2a).

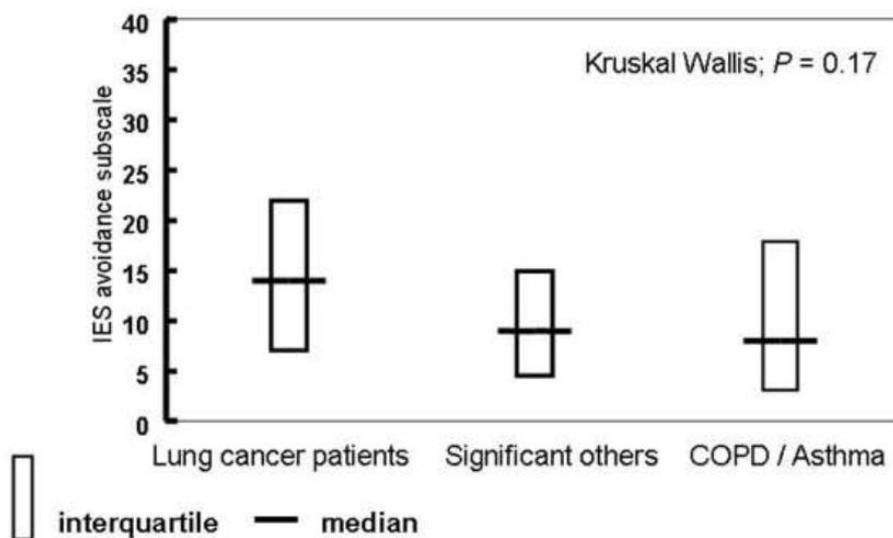
Fig. 2a. Distribution de la sous-échelle d'intrusion en fonction du groupe



Le score de la sous-échelle intrusion de l'IES était statistiquement significativement plus bas dans le dernier groupe (c'est-à-dire celui des patients atteints de bronchite chronique) en comparaison avec soit le groupe des patients atteints de cancer du poumon (Mann et Whitney, $P=0.04$) soit le groupe autrui significatif (Mann-Whitney, $P=0.01$). Le score de la sous-échelle intrusion de l'IES dans le groupe autrui significatif était supérieur à celui observé dans le groupe des malades atteints de cancer du poumon, bien que la différence n'atteigne pas le critère de signification statistique (Mann-Whitney, $P=0.14$).

Le score de la sous-échelle d'évitement de l'IES ne différait pas significativement au travers des différents groupes avec des valeurs médianes (interquartile) égales à 9 [4.5 – 15]; 14 [7 -22]; 8 [3 – 18] pour l'autrui significatif, les patients avec un cancer du poumon et le groupe contrôle respectivement (Kruskal-Wallis $P = 0.17$ fig. 2b).

Fig. 2b. Distribution de la sous-échelle d'évitement en fonction du groupe



2.2.4 Relation entre le score d'IES et le score de GHQ-28

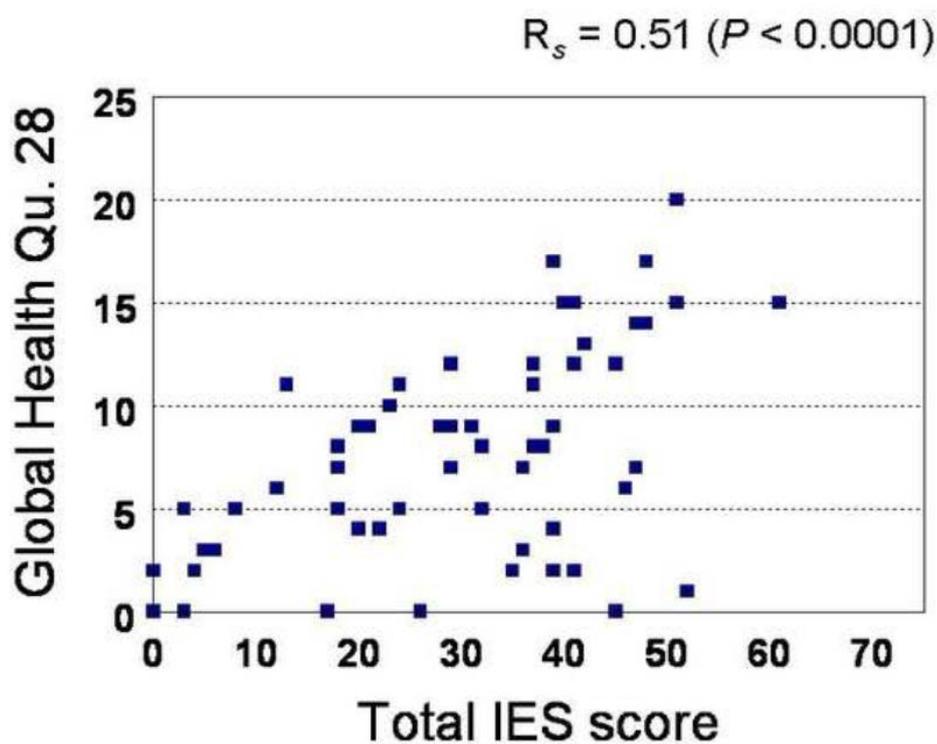
Le score total de GHQ-28 ne différait pas significativement au travers des différents groupes avec des valeurs moyennes plus ou moins un écart-type : 8.13 ± 4.94 ,

7.59 ± 5.18 et 7.05 ± 5.03 pour le groupe autrui significatif, le groupe des patients avec un cancer du poumon et le groupe contrôle respectivement (Kruskal-Wallis $P = 0.77$).

Les quatre sous-échelles du questionnaire GHQ-28 ne différaient pas significativement au travers des différents groupes.

Pour le groupe des personnes faisant face à un cancer du poumon, il y avait une relation statistiquement significative entre le score d'IES total et le score de GHQ-28 total avec un coefficient $R_s = 0.51$ ($P < 0.0001$; Fig. 3) ; (tête de rang de Spearman).

Fig. 3. Corrélation du GHQ 28 et du score d'IES



2.2.5. Validation interne

Sur la table 2, ont été indiqués les coefficients de corrélation totaux par item du test α de Cronbach. Les coefficients de validation interne prouvaient qu'ils étaient uniformément élevés en analysant chacun des items pour des sous-échelles de l'IES et pour le score total d'IES dans l'ensemble de la population (personnes faisant face à un cancer et patients atteints d'asthme ou de BPCO). La valeur du coefficient α de Cronbach était 0.88, 0.90 et 0.81 pour le score total d'IES, le score de la sous-échelle d'intrusion, et le score de la sous-échelle d'évitement respectivement.

Chaque sous échelle était homogène avec des corrélations satisfaisantes entre chaque item et les scores totaux de sous-échelles.

Table 2: coefficients de corrélation totaux par item du test α de Cronbach pour les sous-échelles d'intrusion et d'évitement et pour le score total

Item	corrélation coefficient par item	Cronbach's α
Items d'intrusion		
1	0.71	0.88
4	0.68	0.88
5	0.78	0.87
6	0.57	0.89
10	0.81	0.87
11	0.62	0.89
14	0.72	0.88
Cronbach's α pour l'échelle d'intrusion = 0.90		
Items d'évitement		
2	0.40	0.81
3	0.58	0.78
7	0.46	0.80
8	0.34	0.82
9	0.55	0.79
12	0.71	0.77
13	0.68	0.77
15	0.52	0.79
Cronbach's α pour l'échelle d'évitement = 0.81		
Horowitz total		
Cronbach's α pour l'ensemble de l'échelle = 0.88		

2.3. Analyse des résultats et ouverture sur l'étude clinique

Nous souhaiterions ici discuter de trois aspects qui nous paraissent importants pour tout clinicien ayant projet de prendre en charge un cancer du poumon, non seulement sur le plan de son traitement iatrique mais également sur sa prise en charge psychologique.

(i) Les désordres post-traumatiques succédant à l'annonce d'un cancer du poumon sont extrêmement élevés, (ii) le proche significatif est affecté de manière conséquente, (iii) ce sont essentiellement des réactions de stress de type ré-expériences intrusives (effraction psychologique) qui dominent et expliquent les valeurs élevées d'IES observées dans cette étude.

Nous avons donc observé dans cette étude qu'une valeur d'IES supérieure ou égale à 35 est très fréquente et affecte la moitié des patients atteints de cancer. Cela n'est pas pour nous surprendre. Plusieurs études ont souligné que les patients atteints de cancer du poumon étaient l'objet d'un stigmatisme beaucoup plus fort que ne le sont la plupart des autres localisations cancéreuses (Bell, Salmon, Bowers, Bell, McCullough, 2010; Burris, 2006). Ceci tient à la présupposition généralisée que le cancer du poumon est une affection auto-infligée constamment en relation avec le tabagisme, même s'il s'agit là d'une représentation sociale déconnectée de la réalité scientifique. En effet, nous avons vu dans les deux dernières décennies émerger une proportion significative de patients développant un cancer du poumon sans aucun tabagisme. Ces derniers, selon les études qualitatives psychologiques les mieux conduites, souffrent des mêmes stéréotypes et des mêmes stigmates et doivent constamment se défendre à chaque consultation ou à chaque rencontre sociale, de n'avoir aucune responsabilité dans la maladie qui les affecte (Chapple A *et al*, 2004).

Dans un article de LoConte *et al*, paru en 2008, un groupe de patients atteints de cancer bronchique non à petites cellules a été comparé à un groupe de patients atteints soit de cancer du sein, soit de cancer de la prostate. Cette étude est intéressante car les représentations sociales de ces maladies sont totalement distinctes. Les patients atteints de cancer de la prostate comme les patientes atteintes de cancer du sein, ne sont généralement pas considérés comme

responsables de leur maladie. De plus, la représentation sociale de ces maladies n'entretient pas un lien aussi étroit avec un pronostic péjoratif. Cet auteur a démontré que les patients atteints de cancer non à petites cellules avaient des taux élevés de perception d'un stigmate en lien avec le cancer et, de toute façon, beaucoup plus élevés que les patients atteints de cancer de la prostate ou du sein. Leur statut tabagique était significativement corrélé avec des taux élevés de sentiment de culpabilité et de honte (Bell *et al.*, 2010). Dans un article classique (cité plus haut), Sundin et Horowitz ont fait une méta-analyse de l'utilisation de l'IES sur une période de deux décades. Ils ont démontré qu'il était possible de hiérarchiser les événements par type. Pour ces auteurs, le groupe des sujets qui ont fait face à une maladie ou à une blessure fait généralement partie des niveaux hiérarchiques inférieurs et ce pourrait être dans notre étude le cas des patients atteints de BPCO.

Que l'annonce d'une BPCO, pathologie lourdement invalidante particulièrement au stade de GOLD 2 ou plus, tel que défini ici par les critères d'éligibilité, soit reliée aux scores décrits par Horowitz comme significatifs et se classe dans le groupe des maladies ou blessures est congruent. Fait beaucoup plus surprenant, l'annonce d'un cancer du poumon est pour le sujet qui reçoit cette annonce, un événement traumatique dont les conséquences en termes de stress post-traumatiques se situent dans les valeurs rapportées par Horowitz comme affectant des personnes ayant survécu à des scènes de guerre (Sundin et Horowitz, 2003). La réalité de ces désordres de stress post-traumatiques est attestée par la congruence interne de l'ensemble des items de l'échelle IES et de ses deux sous-échelles et par la corrélation de l'IES et de l'échelle de qualité de vie GHQ-28 (Haagsma, Polinder, Olf, Toet, Bonsel et Van Beeck, 2012).

Une littérature de plus en plus dense rapporte que le vécu et la détresse psychologique de l'autrui significatif d'un proche atteint de cancer sont sous estimés (Ostlund U *et al.*, 2010). Ce qui fait la spécificité de la situation de l'autrui significatif de patients atteints de cancer du poumon tient aux caractéristiques particulières à la maladie elle-même. L'autrui significatif est tout autant que le patient envahi par les représentations sociales de la maladie. En effet, les figures composant cette représentation, tant celle apparentée à la notion d'incurabilité qu'à celle du caractère auto-infligé, sont prégnantes. L'autre spécificité tient à l'important poids symptomatique de la maladie. Gralla et Thatcher ont souligné que plus de 80 % des patients atteints de cancer du poumon sont affectés d'au moins trois symptômes (parmi lesquels les plus fréquents sont la douleur, la dyspnée et la fatigue [Gralla et Thatcher, 2004; Gralla, 2012]).

Ceci explique la perte fonctionnelle rapide des patients atteints de cancer du poumon et c'est cette perte fonctionnelle, augmentée du poids des traitements qui pourrait expliquer l'affect que nous observons dans cette étude chez l'autrui significatif. Pris entre les représentations sociales de la maladie et le poids de la réalité de sa prise en charge, l'autrui significatif a un espace d'expression restreint au cours ou au décours de l'annonce.

Notre étude suggère que le traumatisme est, en termes d'impact sur le score d'IES total comme sur celui de la sous échelle d'intrusion, aussi importante que pour le malade. Là aussi, la congruence interne des items de l'échelle comme la corrélation avec le score global de GHQ-28 atteste de la réalité de l'observation (Ganz, Lee et Siau, 1991 : Dancey, Osoba, Whitehead, Lu, Kaizer, Latreille et Pater, 1997). Or le GHQ-28 est pour l'essentiel un outil mesurant la qualité de vie en lien avec la santé. Si bien qu'il n'est pas spéculatif de proposer que le trauma de l'annonce pèse autant (et peut être numériquement plus) sur le vécu de l'autrui significatif que sur le vécu du patient.

Le fait que les échelles de somatisation ne diffèrent pas de l'échelle GHQ-28, atteste d'une co-expérience de l'annonce pour le patient comme pour le proche.

Les ré-expériences de type intrusion sont beaucoup plus marquées que ne le sont les cognitions de type évitement dans la situation très particulière du traumatisme de l'annonce du cancer du poumon. Nous émettons l'hypothèse que les comportements de type évitement soient parallèlement inhibés du fait des circonstances mêmes qui suivent le diagnostic et l'annonce. En effet, la majorité des patients vus était ensuite l'objet d'une prise en charge thérapeutique et certains de façon itérative par chimiothérapie. Les séjours répétitifs ne créent pas les conditions favorables à des cognitions de type évitement.

Mais si les ré-expériences de type intrusion sont aussi élevées pouvant même atteindre les scores maximum de 35, c'est qu'il y a une effraction particulièrement intense au moment de l'annonce.

Nous pensons que la vision anthropomorphique de la maladie cancéreuse, telle qu'elle a été remarquablement expliquée par Susan Sontag, est à même de représenter l'effraction. Vécu comme un être en tant qu'être, le cancer bronchique est paradigmatique d'une forme ontologique de la maladie cancer. C'est cette effraction psychique qui va déterminer le niveau

de ré-expérience de type intrusion, la détérioration de la qualité de vie n'en est que la conséquence et non la cause.

Une intervention psychologique devrait être envisagée chez tout patient présentant un score d'Horowitz supérieur à 35 ou une échelle d'intrusion élevée et cette même intervention devrait être proposée à l'autrui significatif.

SECTION III : ANALYSE QUALITATIVE DES PRINCIPALES UNITES SIGNIFIANTES ET LEUR REGROUPEMENT THEMATIQUE

Dans la section précédente nous avons pu vérifier la réalité du trauma de l'annonce du cancer. La co-expérience qu'en font le sujet et l'autrui significatif qui l'accompagne lors de l'annonce démontre l'écart entre les deux mondes que sont celui la santé vécue en tant que clinique d'un corps en souffrance et représentation de la maladie. La prééminence statistiquement significative des ré-expériences intrusives, la relative impossibilité de comportement d'évitement, et surtout l'impact du trauma sur la qualité de vie du sujet et du proche légitime la qualification de l'annonce du cancer comme climat traumatique. Elle est prototypique d'un moment d'émergence d'affect d'angoisse.

Dans la section III nous approcherons la question du trauma par la clinique, dans la subversion du sujet et la dialectique du désir. Il nous semble aussi important d'étudier qualitativement les interactions du sujet et des systèmes de soins : « *La santé n'est pas un objet extérieur, stable et répondant à une définition médicale, mais elle s'inscrit dans un travail psychique d'équilibration tout au long de la vie dans lequel l'intentionnalité et le sens de la maladie pour un sujet prennent une place prépondérante. La plainte et ses fonctions deviennent des modes de communication du sujet dans un monde bouleversé par la maladie* ». (Santiago-Delefosse, 2002). Nous prétendons que les démarches quantitatives et qualitatives sont toutes deux nécessaires mais ne s'équivalent pas ayant chacune leur efficacité, celle d'une relation de la forme au contenu dans le climat traumatique de l'annonce.

INTRODUCTION

Dans la section théorique de notre thèse (section 1) nous avons développé la problématique de l'annonce du cancer en la définissant comme le prototype d'un climat traumatique. La section qui précède nous semble démontrer la réalité de ce climat puisque l'annonce de cette affection la situe très haut dans la hiérarchie des événements traumatiques (section 2). La mesure du PTSD tel que nous l'avons objectivé et sa corrélation à la qualité de vie du sujet nous autorisent à dépasser le stade objectivant pour analyser les différentes unités signifiantes qui émergent du discours du patient et de son autrui significatif.

Notre principal repère est l'affect d'angoisse ainsi que le langage qui peut lui servir d'issue. Le lecteur est ici en droit d'objecter que, selon la définition freudienne, l'angoisse ne permet au sujet comme seule issue qu'une décharge motrice (Freud, 1926). Elle est perçue en tant que phénoménologie somatique. Ne pouvant être symbolisée par les mots, elle revient vers le *moi* de la même façon somatique (serrement de gorge, sentiment de rétrécissement de l'espace et suspension du temps). L'angoisse se différencie donc très clairement de la dépression car cette dernière annule tout désir, alors que la première est résistance au désir inconscient (Assoun, 2008). Elle est perçue dans le corps, elle ne peut être parlée et est seulement éprouvée. Ainsi, quand l'angoisse a totalement envahi le *moi*, la seule solution restante est le clivage.

Ce qui rend l'annonce du cancer angoissante, c'est l'impossibilité de la tâche face à laquelle le sujet se trouve soudain confronté : le face à face avec le désir de l'Autre absolument énigmatique, censuré, du *surmoïque* (conscience de culpabilité) ; c'est donc une situation à la fois fascinante et obsédante, ce qui renvoie à la 2^{ème} topique freudienne, les deux instances *moi* et *surmoi* connotées de la conscience de culpabilité et de la culpabilité inconsciente : en filigrane, il y a l'au-delà du principe de plaisir, la compulsion de répétition qui instaure une discontinuité (Freud, 1920).

L'angoisse, lors de l'annonce du cancer, est d'abord événement dans le corps et même avènement du corps trouvant dans le réel extérieur son effet (corrélat de l'angoisse liée à la mobilisation pulsionnelle rencontrant le mot "cancer"). Cette angoisse pose en retour la question de l'objet et s'articule à l'objet du fantasme. Pris entre une palpitation morbide du désir de l'Autre qu'il ne peut comprendre et la censure surmoïque, le sujet subit l'angoisse de façon

somatique là où le langage s'interrompt faute de ne pouvoir lier le cancer à une représentation symbolique (Lacan, 1962-1963). Il s'agit d'une tenaille psychique, le sujet étant pris entre le dedans du corps somatique et le dehors créateur de phobies, notamment la cancérophobie. Le persécuteur externe (représentations terrifiantes issues du fond culturel du savoir profane relatif au cancer) auquel fait écho l'instance surmoïque, rencontre dans cette forme de phobie le persécuteur interne que constitue l'hypochondrie (en lien avec l'amour du *moi* [Freud, 1915]).

En tant que « *éprouvée* », l'angoisse du cancer est un facteur de dé-liaison dans la mesure où la représentation du mot « *cancer* » n'a pas de relation symbolique avec une représentation d'objet. C'est pourquoi les représentations du cancer sont des abstractions de représentation. Elles mettent en jeu le délié du refoulement dans l'instance plaisir-déplaisir, la décharge motrice, et la perception des propres actions motrices par le sujet.

Ce sont précisément ces phénomènes surgissant entre symptôme de corps et langage traumatique que nous tenterons ici d'analyser systématiquement en faisant référence au *verbatim* recueilli auprès des malades et de l'autrui significatif dans les suites du trauma.

3.1.Méthodologie

3.1.1. Choix des dyades patient – autrui significatif

Le choix des dyades patient-proche a été effectué de manière prospective. Les consultations de ces dyades ont été consécutives; elles étaient reçues au CHU de Montpellier, dans le secteur de consultation d'oncologie thoracique. Elles sont constituées de patients primo consultants, c'est-à-dire venant pour un premier entretien qui devait déboucher sur l'annonce d'un cancer. La coprésence, au moment de cette première consultation, de la psychologue et du médecin, du patient et de l'autrui significatif (Mérel et Pujol, 2012 sous presse), définissait les critères d'éligibilité de la dyade.

3.1.2. Conduite des entretiens semi-directifs

Les entretiens ont été effectués dans l'après-coup de l'annonce, le sujet (le patient ou l'autrui significatif) était consentant pour cet entretien et, dans un certain nombre de cas, demandeur. Il était informé de la présente recherche et consentant oralement pour y participer. L'entretien s'est déroulé en milieu hospitalier, au calme, sans interférence de soins concomitants. La pièce dans laquelle l'entretien a été effectué n'était pas dédiée: il s'agissait soit de la chambre du patient à un moment calme, soit d'un bureau (bureau du cadre de santé, pièce de consultation, tout autre pièce dans laquelle le patient ou son proche pouvait bénéficier d'une relative quiétude).

Les entretiens étaient de type semi-directif. Lorsque le sujet approchait la question du traumatisme, de la causalité du cancer, de la relation avec le proche ou avec le médecin et de l'interférence que la maladie constituait, un soin particulier était apporté par la psychologue pour relancer la dialectique afin d'ouvrir la possibilité d'un approfondissement.

3.1.3. Transcription des entretiens

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un magnétophone numérique (audioM3). L'autorisation verbale de "lancer" l'enregistrement était demandée au début de l'entretien. L'utilisation d'un micro d'ambiance multidirectionnel permettait de positionner l'appareil latéralement, de telle manière qu'il ne s'interpose pas entre la psychologue et le sujet et minimise le biais que constitue l'enregistrement de l'entretien.

3.1.4. Méthodologie d'analyse par expertises.

Deux types d'expertises ont été réalisés sur les verbatim des enregistrements retranscrits sur format papier : une première analyse interne est effectuée par le médecin-investigateur, la psychologue et le psychiatre de supervision du service au cours de séances hebdomadaires. L'analyse des verbatim était contextualisée, c'est-à-dire en connaissance de la situation médicale du sujet, des symptômes somatiques, du contexte familial, d'une éventuelle anamnèse traumatique. Cette méthodologie a permis de dégager un certain nombre d'unités signifiantes regroupées en registres ou "clusters" thématiques. Des regroupements de ces registres ont été effectués afin de définir des groupes supra-thématiques et d'obtenir ensuite des thèmes émergents interconnectés.

Les regroupements thématiques et connexions effectuées ont été ensuite soumis à l'analyse de trois universitaires en psychopathologie (IB, ML, CGBD).

3.2. Recueil des résultats

Nous rapportons ici les résultats de l'analyse de verbatim de 37 dyades sur une période de deux ans et demi. Seules les thématiques émergeant avec régularité ont été retenues. Les regroupements thématiques ont été organisés selon la liste de registres supra-thématiques présentés ci-dessous :

- Traumatisme de l'annonce en tant que réminiscence d'un antécédent traumatique antérieur ou concomitant
- Relation au temps – temporalité – présentéisme
- Rationalisation
- Toute puissance magique de la pensée : pensée propre du sujet, pensée du soignant. Sur ce deuxième aspect, émergence d'une deuxième thématique du "médecin inventeur" de la maladie.
- Culpabilité inconsciente et conscience de culpabilité
- Théorie anthropomorphique : le cancer en tant qu'intrus (intrus, inquiétante étrangeté)
- Théorie de l'homme dénaturé (l'homme malade de la société et des modes de vie qu'elle induit).
- Manifestations somatiques en tant qu'avènement de réel du corps – symptôme de corps.

3.2.1. Traumatisme de l'annonce en tant que réminiscence d'un antécédent traumatique antérieur ou concomitant

Les événements traumatiques antérieurs peuvent se regrouper en deux registres :

- Ceux restés conscients ou préconscients et rappelés sciemment par le sujet dans la discussion. Le patient peut lier la survenue de son cancer à un événement traumatique contemporain, et/ou revivre inconsciemment un événement traumatique de l'enfance.

Deux exemples de ce type :

Exemple 1a: Monsieur N évoque le cambriolage dont son épouse et lui-même ont été victimes et suggère qu'il ait pu constituer un événement suffisamment traumatisant pour induire une maladie somatique.

Exemple 1b: L'institutionnalisation de la mère de madame V est évoquée comme facteur déclenchant d'un cancer chez sa fille.

- D'autres événements doivent être recherchés car le sujet ne fait pas le lien conscient avec le trauma de l'annonce, voire le rattache à un souvenir qui s'interpose (souvenir-écran bien que l'on ne soit pas ici dans l'acception freudienne de la terminologie, le souvenir-écran empêchant théoriquement l'accès à l'événement traumatique antérieur refoulé). Ainsi, l'anamnèse fait parfois ressortir des événements de la première enfance qui pourraient être considérés comme hautement traumatisants.
- *Exemple 1c: Françoise souffre d'un cancer du poumon et depuis plusieurs mois elle est suivie dans le service. La dynamique de la maladie dont les signes cliniques s'enrichissent, gêne la patiente dans ses fonctions sociales. Elle exprime ouvertement une rupture entraînant une exclusion de ce qui était sa vie récente. Or, dans sa première enfance il y eut un événement particulièrement marquant. Son père et sa mère atteints de tuberculose étaient en sanatorium. Elle était la benjamine d'une fratrie de cinq. Ses deux premiers frères furent placés chez les grands-parents paternels, durant le long séjour sanatorial des parents. Les deux suivants, chez les grands-parents maternels. Comme aucun des deux grands-parents ne voulait d'un troisième enfant à charge, elle, la benjamine, fut placée en nourrice. Françoise n'évoque pas spontanément ce souvenir mais par contre elle associe la représentation de son exclusion actuelle à un accident de voiture survenu quelques années seulement avant la découverte du cancer: elle fût physiquement éjectée du véhicule, comme elle se dit aujourd'hui "éjectée" de sa trajectoire de vie du fait du cancer.*

3.2.2. Relation au temps – temporalité - présentisme

Le temps du patient n'est pas un temps chronologique (Lacan, 1945). Les événements antérieurs sont utilisés non pas comme repères temporels mais comme étiologie de la situation présente (Derzelle, 2003).

Exemple 2a

Monsieur N, évoque l'antécédent de tératome mature de son épouse, survenu près d'une décennie avant le cancer du poumon. Cette tumeur bénigne avait été traitée définitivement par l'exérèse chirurgicale : "elle a déjà eu un truc comme ça il y a quelques années, mais qui n'a pas d'antécédents, mais qui aurait pu en avoir".

Le lapsus consistant à remplacer le terme conséquences par antécédents suggère la recherche inconsciente d'un lien signifiant entre des événements disjoints et témoigne du fait que ce temps du sujet n'est pas celui de l'horloge : il opère dans le champ d'un temps logique dépourvu de chronologie; il le rattache au concept de diachronie (Lacan, 1954) ou à l'atemporalité, propriété fondamentale du système inconscient (Freud, 1923).

Exemple 2b:

Monsieur N, évoquant son mélanome malin guéri, "voilà, moi quand j'ai eu mon mélanome, j'avais déjà préparé mon dossier et j'avais déjà marqué la date de ma mort".

Dans le discours de Monsieur Paul affleure tout d'abord le thème de la temporalité sous la double instance d'un collapsus temporel et d'une opposition brutale entre le moment de l'annonce et l'anticipation de ce qui adviendra.

Exemple 2c: Monsieur P., 60 ans, époux d'une patiente atteinte de cancer

Autour de l'unité signifiante du collapsus temporel : la brutalité de l'annonce et des changements consécutifs, constituent une rupture biographique majeure de la réalité psychique de son épouse comme de leur mode de vie : "c'est compliqué, ça vous tombe sur la figure du jour au lendemain, donc ça veut dire que c'est toute votre vie qui change, donc il faut s'adapter, changer nos façons de vivre, nos façons d'être..."

La deuxième unité signifiante est celle de l'anticipation : il s'agit ici d'opposer à cette brutalité dans la rupture biographique une conception d'inspiration quasi stoïcienne, considérant l'acceptation de tout événement ultérieur, fut-il négatif, comme intégré à une possibilité d'avenir, afin de ne se laisser surprendre que par les événements positifs (anticipation préventive d'un nouvel effondrement en lien avec une possible nouvelle mauvaise annonce). Une telle position n'est pas sans rappeler le manuel d'Épictète : "Ne demande pas que ce qui arrive,

arrive comme tu désires ; mais désire que les choses arrivent comme elles arrivent, et tu seras heureux."

Cette anticipation permet d'introduire une nouvelle grille de lecture, remplaçant celle qui préexistait au collapsus temporel provoqué par le trauma de l'annonce ; l'anticipation recrée la notion d'un temps qui s'étire.

Le thème de la temporalité peut être également illustré par l'observation d'un patient dont le discours ne fait plus aucune référence à un changement intervenu depuis l'annonce d'un cancer du poumon. Ce que nous développons ici semble démontrer qu'il n'y a pas chez lui de déni, mais une absence de représentation de ce deuxième cancer.

Exemple 2d: Situation : Alain a 58 ans, il a eu onze ans auparavant un cancer du larynx pour lequel il a été traité et qui n'a jamais récidivé. Il est actuellement pris en charge pour un cancer du poumon dont le mode de révélation a été extrêmement bruyant, provoquant une situation critique, l'annonce du diagnostic lui a été apporté au décours d'un séjour en réanimation.

Il ne parle de sa pathologie actuelle (le cancer du poumon) que sous la forme de contraction du pronom démonstratif : "ça", dont on relève environ vingt occurrences durant la totalité de l'entretien. Le bouleversement survenu en relation avec le premier cancer fait date, si bien que la biographie d'Alain s'articule autour du premier cancer, car sa cause est pour lui définie et le traitement terminé. Porté par la dialectique de l'entretien il évoque alors le cancer du poumon, et n'a qu'une définition en négatif : ce n'est pas une récurrence : "j'avais peur que ce soit celui-là qui soit reparti." A contrario, le cancer du poumon n'est pas intégré dans la mesure où sa cause est indéfinie et le langage autour de ce deuxième événement pourtant majeur reste extrêmement pauvre : "Bon, le larynx c'est la cigarette et ça...non, je ne sais pas. Franchement, je sais pas".

Il n'ira pas plus loin tout simplement parce que ça ne fait pas encore date.

Il y aurait deux formes possibles de positionnement lorsqu'on parle de façon générale. Le changement subi, qui aboutit généralement à une plainte sur ce qui n'est plus possible et les changements "choisis", ou plus exactement assumés, accompagnés d'un positionnement actif et d'un regard différent sur le présent et prospectif sur l'avenir. Or nous sommes très

vraisemblablement pour Alain dans le premier cas de figure. Il ne prend pas une position active sur une projection future, car lorsqu'il parle du futur, sa seule inquiétude est de parler à sa fille de sa conduite d'avant le premier cancer, "*vous avez tout gardé pour vous, vous n'en avez jamais parlé même avec votre fille*" (question de la psychologue) ; réponse : "*non... pas encore... j'ai tout gardé pour moi*". "Ça", référence à l'événement actuel montre qu'il n'y a pas de représentation possible. Si bien que la référence temporelle s'effectue autour du premier cancer (l'événement d'il y a onze ans, authentique fracture biographique en ceci qu'elle a changé jusqu'à son comportement familial) ; cette référence devient le point d'articulation du présent. Avant, c'est le passé, le vrai. Depuis, c'est le présent. Et ce présent doit se dérouler sans interruption, ce qui explique le défaut de représentation de l'événement actuel, l'absence de recherche de causalité. On ne peut ici s'empêcher de citer Bergson: « *le possible c'est le mirage du présent dans le passé.* » (Bergson, 1925)

Alain ne peut se mobiliser qu'autour d'un seul temps, celui du premier cancer. Le présent qui s'étire depuis est une répétition de ce moment là. Il est, depuis la remémoration, dans le temps de la répétition (qui n'est pas obligatoirement le retour du même, mais qui l'empêche d'aller vers une représentation de l'événement, c'est-à-dire vers la perlaboration de ce qui est advenu).

Ceci contraste fortement avec le discours de l'épouse d'Alain, qui a une représentation très différente de la situation, dans la mesure où elle a une représentation temporelle à la fois extrêmement précise, extrêmement fluide, dans laquelle elle se repère pratiquement sur le mode d'un agenda. Les repères temporels émaillent son discours et le scandent : "*je pense que c'est depuis aujourd'hui qu'il a réalisé...on lui a fait des rayons et ça fait un peu plus de deux ans, et tout va bien... [on n'a que trois semaines de différence] faisant référence à la différence d'âge avec sa belle-sœur). Ça va faire 34 ans que je suis mariée et 34 ans qu'on est bien amies toutes les deux... J'étais encore hier soir chez elle...On l'a opérée le 3 mars et son mari le 4 mars d'un cancer au rein...Deux jours après qu'on lui ait enlevé le poumon, elle était sur le chariot...La semaine dernière, il est venu faire un bilan, comme tous les ans... Il vient de faire 35 rayons... 2011, ça n'aura pas été une très bonne année...et 2012, c'est pas mieux, quoi !"*

La différence que nous repérons chez Alain et son épouse dans leur appréhension du temps se trouve confirmée dans ce commentaire qui clôt son propos : "*il me dit, si dans onze ans c'est encore comme ça*", je lui dis "*dans onze ans, tu seras à la maison de retraite*". On y voit

bien que le temps s'est immobilisé pour Alain, sans possibilité de projection autre qu'une répétition indéfinie, alors qu'elle-même, son épouse, se projetant dans un avenir même positif d'une guérison, y introduit le changement lié à la prise d'âge et l'évocation d'un placement en maison de retraite quand le temps sera venu.

Alain est dans un présent qui dure onze ans, par contre son épouse est dans un temps chronologique. Pour Alain, l'absence de représentation de la maladie explique aussi une certaine passivité dans la prise en charge. Il dira : "*il faut espérer que ça va se soigner*" et il a confié la préparation des médicaments à son épouse, alors qu'il en est parfaitement capable.

La répétition chez Alain est inscrite dans son discours : "*non, ce qu'il y a c'est que...onze ans après, ça recommence.*"

3.2.3. Rationalisation

La rationalisation est un mécanisme de défense consistant en l'attribution à une maladie manifestation du réel du corps (ici le cancer) d'une cause et/ou d'une logique, répondant à une recherche de rationalité nécessaire au sujet: tenter de donner un sens à l'incompréhensible de la maladie, en ébaucher une représentation là où elle est déliée du symbolique).

Ce qui caractérise la rationalisation, c'est la fonction qu'elle occupe (opportunité de liquider une partie de la culpabilité, maîtrise face à l'angoisse), plus que l'objet qui la soutient (théorie pseudo-scientifique, psychogénèse du cancer, destin, superstition, religion). "*Notre intellect se fourvoie facilement sans que nous soyons avertis et il n'est rien que nous ne croyons plus facilement que ce qui va au devant de nos illusions fondées sur nos désirs, sans égard pour la vérité.*" (Freud, 1939):

La rationalisation résulte de la culture du sujet, des connaissances issues du savoir profane et de ses propres pulsions inconscientes.

Exemple 3a: Monsieur N, évoquant ce qu'il considère comme être la faiblesse psychologique de son épouse : "permanent, ça a toujours été permanent, et des fois on se demande si ce n'est pas ça qui déclenche des tumeurs".

La fonction de la rationalisation peut s'étayer sur une culture quelle qu'elle soit. Celle-ci peut d'ailleurs emprunter le discours médical comme agent de rationalisation, lorsque le patient ou le proche est issu de cette culture. On retrouve alors les deux fonctions que nous avons citées ci-dessus : liquider une partie de la culpabilité et mettre en place un mécanisme de défense susceptible de mobiliser l'affect d'angoisse.

Exemple 3b : Monsieur R a été opéré d'un cancer du poumon. Un ganglion était positif (élément médical prédictif d'une rechute) et il justifie donc d'une surveillance par scanner et une chimiothérapie. Sa belle-sœur est morte il y a quatre ans d'un cancer du poumon de forme métastatique. Son épouse est aide-soignante en milieu hospitalier. Monsieur R a comme culture le savoir profane, quant à elle, elle s'appuie fortement sur le discours médical : pour expliquer la présence du ganglion le médecin lui a parlé de filtre, et de justifier ainsi la chimiothérapie. Lorsqu'elle évoque cet entretien elle dit « afin de débarrasser l'organisme de toutes cellules, afin de donner les meilleures chances à mon mari de ne pas récidiver. »

Chez lui il n'y a pas de rationalisation possible. Il fait part de la différence qu'il perçoit entre un cancer de la prostate et un cancer du poumon considérant la gravité du second. La représentation de Monsieur et Madame diffère considérablement l'une de l'autre. Pour elle l'appropriation du discours médical est un mode de rationalisation dans la mesure où il permet d'étayer une représentation qui serait supportable tant en termes de représentation spatiale que de représentation temporelle.

Représentation temporelle :

Lui :

Il ne se projette que dans un seul temps, celui séparant l'annonce du « cercueil ». Il dit « Après (l'annonce) on est comme dans une bulle, enfin plutôt un cercueil... » Il n'a pas de maîtrise du temps, d'ailleurs il reste un certain degré de sidération comme le démontre ce verbatim.

Elle :

La thématique de la temporalité se focalise sur les échéances qui fractionnent froidement dans le temps. Cela peut être entre deux scanners ou entre scanner et chimiothérapie : « Au scanner, il y a rien, donc quand même de hier où tu as passé le scanner à aujourd'hui où tu vas attaquer la chimiothérapie, même s'il y a quelque chose, ça va être traité » dit-elle en s'adressant à son mari.

Elle ajoute plus loin : « On ne peut pas savoir...mais je lui ai dit hier où tu as passé le scanner il y a 24 h, donc si il y a quelque chose qui traîne je pense que la chimiothérapie fera effet, enfin c'est mon point de vue mais je ne suis pas médecin... »

Cette méthode d'utilisation du temps, de temporalités très courtes, permet de faire écran au possible toujours présent et qu'elle ne nie pas. C'est pour elle la possibilité d'échapper à une sidération très momentanée « *C'est vrai, dit-elle, que ce ganglion je l'avais complètement oublié, donc sur le moment ça m'a un peu tanqué, c'est vrai..., mais bon, après j'ai fait mon chemin* » ; plus tard elle ajoute : « *J'ai pas tendance à agir comme R, lui tout de suite il se renferme, pas sur le coup parce que ça m'a un peu abasourdie et après... je me dis non mais quand même si là le scanner est bon dans six ou huit semaines, tu vas en passer un autre, je pense que ça ne peut pas être mauvais parce qu'entre temps la chimiothérapie aura fait effet.* »

Transparaît dans ce discours la culture d'aide-soignante : il n'est pas douteux que lors du cancer du poumon de sa belle-sœur il y a quatre ans, cancer auquel elle devait succomber, elle a dû agir en médiatrice. Elle y fait implicitement référence en adhérant au discours médical en cette occurrence aussi : « *C'est pour ça que moi de suite j'ai fait la différence, j'ai dit bon, Hélène elle avait le poumon complet et l'autre à 50 %, Robert c'était une tumeur au lobe donc pour moi ça ne représentait pas la même chose. R. c'était opérable et Hélène ce n'était pas opérable c'était là la différence.* » Plus loin elle insiste et conclut « *Après c'est mon raisonnement à moi, alors après est-ce que c'est pour me rassurer ou est-ce que c'est un raisonnement logique ?* » La confiance dans le médecin est ainsi toujours doublée d'un doute.

Représentation par spatialisation:

Lui :

Il s'identifie à la belle-sœur morte en deux à trois mois après la découverte d'un cancer invasif, et se projette déjà dans un cercueil.

Elle :

Elle établit une cartographie du cancer, s'étayant sur le discours médical. Ce sont de vraies cartographies d'état-major dont il est question. Elle considère que le cancer de son époux est circonscrit au lobe supérieur droit. Elle adhère au discours médical qui a présenté le ganglion comme un filtre, un barrage face à un ennemi dont on surveille la progression par cartographie scanner.

3.2.4. Toute puissance magique de la pensée

L'angoisse survenant dans le climat traumatique de l'annonce est par essence déliée. Cet affect libre a pour propriété d'agréger tous les éléments de la pensée rationnelle ou irrationnelle qui, dans toute autre circonstance, n'auraient eu que peu d'importance (Pujol, Launay et Boulze, 2012, sous presse).

Nous appellerons par convention *théorie psychogénétique du cancer* une théorie qui n'a pas de noyau physique ou biologique supportant sa construction. En d'autres termes, rien ne soutient la structure de la théorie psychogénétique du cancer sinon la pensée (cette définition est importante car elle n'a rien de commun avec la discipline étudiant le développement psychologique humain). Les théories de psychogenèse du cancer, telles que fréquemment développées par les patients, ont un double rôle :

a) dans le contexte de la rupture biographique que constitue l'annonce du cancer (du point de vue du sujet comme du point de vue de son proche), la théorie psychogénétique est utilisée pour relier l'avènement de réel que constitue le cancer à l'histoire propre du sujet, qu'elle en explique la survenue par une vulnérabilité du sujet ou par le débordement de ses défenses faisant suite au trauma ;

b) dans un mouvement de projection vers le futur, le sujet considère qu'une pensée positive (sa volonté, les qualités de son caractère), pourra l'aider à retrouver la santé. Certains sujets considèrent même que cette pensée a une valeur thérapeutique sans laquelle aucun traitement biotechnologique ne pourrait agir. Il en va pour le sujet de s'impliquer dans sa propre guérison. La position adoptée ici n'est pas éloignée de celle d'une pensée magique. Il s'agit avant tout d'un processus de défense apparenté au registre obsessionnel qui vise à la maîtrise du temps et de la mort. Elle s'ouvre donc sur la possibilité d'une inversion du processus. La toute puissance magique de la pensée signifie "*si je le veux, je guérirai*". Elle renvoie aux notions de volontarisme, de combat... Cette deuxième dimension explique le comportement de nombre de proches considérant soutenir le patient atteint de cancer en lui enjoignant de ne pas baisser les bras, de ne pas se laisser aller (d'être impuissant).

- *Exemple 4a: Monsieur N évoquant son épouse atteinte d'un cancer du poumon : "...elle est plus vulnérable de ce côté [les chocs] que d'autres personnes". Monsieur N, évoquant son propre antécédent de cancer de la peau (mélanome malin) guéri depuis plusieurs années "c'est exactement comme je l'avais pensé, et les choses ses sont passées comme je l'avais pensé". Puis il ajoute, "J'ai dit, ben voilà, ça va continuer, c'est bon !"*

Le même évoquant une théorie psychogénétique de sa guérison "... parce que ça y fait beaucoup, je pense, la façon dont on voit les choses, ça détruit ou...je pense que ça aide à se détruire...Il faut un aspect positif à la pensée, quand même ! Ça, j'y crois sérieusement... Je pense que tous nos organes sont liés sur du positif".

Puis, faisant état de ses craintes sur la faiblesse psychologique de son épouse : "à partir du moment où l'on voit le côté négatif des choses, on se laisse aller, quelque part on se laisse aller."

Il évoque ensuite les représentations qu'il a construites de la technologie médicale et des hommes qui en font usage : "à partir du moment où l'on croit à ça, [la technologie médicale] et où l'on croit aussi que l'on est capable de faire des conneries [attribuées au médecin], on admet beaucoup de choses et ça marche tout seul, quoi".

Enfin, lapsus par lui commis en évoquant le hasard et l'aléa : "c'est comme ça, sauf impératif".

La substitution du terme *imprévu* par le terme *impératif* est à notre avis signifiante d'un besoin de maîtrise, la locution « *c'est comme ça, sauf impératif* » pourrait se traduire par l'expression populaire, « *il ne faut rien laisser au hasard.* »

3.2.5. Culpabilité inconsciente et conscience de culpabilité

Exemple 5a: Observation de Madame Martin (patiente)

Elle est atteinte d'un cancer du poumon. Elle est non fumeuse ce qui lui fait rechercher ailleurs la genèse de sa maladie. Son anamnèse est riche : Elle-même, fille mère très jeune, isolée de sa famille, s'est mariée avec son compagnon actuel, lequel du fait de cette union, s'est vu également rejeté par ses propres parents ; ils ont construit leurs famille en opposition à leurs parents et beaux-parents. Leur fils, un adulte d'une trentaine d'année, sort d'un divorce difficile. Les propres antécédents traumatiques de madame Martin, (traumatismes familiaux, mère isolée, rejet familial) ont été réactivés par le divorce houleux du fils. Celui-ci aurait été accusé d'être mauvais père par des experts psychologues, ce qu'elle a très mal vécu. Elle le résume ainsi : « Ces faits-là [allusions aux problèmes actuels du fils divorcé et à sa propre jeunesse difficile], pourraient expliquer ce cancer. Elle en veut encore à ses parents et à ses beaux-parents, poursuit-elle : « mes parents, ils ont fumé toute leur vie et ils ont jamais rien eu ».

Cette séquence articule autour d'un discours d'injustice exprimée, une culpabilité inconsciente éprouvée. Celle-ci réfère à la notion de parents fautifs, faute dont elle semble s'estimer elle-même chargée puisque n'étant pas elle-même fumeuse, elle est atteinte d'un cancer généralement observé chez les fumeurs. La référence au fils pourrait traduire l'intervention d'une instance surmoïque, s'inscrivant phylogénétiquement chez les ascendants comme chez les descendants de Madame Martin.

Ce discours est rendu possible par une conception psychogénétique forte de la maladie cancéreuse puisque, dans les propos du mari, on relève une croyance dans la toute puissance magique de la pensée...

Exemple 5b Monsieur Martin époux. « d'où pensez-vous que le cancer peut provenir ? » il répond : « moi, c'est vrai, souvent, jeune, je lui disais détends-toi parce que plus tard, ça peut te créer des maladies, c'est ce qu'on dit. »

Le « ce qu'on dit » réfère clairement à une acception du savoir profane. Il poursuit : « il y avait un article dans Paris-Match sur le cancer du poumon.... Le gars, il disait qu'en fait le cancer pouvait provenir de choses qu'on a à l'intérieur et qui n'ont jamais été extériorisées. Pour elle c'est sûrement le cas, sûr, c'est le cas. »

Cette conception n'est pas sans rappeler celle que l'on retrouve chez Hippocrate (régime livre III - Tome VII): selon la théorie de l'origine humorale des maladies, les patients atteints de cancer sont d'humeur atrabilaire, c'est-à-dire incapable d'éliminer la bile noire (mélancolie). Les traces de ces conceptions psychogénétique de la maladie parcourent tout le savoir profane autour du cancer jusqu'à nos jours. Elles sont perceptibles dans l'interview de Monsieur Martin: *« oui, elle s'est toujours fait du souci pour beaucoup de choses, qu'elle aurait dû, comme font beaucoup, les laisser faire. »*

La notion de culpabilité inconsciente est également présente dans le discours du mari lorsqu'il dit, parlant de son épouse : *« c'est une vraie mère, que reprocher à des parents qui se sont toujours occupés de vous, soucieux de vous, donné de l'amour ; tous ces trucs moi je pense que ça peut jouer sur la maladie, et souvent je lui disais un jour tu seras malade. »*. Le mari défend son épouse exactement comme un avocat le ferait d'un client dont il sait qu'il n'est pas coupable. Transparaît donc l'existence d'une faute inconnue, voire héritée, dont il faudrait acquitter du prix.

Le discours de Madame Martin elle-même fait écho aux propos de son mari ; elle partage une représentation psychogénétique de la maladie, la pensée étant suffisamment puissante pour être responsable de la maladie. Elle émet en effet l'hypothèse que des périodes difficiles de sa vie aient pu être à l'origine de son cancer.

La théorie psychogénétiques de l'origine du cancer, telle qu'exprimée par le mari et la patiente elle-même, est indissociable d'une idéologie anthropologique de la maladie qui s'exprime dans une animalité, voire une représentation toxicologique : lui *« donc, tout ça, ça l'a rongé. »* Elle : *« je l'accepte pas, ça, ça me bouffe en permanence. »*

Exemple 5c: Reprenons l'observation d'Alain cité en section 2. Nous savons qu'il était atteint, onze ans avant la consultation, d'un cancer du larynx. Lorsqu'il parle de son premier cancer, il identifie clairement une cause : le tabagisme. "Bon, le larynx, c'est la cigarette et ça... non je sais pas. Franchement, je sais pas". En réponse à la question : et pour le poumon ?

La deuxième référence servant de grille de lecture pour l'événement qu'a constitué pour lui le premier cancer (le cancer du larynx) est une conscience de culpabilité. Il indique qu'il faisait à l'époque l'objet de reproches de la part de ses enfants et son épouse, jugeant sa présence familiale insuffisante et ses loisirs s'effectuant au détriment de sa vie familiale, "la bringue avec les copains, délaissé mes enfants et tout ça. Et là, après ça m'a...j'ai senti qu'il fallait faire quelque chose surtout pour mes gamins, les gamins ce n'est pas que je les aimais pas, mais j'étais jamais avec eux et ça, ils me l'ont reproché".

La différence que l'on peut faire entre la conscience de culpabilité et la culpabilité inconsciente peut être énoncée de la façon suivante : Alain est dans une culpabilité consciente dans la mesure où il accepte la faute dont il est accusé par sa famille et il se considère comme blanchi de cette faute par les changements qu'il a effectués dans sa vie suite au cancer du larynx. Une culpabilité inconsciente n'aurait pas eu d'origine extérieure et n'aurait pas été verbalisées de manière aussi factuelle (cf. le cas de culpabilité inconsciente de Madame Paul).

3.2.6. Théorie anthropomorphique : le cancer en tant qu'intrus (intrus, inquiétante étrangeté¹⁸)

Elle fait référence à la théorie anthropologique des maladies (l'intrus, l'esprit, le crabe, le djinn) laquelle est un repère fondamental de la représentation des maladies par l'homme : la maladie a une vie propre.

¹⁸ Le réel qui impose cette prise de conscience est l'inquiétante étrangeté, noyau commun de toute angoisse quelle qu'elle soit. L'inquiétante étrangeté qui est éprouvée par le patient au moment de l'annonce renvoie à un complexe infantile, cœur de l'expérience dramatique du refoulé. Cette inquiétante étrangeté provoque en effet une crainte lors de l'annonce du cancer, d'une perte, laquelle peut réellement affecter un organe. L'angoisse du complexe de *castration* infantile est ici à nouveau convoquée et cette expérience dramatisée du refoulé est le générateur même de l'angoisse.

Cette théorie ontologique ou anthropologique, qui fait de la maladie (et pas seulement du cancer) un être animé, traverse pratiquement toutes les cultures et toutes les époques (Sontag, 1977). La notion d'intrusion est indissociable de celle de l'inquiétante étrangeté introduite par Freud et dont il dit qu'elle est une des caractéristiques les plus permanentes de l'affect d'angoisse. Les deux aspects se télescopent dans la phrase hautement symbolique de Jean Luc Nancy (Nancy, 2000): « la figure ravageuse de l'intrus, étranger à moi-même et moi-même m'étrangeant ». Redéfinissant la temporalité du sujet, elle est indissociable de la thématique précédemment décrite.

Exemple 6a: Monsieur et Madame Paul.

C'est Madame qui est malade ; elle a 60 ans. La situation est critique d'un point de vue médical et elle le sait. Depuis l'annonce de son cancer, elle a cessé toute activité domestique qu'elle avait en charge jusqu'à ce moment-là. Elle fait l'objet de pressions de la part de sa sœur pour "se battre". Son époux quant à lui, prend en charge matériellement les tâches qu'elle a abandonnées ; il a un regard totalement original sur l'affection de Madame Paul et sur l'attitude qu'il faut adopter en la circonstance partant du positionnement de son épouse.

Dans les propos de Madame Paul affleure la notion d'un clivage sous l'effet d'une intrusion. En effet, en réponse à la question « est-ce comme si vous mettiez la maladie à distance ? »: Elle répond : « vous savez, c'est comme s'il y avait deux parties en moi...: oui c'est ça, je crois d'ailleurs que c'est pour ça que je ne veux pas m'occuper de tout ça [référence à tout ce qui a trait au cancer] ».

En miroir de cette position, Monsieur Paul son époux, de facto, assume au quotidien la prise en charge de toutes les tâches domestiques abandonnées par la patiente et assume également les soins de cette partie de son épouse qu'elle considère comme clivée, contaminée. D'une certaine manière, il accepte explicitement d'assumer cette partie de l'être de sa femme dont elle se déresponsabilise, aussi bien dans les conséquences médicales que dans la vie quotidienne. Il dit : « moi je pense que quand on passe par ce genre de maladie... moi je sais que ça me change, je suis changé, depuis trois mois je sais que je ne suis plus le même parce

que c'est une maladie qui vous atteint au plus profond... Moi je suis changé parce qu'elle est plus la même, mais du tout au tout... ». Le « parce que » introduit une relation de causalité.

A d'autres moments de son discours émerge la figure d'un adversaire. Mais, s'opposant aux injonctions de combattre faites à son épouse par ses parents proches, il considère pour sa part qu'il n'y a pas lieu « d'aborder l'adversaire de front. » Il recherche une position qui permettrait une réparation, une utilisation de la force même de l'ennemi pour la retourner contre lui. C'est pourquoi il interprète « l'appel au combat » explicite de la sœur de Mme Paul comme une négation du changement advenu depuis l'annonce et ceci l'irrite au plus haut point : « on lui dit...[il faut se bouger, il faut s'accrocher], je trouve ça scandaleux... » plus loin il ajoute : « C'est des conneries tout ça... c'est insupportable pour moi d'entendre de tels discours : [il faut se battre, il faut s'accrocher, il faut faire face], on n'a pas besoin de ce baratin, on sait ce qu'on doit faire ! ».

S'il ne la pousse pas à se battre, c'est qu'il considère que ce serait se dé-battre. Monsieur Paul pense qu'il est nécessaire d'accepter le changement que la maladie a provoqué: « moi je pense que c'est primordial si je veux qu'elle s'en sorte, il faut que je respecte ça. »

On peut émettre l'hypothèse que la position du mari n'est pas très éloignée d'une position winnicottienne, consistant à considérer que le rôle de toute personne qui a pour projet d'aider une autre en souffrance repose tout d'abord sur l'observation objective de la situation et sur la disponibilité au service du patient. Il doit aussi être fiable, ce qui rejoint le concept d'*environnement bon suffisamment et qui contient*, un peu calqué sur celui qui encadre la relation à la mère. Dans le réel indépassable que constitue l'annonce du cancer, cette situation est reproduite, comme rejouée. La grille de lecture qui permettrait d'articuler les événements à des chaînes signifiantes est rompue. Le rôle de l'environnement est de permettre la recréation d'une nouvelle grille permettant le renouage du lien entre les deux vérités fondamentales du sujet : l'animal humain est un *parlêtre* ce qui lui confère un accès au symbolique et à l'imaginaire ; il a aussi un corps qui le relie au réel (selon Freud, le *moi* est corporel, [Freud, 1923]).

Le cancer est souvent perçu comme un excès de vie, comme un animal venu coloniser le corps.

Exemple 6b: Madame N, atteinte d'un cancer du poumon "c'est un truc qui est en train de me bouffer".

Les représentations peuvent parfois être beaucoup plus élaborées, ainsi la théorie du développement d'un embryon.

Exemple 6c: Monsieur N, évoquant le cancer de sa femme : "c'est deux embryons jumeaux par exemple, et il y en a un qui est plus fort que l'autre par exemple, et qui absorbe l'autre, et au bout d'un certain temps, ça a l'occasion de se développer et puis ça peut être cancéreux."

Cette théorie des embryons gémeaux, l'un se développant en cancer, avait été évoquée au XVII^e siècle: Elle culmine avec l'hypothèse soutenue par Daniel Critzan (publiée dans son livre « Le Cancer » en 1894) que chaque cancer est issu d'une grossesse gémeaire dont un des jumeaux aurait absorbé son frère, ce dernier se réveillant sous la forme d'un cancer à l'âge adulte. Il est possible d'analyser cette théorie embryologique du cancer: elle témoigne de la perception du cancer comme d'un être différent qui ne serait plus l'intrus mais l'absorbé. Cette théorie très élaborée de l'intrusion énoncée brutalement par son auteur de la façon suivante: "*le cancer est le propre frère du cancéreux*", confine ici à une culpabilité inconsciente remontant à la genèse et à l'épisode de Cain et Abel.

Monsieur n'a que peu de chances de connaître cette théorie. Mais le fond commun culturel qui faisait affabuler Critzan au XVII^e est resté le même. Cette émergence de la maladie, que dit-elle de ma propre origine? Et nous ne sommes plus très loin d'une théorie archétypique lorsque il affirme : "*une espèce d'embryon qu'on avale, le mot technique je ne l'ai plus en tête...*"

Le sentiment d'intrusion émerge parfois du discours sous une forme mythologique et inconsciente, ainsi Monsieur N évoquant le cambriolage d'un de ses voisins, semble traumatisé par le fait qu'ils aient été ligotés et battus par les cambrioleurs; dans la même scansion, il évoque le cancer et le fait d'être selon ses termes : "attaché", c'est-à-dire contenu sur une table d'examen de scintigraphie ; "*c'est arrivé que des voisins ont été ligotés, bâillonnés et battus... C'est quelque chose qui marque tout ça. Et tout ce qui est appareillages médicaux et tout ça, on a peur...Mais tout ça, ça a été permanent, tout... et des fois on se demande si ce n'est pas ça qui déclenche des tumeurs...*"

3.2.7. Théorie de l'homme dénaturé (l'homme malade de la société et des modes de vie qu'elle induit)

C'est ici le mode de vie imposé par la vie urbaine qui est mis en question : épousant le modèle de la tuberculose, le cancer va être très longtemps considéré comme une maladie contagieuse, et des statistiques dont la méthodologie était embryonnaire décrivent des maisons à cancer, des rues à cancer, des villages à cancer, allant même jusqu'à en attribuer la cause à l'hydrologie et dénonçant les buveurs d'eau comme des transmetteurs potentiels de cancer. C'est à la fin du XIX^e siècle qu'émerge, en Angleterre, la notion de terrain et que le lien entre "graine" et "sol" est alors perceptible : le cancer est vu comme un être doué d'intelligence, sachant épargner les « bons » et frapper les « mauvais » ; ainsi sont typiquement épargnés le clergé (situé en haut) et les mineurs de fond (situés en bas) dont les conduites également rigoureuses garantissaient une vie sans cancer. Toujours selon cette théorie, le cancer touche de manière sélective certains métiers et en épargne d'autres. Ainsi, les médecins se voient, selon une publication parue dans le numéro du 16 septembre 1899 du *Lancet*, à peu près épargnés par la maladie alors que d'autres « gens de petite vie », tels que les taverniers, les brasseurs, les avocats (sic), sont frappés par le cancer (Darmon, 1993).

Le discours profane actuel n'a pas réellement changé : l'homme est dénaturé par son mode de vie et le cancer en est la conséquence ; le retour à la nature en tant que méthode permettant de soustraire le sujet de l'exposition au risque fait partie intégrante du savoir profane. Ce discours affleure dans les théories relatives à la guérison du cancer par les thérapies naturelles et les régimes (plus de 100 livres référencés par l'INBS en français).

Exemple 7a: Fille d'une patiente: lors de l'entretien il lui est demandé quelles représentations elle pourrait avoir des causes de la maladie; elle dit alors, qu'avec sa famille il en a été question ; elle émet l'hypothèse selon laquelle il serait possible d'incriminer la laque qu'elle mettait sur les cheveux depuis plus de quarante ans, "quand je rentrais dans la salle de bain, quand je vivais encore chez eux, juste après elle, c'était irrespirable alors...", la fille de la patiente considère comme origine de son raisonnement l'exclusion du tabac comme cause: sa

mère n'était pas fumeuse ni non plus son mari. La théorie de la laque cancérigène vient ici combler le manque dans une théorisation de l'attribution.

Exemple 7b: Le même monsieur N dont il était question dans certaines sections précédentes. « Il faudra que je vous le dise, ça peut-être important à noter » puis il rajoute: « mais je peux le dire devant ma femme hein », Il parle alors d'une histoire de cataracte; selon lui les rayons que son épouse aurait reçu (en fait il confond radiation ionisante et laser) ils n'étaient pas ciblés comme maintenant et surtout on parlait de risque de provoquer un cancer après exposition prolongée. Il voit dans cet antécédent un lien direct avec la découverte de métastases cérébrales.

3.2.8. Manifestations somatiques en tant qu'avènement de réel du corps

Etant par définition éprouvée et non parlée, l'angoisse ne peut s'exprimer que par des manifestations somatiques, qui peuvent être décrites après coup.

Exemple 8a: Madame N, lorsqu'elle évoque les jours qui ont suivi l'annonce du cancer : "je ne peux plus parler, ma bouche se met de travers et je ne peux plus parler du tout".

Exemple 8b: Monsieur N, rapportant les propos que lui aurait tenu son épouse quelques semaines avant que le cancer ne soit découvert : "elle m'a dit, tu sais je suis malade mais c'est quelque chose de grave...Et c'était indéfinissable."

Exemple 8c: Mme A, atteinte d'un cancer bronchique: "Cet été nous nous sommes tous retrouvés, comme à notre habitude, dans la maison familiale et j'ai attendu qu'ils soient partis pour aller consulter... J'étais très fatiguée et je savais pertinemment que j'avais quelque chose de grave". Elle ajoute plus tard, Cela fait six mois que je sens que quelque chose ne va pas, j'étais très fatiguée, sans douleurs mais beaucoup de fatigue".

Ainsi, le symptôme somatique inconscient peut être considéré comme le noyau de la névrose d'angoisse, ou névrose traumatique, ou, pour utiliser un référentiel DMS, des désordres de stress post-traumatique (PTSD). Dans le climat traumatique de l'angoisse, le vertige, la perte

de connaissance, pourraient être des signes majeurs puisqu'ils indiquent cette possibilité pour le moi d'être dessaisi tout à coup de son propre corps. Il faut alors pour le sujet parler le symptôme car c'est le langage qui, déconnectant la jouissance de son montage, révèle la perte d'objet (en l'occurrence, la perte symbolique ou réelle d'un organe). Le vertige, ou le déni, entrent ici dans une dialectique de la somatisation et du deuil d'une partie de soi (Assoun, 2008).

SYNTHESE

Face à l'angoisse créée par l'annonce d'un cancer, les symptômes névrotiques que le sujet aurait pu mettre en place comme autant de mécanismes de défense font défaut. La stratégie du symptôme comme rempart face à l'angoisse cède sous la pression du mot "cancer". La chute du symptôme au moment de l'annonce du cancer tend même à démultiplier le quantum d'angoisse.

L'angoisse résulte de la rencontre du désir inconscient et d'un traumatisme. A ce titre, l'angoisse signale la montée d'un danger pulsionnel mais réfère dans le même temps à la censure surmoïque, laquelle a pour fonction de préserver du développement pulsionnel. C'est la censure qui génère de l'angoisse en s'opposant au retour du refoulé. Ce qui est ici réveillé par l'inquiétante étrangeté est la motivation inconsciente du rejet. A cet inconnu répond le caractère d'angoisse de la conscience de culpabilité. Ce qu'il y a donc d'angoissant dans la situation de l'annonce provient de la conjoncture, c'est-à-dire du climat traumatique, où le *moi* se sent jugé et en voie de destitution.

Nous allons tenter de s'illustrer plus avant dans les vignettes cliniques complètes présentées ci-dessous. Pour chaque cas clinique la description narrative comprendra trois temps : le trauma de l'annonce, après l'annonce, avant l'annonce (contexte anamnestique) suivie de la discussion d'un aspect métapsychologique spécifique.

SECTION IV : VIGNETTES CLINIQUES

Dans la section III nous avons tenté d'établir les registres thématiques émergent du climat traumatique de l'annonce (ou au décours du trauma). Nous sommes conscients de la convergence de plusieurs thématiques entre elles. Ainsi, la référence faite par certains patients (ou proches) à la théorie de l'homme dénaturé, soit une maladie induite par le mode de vie imposé par la société (voire même par les dérives de la médecine biotechnologique) se rattache, peu ou prou, à une forme de rationalisation. De même la censure surmoïque, opérateur essentiel de la culpabilité inconsciente, ré-émerge aussi dans les théories donnant au cancer une représentation anthropomorphique : la dimension ontologique du cancer a souvent une valence punitive.

Mais il nous semble possible d'utiliser ce travail comme support conceptuel d'une lecture métapsychologique de la maladie, comme cela a été précédemment proposé dans d'autres domaines de souffrance somatique (Boulze, 1995).

Parce que rendre compte de la totalité de la subjectivité est une tâche impossible, nous avons arbitrairement choisi d'analyser un nombre limité de cas cliniques parmi le corpus de 37 dyades (patients-autrui significatif) étudié sur une période de 18 mois. La carence fondamentale à dire le tout du subjectif est pour nous le point commun de ces observations. Elle témoigne de l'écart irréductible entre le fait somatique et la représentation (Boulze, 1995), l'écart de registres entre le patient et le thérapeute (Balint, 1957 ; Pedinielli, 1993), l'écart, enfin, entre le symptôme somatique et le langage (Assoun, 2009), objet même de ce travail de thèse.

Pour chaque cas clinique nous ferons une description narrative de trois temps : le trauma de l'annonce, après l'annonce, avant l'annonce (contexte anamnétique) suivie de la discussion d'un aspect métapsychologique spécifique.

MATHIEU ET LES REPRESENTATIONS

Mathieu est un homme de 54 ans qui exerce la profession de secouriste. Les symptômes qui le conduisent à consulter ce matin sont apparus il y a déjà de nombreux mois. Les douleurs dont il se plaint, et qui gênaient de plus en plus ses efforts, avaient une explication somatique. Je le rencontre quelques semaines seulement après qu'il ait subi une intervention au niveau de la colonne vertébrale, visant à stabiliser une vertèbre dorsale très endommagée. L'analyse des biopsies de cette vertèbre révéla qu'il souffrait d'un cancer et qu'en réalité la lésion vertébrale était de nature métastatique, c'est-à-dire secondaire à un cancer. Où situer le cancer primitif, dans quel organe ? Cela, il ne le savait pas, bien que ce fut inscrit dans son dossier et c'était pour que je le lui apprenne qu'il venait consulter ce matin-là.

L'annonce

Il prend place dans l'un des fauteuils. Il est visiblement éprouvé, se relevant à peine de l'intervention chirurgicale. Sa compagne s'assoit à ses côtés. Sur le visage de Mathieu se lisent fatigue et inquiétude.

Lorsque je lui demande s'il sait pourquoi il consulte, il se lance dans une longue explication. Il sait avoir un cancer sur une vertèbre et sur une hanche. Je comprends alors qu'il est dans l'ignorance de l'organe initialement touché, le poumon. Il semble même avoir construit une représentation de sa maladie réduite aux métastases et dont la cause serait indéterminée. Je dois malheureusement le sortir de cette représentation, atténuation de sa situation réelle.

Lorsque je lui explique qu'il s'agit d'un cancer du poumon et qu'il y a effectivement des métastases osseuses, mais qu'il n'y a pas que des métastases osseuses, j'utilise des mots qui trahissent mon embarras : « *c'est relativement diffus* », dis-je. Répondant à l'étonnement qu'exprime Mathieu que je puisse, seulement quelques minutes après l'avoir rencontré, dire qu'il est atteint d'un cancer du poumon, je lui réponds "ça se voit".

Ces mots à peine prononcés, l'angoisse déborde et contamine sa compagne. Tout se passe comme si Mathieu se retirait, il semble absent, ses yeux ne fixent plus rien et son regard

plafonne. Sa compagne lui saisit le bras et le secoue énergiquement en lui demandant ce qui ne va pas. Tout ceci en vain, Mathieu s'effondre, sourd à nos paroles, et perd connaissance. Sa compagne sort de la pièce en hurlant qu'elle ne peut supporter cela.

Avant l'annonce

Mathieu a été marié deux fois. De sa première épouse il a eu deux enfants. Un fils est mort subitement à 25 ans, alors qu'il faisait un effort sportif : un décès soudain qui fut aussi la destinée de la mère de Mathieu atteinte d'un anévrisme cérébral. En réalité, cette famille est atteinte de malformations artério-veineuses susceptibles de provoquer des hémorragies cérébrales sans qu'il y ait une seule génération d'épargnée. Lui-même se sait porteur de ce type d'anévrisme. Il est par ailleurs en très mauvais termes avec sa fille depuis qu'elle l'a accusé d'attouchements sexuels, faits dont il a dû se défendre devant les tribunaux mais qui ne furent pas retenus par la justice.

Le milieu des secouristes qu'il fréquente semble très soudé et exclusivement masculin. Or, trois de ses amis secouristes sont décédés de cancer il y a peu de temps. « *C'est le troisième que j'enterre là* », dit Mathieu en évoquant le dernier touché de son groupe, celui qui a été enterré deux mois avant sa propre hospitalisation.

Après l'annonce

Un premier entretien a lieu dès le lendemain de l'annonce alors que Mathieu est déjà hospitalisé. Dès le début de l'entretien, il oppose la fonction d'infirmière jugée très humaine à celle du médecin que je suis. Evoquant l'entretien de la veille, il estime sa perte de connaissance légitime et secondaire à la violence des mots utilisés. Pourtant, plus loin dans l'entretien, il dira que les mots employés pour décrire la situation avaient une intention bienveillante. C'est l'énoncé "*ça se voit*" qui semble avoir, chez lui, déclenché la perte de connaissance. Cependant, on peut faire l'hypothèse que c'est au contraire de ne plus se voir lui-même qui caractérise pour le sujet le phénomène traumatique (Assoun, 2008 ; Lacan, 1962-1963).

Interrogé sur les représentations des causes qui auraient pu entraîner la maladie, Mathieu avance une hypothèse psychogène : il pense que les événements de sa vie, et tout particulièrement ceux qu'il appelle les « *événements sentimentaux* », ont provoqué son cancer.

Les paroles échangées la veille furent d'autant plus violentes que les rhumatologues qui avaient pris en charge la métastase vertébrale avaient, de leur côté, parlé d'une tache pulmonaire de la « *taille d'une tête d'épingle* ». Pour lui, l'origine du cancer était indéterminée et le "primitif" était resté inconnu. Cette représentation, celle qu'il avait encore la veille avant la consultation, ne le préparait donc pas à l'idée d'un cancer présent et qu'il faudrait traiter.

« *C'est comme un oiseau qui serait venu pondre des œufs et serait reparti sans demander son reste* » explique-t-il.

« *Le nid de l'oiseau a été trouvé* », conclut-il « *alors qu'il aurait pu partir pour le faire ailleurs.* »

Un deuxième entretien prendra place le surlendemain de l'annonce. Lorsque je suggère à Mathieu de reprendre son discours au point où il expliquait que sa maladie pouvait être en rapport avec son histoire sentimentale (il y a d'ailleurs chez lui une confusion entre passé sentimental et passé affectif, puisqu'il fait référence en réalité aux relations difficiles avec sa fille), il donne cette explication :

« *Je pense que le cancer est directement lié à l'affect. Une femme qui perd un enfant peut avoir un cancer du sein* » explique-t-il. « *Celle qui perd un mari a un cancer de l'utérus.* »

Il évoque alors certains déséquilibres qui peuvent conduire à des accidents de la vie et se traduire par le cancer. « *Le cancer on l'a, on le développe en fonction d'une certaine.... d'un certain déséquilibre* » et il ajoute « *enfin, c'est ce que je pense.* »

Plus loin il avance une curieuse théorie de la carcinogénèse qui partirait, selon lui, d'un état embryonnaire. Il recycle en fait des informations lues dans des revues de vulgarisation scientifique exposant la théorie des cellules souches : « *il y a un dérèglement de cette cellule qui fait qu'elle part en "live"...Voilà comment j'explique la maladie... Ça peut effectivement déboucher sur une guérison totale et définitive* », suggère-t-il.

La métaphore du combattant émerge également de son discours ; la réversibilité de l'état des cellules souches dépend selon lui de l'affect, c'est-à-dire de sa capacité à maîtriser ses affects « *c'est toujours lié à l'affect, mais à l'affect par rapport à quelque chose, je sais que ça peut être un être humain ou autre chose...* ».

Un clivage semble s'opérer pour lui entre la partie malade, qui tendrait à lui échapper, et la partie encore saine, celle qui devrait se battre : « *récupérer mon physique et me battre contre la maladie dit-il ; parce qu'en fait le cancer a détruit, enfin, à commencé à détruire un poumon, mais il ne m'a pas séché quoi... Rien n'est insurmontable* » conclut-il.

Parlant de sa compagne on perçoit qu'elle est pour lui clivée, tantôt décrite comme un ami (il utilise le pseudonyme masculin de Fred lorsqu'il parle de leurs randonnées dominicales), tantôt épouse, tantôt mère, « *je suis quelqu'un de très câlin, je suis en demande de câlins avec toutes personnes avec qui je suis.* »

Bilan psychologique

Dans le cadre des dispositifs d'annonce, il est important d'administrer un bilan psychologique afin d'identifier les fragilités psychiques des patients pour mieux adapter les prises en charge.

Nous ne ferons référence ici qu'aux résultats du MMPI car ils permettront d'illustrer en quoi à partir d'une problématique hypocondriaque, l'annonce d'un cancer peut venir mettre à jour des angoisses précoces.

Profil du MMPI

Le résultat obtenu aux échelles cliniques montre que le profil est valide, l'ensemble des notes se situe dans la moyenne.

Echelles cliniques : 1'378-2469/50

MMPI-2

S.R. Hathaway et J.C. McKinley
*Inventaire Multiphasique de
 Personnalité de Minnesota-2*

ecpa Les Editions
 du Centre
 de Psychologie
 Appliquée
 25 rue de la Harpe - 75006 Paris Cedex 02

Nom : _____

Age : _____

Adresse : _____

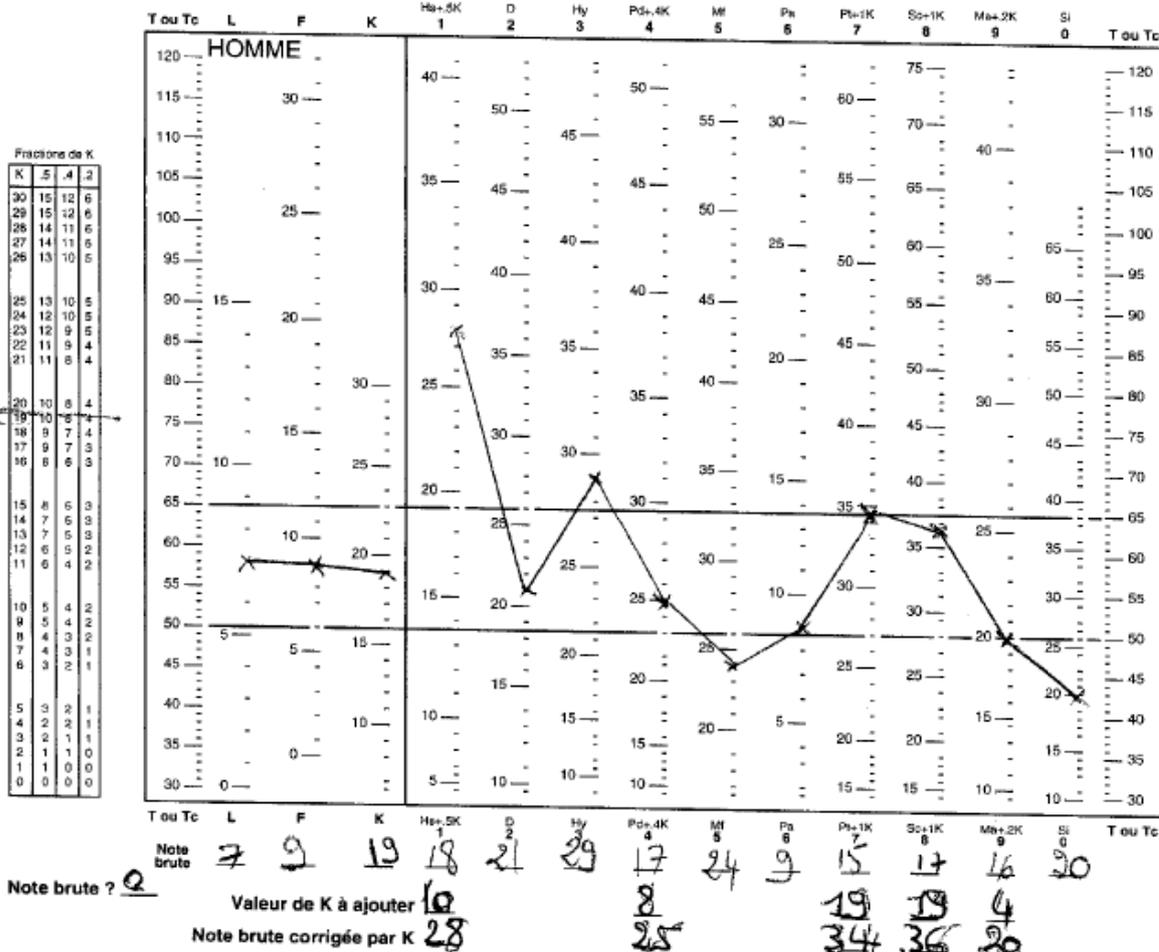
Feuille de profil - Echelles cliniques de base

Translated and Adapted by Permission.

Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

Date de passation : _____



Les échelles cliniques du MMPI indiquent chez Mathieu la présence de deux principales composantes : il s'agit d'une composante majeure de type hypocondriaque (troubles alimentaires : anorexie, nausées, obésité, fatigue, troubles du sommeil) et d'une composante hystérique (moins marquée mais supérieure à la moyenne). L'association de ces deux échelles permet d'identifier une personnalité dans laquelle les troubles somatoformes majeurs peuvent prendre l'allure de symptômes de conversion.

Mathieu est certes tendu mais il ne présente pas de tendance dépressive. Il offre une image responsable, irréprochable. Il a recours à différents mécanismes de défense (projection, rationalisation...) afin de procéder à une construction excessivement optimiste de sa situation et du monde en général. Immaturité, égocentrisme, besoin d'attention, d'affection et de sympathie le caractérisent. Il est très dépendant d'autrui tout en vivant très mal cette dépendance. Il est liant, socialement extraverti mais entretient des relations sociales superficielles (score à l'échelle Si - d'introversion sociale - très faible).

Il est en difficulté avec les personnes de sexe opposé (échelle Mf faible).

La personnalité de Mathieu se structure sur un mode névrotique.

L'intensité des symptômes physiques est majorée en période de stress (perte de connaissance au moment de l'annonce) comme la recherche de bénéfices secondaires.

Il est intéressant de constater que les échelles psychopathie et schizophrénie se situent dans la fourchette supérieure de la moyenne (Pt 65 et Sc 63), ce qui correspond à un comportement d'allure schizoïde se retrouvant dans les allusions faites par Mathieu à l'origine de sa maladie. L'évocation d'un cancer « primitif » fait l'objet d'associations d'idées relevant des « peuples primitifs ».

En effet sa première explication de la maladie se traduit en : « *C'est comme un oiseau qui serait venu pondre des œufs et serait reparti sans demander son reste.* » Le nid de l'oiseau a été trouvé", « *alors qu'il aurait pu partir pour le faire ailleurs.* » Nous retrouvons là une explication profane du cancer qui associe le cancer au fait d'avoir été le dépositaire de germes, d'embryons d'un animal parasite se développant dans le corps de Mathieu. Nous assistons là à une véritable mythologie proche des conceptions jungiennes des archétypes communs à l'humanité. Ces images perdurent dans les entretiens qui suivent sous une forme plus nuancée cette fois, le cancer est associé à des préoccupations toujours en lien avec la naissance et la maternité (explication du cancer du sein et de l'utérus...).

Dans ces diverses évocations, on peut donc constater l'existence de préoccupations hypocondriaques. Mathieu se forge une représentation de sa maladie à partir des préoccupations familiales qui sont celles d'une lignée dans laquelle l'hérédité semble inscrite sous l'égide d'un « germe » mortels (famille atteinte de malformations artério-veineuses susceptibles de

provoquer des hémorragies cérébrales dont il est lui-même porteur). On peut aussi se demander si, par cette construction mythique de la maladie, Mathieu n'exprimerait pas un fantasme de bisexualité (très souvent présent dans l'hystérie) : il est à la fois pris dans l'ambivalence d'indentifications masculines et féminines, en effet c'est un homme en position féminine puisqu'il est en mesure de porter des œufs, de donner naissance...

Discussion

Nous souhaiterions centrer tout d'abord la discussion autour du thème de l'angoisse dans le climat traumatique de l'annonce. Les représentations sociales du cancer qui s'ensuivent, empruntent de manière très singulière, (i) tantôt à une représentation anthropologique (ontologique) de la maladie qui traverse 24 siècles depuis le crabe de l'antiquité grecque jusqu'à la cellule folle des théories virchowiennes, (ii) tantôt aux connaissances scientifiques les plus récentes (cellules souches) pour les recycler sous la forme d'un savoir profane. Dans ces deux cas, il est toujours question d'une intelligence, d'une malignité qui démontre que le malin a un double signifiant, médical et mythologique. Ce qui est angoissant ici, c'est que cette menace extérieure et imminente soit entrée en résonnance avec une menace pulsionnelle, censurée par la culpabilité inconsciente. Elle concourt à un auto-clivage narcissique du sujet et le confine dans une position régressive.

L'empreinte anthropologique tout d'abord : Le discours fait mention de la notion de "primitif" que l'on peut percevoir avec ses deux acceptions. Dans le langage médical, il est courant que le vocable primitif soit un raccourci pour "cancer primitif", c'est-à-dire le cancer natif d'un organe donné, issu d'un lignage tissulaire. Il est cependant douteux que pour le sujet, l'acception soit la même. Primitif pourrait correspondre au signifiant anthropologique "sauvage". Cette métaphore n'est d'ailleurs pas éloignée de l'évocation discursive d'un oiseau, puis d'un œuf et finalement d'un embryon. Il s'agit donc d'un vivant, en tant que vivant, qu'il n'aurait pas dû provoquer (cf. infra). Le sujet opère un mouvement de reliaison dans l'après-coup de l'annonce de la maladie. De son discours affleure, autour de la thématique de l'œuf, une tentative de rétablissement d'une réalité psychique. Or, ce retour ne se fait pas en aimantant n'importe quelle représentation parmi l'ensemble des énoncés constitutifs du discours sociétal

(profane) sur le cancer. La relation s'opère en tentant de répondre à la question que pose le trauma: comment les origines peuvent-elles de nouveau être pensées? On voit que le patient fait ici appel à une thématique pratiquement archétypique. Ceci est à l'origine d'un moment psychotique alors même que la structure du sujet n'est pas de type psychotique.

Par conception anthropologique (ou ontologique) de la maladie-cancer, nous suggérons qu'elle apparaît comme un être en tant qu'être, venu coloniser le sujet. Cet être est malveillant, il est même ici délirant puisqu'il est perçu comme une cellule "partie en live", mot argotique récent que l'on peut rapprocher d'incontrôlable, atteint de folie. Or la théorie cellulaire de Virchow, dont le prolongement n'est autre que la théorie actuelle des cellules souches, loin de supprimer les représentations ontologiques courant depuis l'antiquité (le crabe, le djinn, le loup, etc.) les ont renforcées pour les ramener à l'échelle cellulaire : cellules folles anarchiques (Darmon, 1993), à tel point que tout désordre venant perturber le *socius* mérite dans le langage médiatique et politique actuel, le qualificatif de cancéreux.

La représentation du cancer est fortement connotée d'une censure surmoïque. La culpabilité inconsciente affleure dans le discours du sujet à de nombreuses reprises. Tout d'abord, la curieuse mise en relation du cancer du sein et du rôle maternel : le cancer survenant après la perte d'un enfant relève, à notre sens, d'une angoisse de séparation (Freud, 1926). La mise en lien de la perte du mari avec un cancer de l'utérus est une rencontre avec l'angoisse de castration (Lacan, 1938). Ces étonnantes conceptions laissent supposer que la représentation du cancer du poumon rencontre de façon inconsciente dans le réel traumatique de l'annonce un élément pulsionnel que le patient, ici, appelle sentimental alors qu'il est plutôt d'ordre affectif. Cela prouve que la censure surmoïque est à l'œuvre et qu'elle n'a pu qu'amplifier l'angoisse jusqu'à envahir le *moi* et créer une discontinuité (Assoun, 2008).

Cette pulsion inconsciente prend une forme quasi animale puisque, selon les dires du patient, il n'aurait pas dû la provoquer. Ainsi, dit-il, les événements sentimentaux ont provoqué son cancer. La dynamique pulsionnelle articulée à ces représentations psychiques est annihilée, tétanisée par l'impossibilité d'un dire. Le fantasme ici ne fonctionne plus, il n'est plus l'écharpe autour du système symbolique – réel – imaginaire (RSI). Le sujet n'est plus que réel de l'angoisse.

L'auto-clivage narcissique du moi concourt à la perte de connaissance. Il contribue à la représentation clivée de la personnalité, une partie encore saine chargée de se battre pour l'autre partie devenue malade. Le mode régressif n'est qu'un symptôme et l'angoisse est l'affect organisateur de l'ensemble du cortège symptomatique. Dans ces circonstances, la position du thérapeute devrait être de structurer le discours et ne pas tenter de l'imposer (Balint, 1957).

MARIA ET SES DEUX FILLES : REFLEXION AROUND DU COMPLEXE DE SEVRAGE

Maria, âgée de 56 ans, a indiqué lors de sa première visite dans le service que ce serait sa fille aînée qu'il faudrait prévenir...

Elle a deux filles âgées d'une trentaine d'années issues d'un mariage auquel elle avait mis fin il y a plus de vingt ans. En décembre dernier, elle s'était séparée de l'homme avec lequel elle vivait depuis quelques années. Elle se retrouvait seule à assumer les charges d'une maison devenue trop grande alors qu'elle avait peu de revenus. La maladie pour laquelle elle est prise en charge n'est pas à l'origine de la séparation d'avec son compagnon, mais elle l'a apparemment accélérée.

C'est donc une femme à l'allure encore jeune malgré ses 56 ans, et atteinte d'un cancer du poumon, que nous rencontrons pour la première fois lors du début d'une chimiothérapie.

Le soignant qui rencontre Maria ne peut être que surpris par le décalage existant entre son âge civil et son apparence. Les cheveux longs et blonds, aucune ride au visage, l'allure mince, elle ne paraît guère plus âgée que ses filles. La vie quotidienne de Maria a beaucoup changé. Le bouleversement de la prise en charge de sa maladie est venu s'ajouter aux difficultés de la séparation. La maison qu'elle habite est aujourd'hui trop grande et surtout très isolée. Ne conduisant pas, elle met à contribution son frère le plus proche géographiquement (elle est issue d'une fratrie de cinq dont elle est la seule fille). Evoquant cet isolement, elle parlera au cours de la conversation d'une solitude aiguë.

Cette solitude, elle l'a créée elle-même en grande partie. C'est par choix qu'elle n'a pas eu d'orientation professionnelle particulière et n'a pas, de ce fait, exercé un métier. C'est également par choix qu'elle est restée jusqu'ici dans cette maison grande et isolée, n'entretenant des liens qu'avec des personnes éloignées qu'elle contacte par téléphone : une belle-sœur habitant à Lyon (elle est par contre fâchée avec l'épouse du frère le plus proche, lequel lui rend régulièrement services), une nièce vivant au Moyen-Orient et qui subvient partiellement à ses besoins financiers.

Il faut dire que Maria a de curieuses habitudes. Elle a des phobies. L'une d'elles, par exemple, est qu'elle ne peut uriner en dehors de chez elle ou alors avec de grandes difficultés. Ainsi, lorsqu'elle séjourne dans la famille de l'une de ses filles, elle prétexte des rendez-vous

importants pour ne passer que quelques heures mais jamais elle ne restera au-delà de la fin du jour. De même à l'hôpital, satisfaire ce besoin naturel impose un rituel particulier. Le personnel, compréhensif, lui a confectionné un panneau spécial tel que lorsqu'elle doit s'isoler, personne, pas même le personnel soignant n'entre dans sa chambre. Secrète, cachant ses émotions, les traits assez peu expressifs (vraisemblablement du fait d'injections de toxines botuliques), Maria ne se livre pas à la psychologue. C'est de ses filles, et de l'entretien que cette dernière saura conduire simultanément avec elles deux, qu'émergera l'anamnèse de cette famille.

L'ainée a 34 ans, la cadette 29. Une grande complicité les unit et la phrase que l'une commence, l'autre la termine, ou l'appuie d'une répétition un peu à la manière de Dupond et Dupont. Il n'y a pas de clivage dans leur façon d'appréhender la situation de leur mère. Leur histoire familiale se dévoile dans leur discours stéréophonique, mais l'historicité n'est pas reconstruite conventionnellement, c'est-à-dire depuis le début jusqu'au temps présent. Elle s'écrit plutôt comme un blog dont les premiers articles relatent les événements les plus récents ; et plus on descend dans la discussion, plus on se rapproche du point d'origine. Lorsqu'elles s'expriment, le pronom utilisé est « on », comme si chacune parlait pour elles deux. En fait, le discours de l'une trouve un étayage dans celui de l'autre.

De la situation présente, il apparaît qu'elles font grand cas d'un principe fondamental : elles ont chacune leur famille. En les écoutant, on serait tenté de penser « *chacun sa vie* ». C'est d'ailleurs ce qu'elles finiront implicitement par énoncer. La fille cadette est la mère de trois enfants, la fille aînée de deux. « *Voilà, effectivement, on a notre famille et on ne peut pas...De toute façon cela ne changerait rien.* »

Les deux sœurs ont fondé un foyer et elles se sont totalement investies dans leurs fonctions de femmes au foyer, puisqu'elles n'ont pas d'activité professionnelle. Elles semblent très proches : proximité géographique (habitantes de la même commune), concordance des attitudes et similitude des défenses mises en jeu face à la situation de leur mère.

Leur rôle de proche, elles le conçoivent en grande partie comme un devoir.

« *Elle se plaint tout le temps, mais forcément c'est surtout à ma grande sœur, dit la cadette avant d'ajouter, comme on dit, des fois, on est obligé de ...* »

Comme en écho, l'ainée parle des aides apportées à leur mère comme s'il s'agissait d'un planning de travail : « *Des fois, le jour de repos, c'est le dimanche. Là par exemple, la semaine prochaine, on y va vendredi et le dimanche en plus, mais là, elle va déménager, donc ça va aller mieux.* »

Le moyen de défense le plus éprouvé et le mieux partagé semble être la rationalisation; elle caractérise l'économie psychique des sœurs et semble avoir préexisté au cancer de leur mère : « *C'est sûr que bon, ça fait un choc au début, dit la cadette, mais bon, après quoiqu'il en soit...* ». Plus loin, elle rajoutera « *Cela ne change rien à notre vie quotidienne, mais à côté de ça on vit normalement. Je veux dire, si on a des fêtes avec nos amis, on a des fêtes avec nos amis.* »

Affleurent cependant des affects d'angoisse. Chez la cadette, cela s'exprime sur un mode d'identification. Le principal reproche qu'elle formule à l'adresse de la mère est d'avoir « *mal organisé sa vie,* » de n'avoir cherché qu'une jolie vie, fréquenté des « *endroits friqués* » et vécu aux dépens de compagnons qui la gâtaient et qui font aujourd'hui défaut. Pourtant ce comportement, la cadette admettra, plus tard au cours de l'entretien, qu'elle l'a en partie adopté. Dans son ménage, seul le mari travaille. De cette répétition familiale, elle se justifie comme suit : pour elle, seuls ceux qui travaillent ont le droit de se plaindre, un droit qui est dénié à leur mère.

« *Des fois, on se décharge sur quelqu'un, comme je vous ai dit tout à l'heure, moi des fois, quand je suis un peu excédée des enfants et tout, quand il rentre [mon mari] je dis que j'en ai marre ; alors lui me dit "oui mais moi je travaille"* » avant de rajouter, « *c'est exactement pareil sauf que là c'est différent.* »

Cette identification, si subtilement exprimée, la cadette la reconnaît comme angoissante : « *quand je suis un peu oppressée des enfants et tout, je m'en prends à mon mari,. Enfin...* » Peut être exprime-t-elle ainsi qu'elle est elle aussi une enfant oppressée.

Il est un trait du discours des deux filles qui affleure souvent dans leur langage commun: la litote. Cette façon désuète et même un peu surannée de renforcer l'idée exprimée en semblant l'atténuer afin que l'interlocuteur corrige de lui-même le sens recherché, tranche singulièrement avec le fond du discours où les fautes de syntaxe d'un parler moderne confinent au *talkshow*.

« *La maladie, ça n'a rien arrangé* », dit l'ainée.

« ... *après c'est vrai, je vais pas vous dire... on va pas éclater de rire et être contentes de ce qui se passe...* », affirme la cadette avant de rajouter « *on n'est pas tous les deux jours là-bas,* »

« *C'est vrai qu'elle n'habite pas à côté* », renchérit l'ainée, parlant du domicile de leur mère.

Cette utilisation généralisée et comme désabusée de la litote ne fait que renforcer l'impression d'une mise à distance de l'évènement par les filles. Peu à peu, cette mise à distance inconsciente émerge du discours et il apparaît que ce mécanisme de défense, la méconnaissance, pourrait s'appliquer non seulement à la situation mais aussi à la mère. Ainsi, évoquant la situation de chaque membre de la famille, la cadette dit :

« *Elle a deux frères qui sont proches de chez elle, mais ils ont des vies.* » Parlant du mode de vie de leur mère, l'ainée expliquera :

« *Nous on lui dit c'est pas ça la vie maman.* »

On touche ici à une exclusion particulière. Selon elles, leur mère n'est pas « dans la vie. » L'ainée dira même « *Elle est un peu sur une autre planète notre maman.* » Cet ailleurs, cet a-normal qui est évoqué directement lorsque l'ainée ajoutera : « *Elle est un peu décalée dans la vie, même parce qu'elle a jamais travaillé.* »

Les préoccupations matérielles des filles soulignant leur perception de « la notion des choses » et évoquant le fait que leur mère n'a, d'après elles, à ce jour construit « *rien de concret* », évoque un mécanisme de défense par rationalisation. Il est question de fournir une explication de la maladie et elles la trouvent dans une théorie psychogénétique du cancer du poumon de leur mère. De façon subliminale et sans que cela soit probablement conscient et/ou assumé par les filles, elles considéreraient que ce qui est arrivé à leur mère est expliqué dans l'anamnèse de sa vie passée.

« *Elle a divorcé et elle a toujours eu... une chance ; mais aujourd'hui c'est une malchance* », dit l'ainée. Parlant du cancer, la cadette rajoute

« *Ça ne tombe pas du ciel, c'est malheureux.* »

L'une parle de malchance, l'autre de malheur. Mais pour l'adepte de la litote qu'est la cadette, si elle affirme que « *ça ne tombe pas du ciel*, » on est en droit de supposer que ce n'est pas une bénédiction. Il s'agit donc d'une malédiction. Inconsciemment, est exprimée l'idée que le cancer résulte d'une malédiction frappant la mère dans son étrangeté et son immatérialité. La continuité entre la vie passée et l'avènement brusque d'un réel du cancer est affirmée implicitement plus tard dans l'entretien :

« *Parce qu'il y a trois mois de ça, on savait pas, et elle allait pas bien du tout non plus, la solitude qu'elle avait, elle l'avait déjà...* », dit la cadette.

C'est de l'étrangeté de la mère (qui habite sur une autre planète) que viendrait l'isolement et la malchance, laquelle est liée dans le malheur par une malédiction. Elles ne sont guère éloignées des conceptions magico-religieuses d'une maladie punitive en réponse à une faute, hypothèses naïves entourant le cancer depuis l'antiquité grecque.

Certes, il y a aussi un sens de la culpabilité chez les filles. Celui-ci s'exprime sous la forme d'angoisse, principalement chez l'aînée, angoisse reconnue par la cadette.

« *Elle est vraiment plus angoissée* » dit-elle parlant de sa sœur aînée,

« *J'ai tendance à être plus angoissée, donc j'ai plus tendance à me...à me culpabiliser vis-à-vis de ma mère, mais ma sœur me dit non.* »

« *Culpabiliser ! Je ne vois pas pourquoi elle culpabiliserait, c'est le monde à l'envers* » affirme la cadette, « *un enfant qui va culpabiliser pour ses parents.* »

Et voici la culpabilité liquidée par un satisfecit que les deux sœurs se décernent mutuellement ; mais de quel monde à l'envers s'agit-il ? Si ça n'est pas aux enfants à culpabiliser pour les parents, est-ce donc que la mère devrait se sentir coupable vis-à-vis de ses filles ? S'agit-il ici aussi d'une litote ?

Et c'est là qu'enfin se dévoile le vrai sens de ce complexe. Ce n'est pas, comme l'on pourrait le croire, le mode de vie de la mère qui est l'objet du reproche des filles. Même si cela est affirmé, il ne peut s'agir ici que d'un écran, un pare-feu bien fragile dans la mesure où chacune des filles semble avoir adopté, pour sa part, le mode de vie que leur mère leur a

présenté dans leur prime enfance : celle d'une mère au foyer, sans profession. La liquidation de la culpabilité s'opère en rendant la mère responsable de sa maladie.

« Malgré tout, elle n'a rien fait pour ne pas être dans cette situation, dit la fille aînée avant de rajouter, c'est malheureux, mais... »

La maladie, rupture dans la vie de la mère, est lien anamnétique dans l'imaginaire des filles. Et ceci pour la raison suivante : alors que l'aînée avait 12 ans et la cadette 7 ans, leurs parents se séparèrent. Fait relativement rare à cette époque où il se situait, ce fut le père qui eut la garde des deux filles. Quand elle l'évoque, la fille cadette suggère que cette répartition inhabituelle (une garde exclusive par le père) tenait au fait que celui-ci travaillait contrairement à leur mère. Il s'agit là d'une projection puisque le fait qu'une mère soit sans profession n'a jamais constitué un obstacle à ce qu'elle ait la garde des enfants, bien au contraire. La situation présentée est d'autant plus incompréhensible que le père, représentant de commerce, était absent de son domicile une semaine sur deux. Il y aurait donc eu un déficit de la fonction maternelle, qui aboutira d'ailleurs à ce que l'aînée soit partie vivre en couple dès l'âge de 16 ans, et que la cadette lui emboita le pas à l'âge de 14 ans. C'est bien ici dans cette partie de l'anamnèse que se situe le contentieux et non pas, comme on aurait pu le croire, dans les événements récents de la vie de leur mère. Le reproche premier n'est pas qu'elle n'ait pas travaillé, mais qu'elle n'ait pas contribué significativement à leur éducation. Aujourd'hui, à l'hôpital se joue peut-être un deuxième effondrement, une deuxième séparation, la remémoration de l'effondrement déjà survenu.

Rupture du point de vue de la mère mais continuité du point de vue des filles, le cancer est indissociable d'un mal être.

« Moi je pense que déjà un mal être comme ça toute la vie, quelque part après on se déclenche certaines choses » dit la cadette, affirmant ainsi la psychogénèse du cancer de sa mère. Et la conclusion d'émerger du discours de l'aînée :

« Et du coup, la maladie en plus, ça arrange pas du tout. »

Une dernière litote, car en effet, la maladie dérange en ce sens qu'elle force chacune des sœurs à sortir du rang.

Décryptage

Deux aspects singuliers issus de l'entretien avec les filles méritent un développement.

Celui d'une théorie psychogénétique du cancer issu du savoir profane. Ce savoir est d'ailleurs amplement véhiculé médiatiquement par de nombreux ouvrages, faisant appel à des conduites, des comportements et des alimentations anti-cancer.

Celui d'une structuration sous-jacente d'un complexe de sevrage, lequel nous semble cliniquement identifiable chez les filles, à la lumière de la relecture des complexes familiaux dans la formation de l'individu (Lacan, 1938).

Le premier volet, celui de la psychogénèse supposée de la maladie de Maria nous prendra assez peu de temps car il s'agit de notions de psychologie sociale connues (que nous avons d'ailleurs développées plus longuement dans une autre section de ce document).

Historiquement, la première théorie psychogénétique du cancer remonte à Hippocrate de Cos (460-370 av JC) qui reconnaissait dans l'atrabile (bile noire ou *mélancholos*) l'humeur propre du patient atteint de cancer. Ainsi, un trait de caractère (atrabilaire, mélancolique) était-il en lien direct avec l'apparition d'un cancer des mamelles ou de la matrice. Il n'est pas du propos de cette synthèse de dresser l'historique des théories sur la nature des cancers, toutes frappées de la même explication psychogénétique. Citons cependant Gui de Chauliac (1298-1368) qui appelait les cancers visibles à l'examen des *noli me tangere*, propres mots du Christ à l'adresse de Marie-Madeleine après la résurrection, désignant les stigmates. Arnaud de Villeneuve (1238-1311) parlait dans ses traités de loup cancéreux et allait même jusqu'à considérer qu'il s'agissait de véritable être, d'un loup « *car tous les jours, il mangeroit une poule ou s'il ne la voit pas, il mangeroit une personne* ». Enfin, la conception magico-religieuse que le cancer soit associé à une punition divine est perceptible dans un pamphlet chanté contre Richelieu (décédé en 1642), atteint d'un cancer du rectum dont il devait décéder (Darmon, 1993): « *son ulcère vengeur d'innocents...* »

Le lecteur pourrait à juste titre considérer que nous n'en sommes plus là et que les progrès scientifiques ont rendu caduques, et pour ainsi dire folkloriques, ces hypothèses psychogénétiques. Ce serait oublier que la peur d'un fléau n'est pas soluble dans le progrès scientifique tant que celui-ci n'est pas parvenu à liquider la question. Freud, dans la 33^e conférence (Freud, 1933), avait dit que l'on pouvait compter sur l'imaginaire pour recycler en croyance des théories médicales devenues obsolètes. C'est ce qu'il est convenu d'appeler en langage psychosocial le savoir profane.

Il n'est pas de notre propos de rapporter ici la complexité de ce que met en jeu le savoir profane, mais si l'on voulait résumer brièvement la conception sociale du cancer et du patient cancéreux, nous dirions aujourd'hui que cette maladie, et par conséquent les patients qui en sont atteints, ont pris la place qui était celle de la tuberculose et des tuberculeux au XVIII^e siècle. Le patient tuberculeux était considéré comme souffrant de lui-même, et on lui faisait porter la responsabilité de sa maladie car, disait-on, il se consumait de l'intérieur du fait du romantisme ou du fait de sa mauvaise vie. Ce n'est pas seulement l'épidémiologie supposée infectieuse et la contagiosité de la maladie qui créait l'isolement en milieu sanatorial, c'était plutôt le jugement d'attribution que l'on portait sur le fait que certains sujets soient atteints. S'ils l'étaient, c'était pour une cause et une seule : leur propre consommation. Fait remarquable, la découverte du *mycobactérium tuberculosis* par Robert Koch, n'a pas mis fin à la théorie psychogénétique de la tuberculose, c'est la rifampicine qui y est parvenu à la fin des années 1960 ; il est possible de mener ici le parallèle avec les conceptions psychogénétiques actuelles du cancer, puisque le démantèlement des anomalies génétiques sous-tendant l'induction puis la prolifération des cancers est de mieux en mieux connu sans pour autant que les théories psychogénétiques (le bon combat, le bon régime, etc.) montrent le début du commencement d'un recul. Il suffit pour s'en convaincre de voir les titres des ouvrages les mieux vendus prétendant aider les patients atteints de cancer. C'est que le démantèlement scientifique de causes multiples est inaccessible au savoir profane, toujours réducteur et procédant par inférence plutôt que par une méthode hypothético-déductive. A la vision du tuberculeux comme malade de lui-même touché par une consommation interne, on pourrait opposer celle du patient atteint de cancer habité par un être à part, ce qui transparait dans le discours des filles sous le terme de « mal être » venu pour ainsi dire habiter leur mère.

S'il n'y a pas de sanatorium pour cancéreux, c'est parce que l'isolement social est devenu beaucoup plus subtil. Le sociologue américain Richard Sennett en avait eu l'intuition dès les années 50, lorsqu'il décrivait le « paradoxe de l'isolement dans la transparence. » Sa conviction était que la vie moderne mettait à nu, au propre comme au figuré, le sujet en tant qu'animal social, le déshabillait de son appartenance à un groupe, et visible de tous, il ne pouvait trouver de refuge que dans le silence et le retrait social. Cela est perceptible par bribes, dans le difficile entretien avec Maria parlant de solitude aiguë comme s'il s'agissait d'un symptôme douloureux susceptible d'atteindre une acmé.

Nous reviendrons plus en détails sur ces questions de préjugés de stéréotypes sociaux, de jugement d'attribution, rattachés aux cancers et aux patients qui en sont porteurs, contagion d'une peur métaphorique susceptible d'être rappelée en tant qu'adjectifs devant tout désordre atteignant le corps social (« *l'assistanat, c'est le cancer social* », selon la déclaration du ministre Laurent Wauquiez en mai 2011)

Le deuxième volet de cette discussion porte sur l'hypothèse que nous faisons que chacune des sœurs, face à la contingence très particulière de la maladie de leur mère, réactive un complexe de sevrage. Il faut tout d'abord préciser que dans son texte de 1938 (les complexes familiaux dans la formation de l'individu), Lacan propose une définition sensiblement décalée, par rapport à la conception freudienne du complexe, celle formée par l'objet et la réaction à l'objet. Lacan considère que Freud cherchant des explications biologiques, a conçu le complexe comme une forme supra-évoluée de l'instinct et que pour cette raison, le complexe freudien est totalement inconscient. Cependant, Lacan admet qu'il puisse être partiellement conscient, même si dans ce cas les sentiments familiaux, sont souvent l'image inversée des complexes inconscients. Ainsi, le dévouement et le sens du devoir des deux filles peuvent-ils être l'image inversée d'une agressivité inconsciente. Lacan reconnaît cependant une ressemblance entre complexe et instinct : c'est la stéréotypie de leur mise en jeu. Pour l'instinct, c'est le caractère univoque de la réaction qui ne peut être modulé ; pour le complexe, quelle que soit l'attitude que celui-ci a générée, inhibition, méconnaissance, ignorance passionnelle, rationalisation, c'est toujours le même objet qui provoque la mise en jeu de ce complexe. La stagnation dans le complexe se compare donc à la stéréotypie de la réaction de l'instinct (animal) à la différence près de la culture. Il y a bien, chez les deux filles, dès le début de l'entretien une tentative de

rationalisation de la situation créée par le cancer de leur mère. Il y a bien aussi un objet commun : la séparation d'avec la mère.

Actes manqués, rêves, symptômes attestent du caractère inconscient du complexe. Dans notre observation, le symptôme le plus apparent que les filles de Maria nous présentent, est probablement celui de la répétition familiale. En effet, sous la phrase énigmatique « *c'est exactement pareil sauf que là c'est différent* », la cadette pose là une définition parfaitement lacanienne de la répétition : la répétition n'est pas le retour du même, elle n'est pas la réitération, elle se décale ; c'est donc bien pareil mais tout à fait différent.

Qu'est-ce qui nous autoriserait dans cette observation à proposer la piste du complexe du sevrage pour expliquer le caractère protéiforme de la réaction des deux filles, leur rationalisation face à l'insupportable (théorie psychogénétique du cancer décrite ci-dessus), leur inhibition, les répétitions dont elles font preuve.

Nous l'avons vu, les sentiments familiaux exprimés sont souvent l'image inversée du complexe inconscient. Or, l'une et l'autre s'expriment par litote, qui est précisément une expression inversée visant à mettre l'interlocuteur sur la piste de ce qu'il doit découvrir.

Le sevrage a été décrit par Lacan comme le premier traumatisme psychique biologiquement inévitable. Celui-ci est généralement accepté ou refusé, ou plus vraisemblablement les deux dans la mesure où la personnalité (*le moi*) n'est pas encore achevée laissant donc place à l'ambivalence primordiale de l'inconscient.

La représentation inconsciente du sein maternel (imago maternel), objet du sevrage, a été à la fois acceptée et refusée. Par contingence opératoire, le sevrage est un traumatisme psychique dont les effets individuels sont les symptômes tels que les addictions orales. Le sevrage laisse une trace permanente de la relation biologique qu'il interrompt.

L'ambivalence primordiale intervient parce que le sevrage survient trop tôt dans la formation du *moi* pour qu'il y ait destruction des intentions inconscientes d'acceptation et de refus. En effet, la prématurité de la naissance de tout humain, seul exemple du règne animal naissant trop tôt, ayant une longue enfance dépendante et une puberté tardive, est explicative de

la fonction du complexe, de l'importance de la culture, et c'est cette prématurité qui se répète dans la rupture toujours prématurée d'avec la mère.

L'ablactation, le sevrage au sens biologique, est une répétition de la fin de la vie in utero, temps où la séparation de la mère se manifeste par la triade du malaise (malaise cardio-respiratoire, vertige labyrinthique, froid des téguments) et ne peut être un traumatisme psychique au sens strict du fait de l'absence de myélinisation des centres.

La survenue ultérieure du complexe n'a une fonction organique que par contingence quand elle supplée à une insuffisance vitale par la régulation d'une fonction sociale. Le complexe est ici une unité fonctionnelle du psychisme qui a pour fonction de pallier une insuffisance vitale congénitale liée au statut d'humain.

La sublimation de l'imgo de la mère est indispensable à l'acquisition d'autres fonctions vitales et d'une fonction sociale. Dans ces conditions, le complexe vient en substitution de l'instinct en tant qu'unité psychique spécifique de l'espèce humaine. Dans cette observation, les deux filles par leur fatalisme cherchent à retrouver l'imgo de la mère, c'est-à-dire l'imgo du sein maternel.

Leurs familles nucléaires respectives deviennent pour elles l'objet d'une affection distincte de celle qui les unissent à leur mère. Cela signifie que s'il n'y a pas dépassement hors de la vie de la cellule familiale, c'est qu'il y a peur d'une répétition du sevrage, ce qui fait qu'il n'y a vraisemblablement pas chez les deux sœurs une liquidation du complexe de sevrage. Leur famille propre, qu'elles qualifient de « chacune sa famille » est le symbole adéquat de substitution à l'imgo du sein maternel. Pourquoi ?

Il est possible que la rupture alors que l'aînée avait 12 ans et la cadette 7 d'avec la mère, ait été une liquidation forcée de leur complexe de sevrage. On le sait, chez les animaux, l'instinct maternel disparaît au moment de l'ablactation. Chez les humains, la forte dépendance de l'enfant impose le maintien de l'amour maternel que Winnicott qualifiait d'environnement bon suffisamment et qui contient.

Toute personne qui ne lutte pas pour exister hors de son groupe familial n'atteint pas une personnalité complète. Pour Lacan, l'imgo du sein maternel évolue depuis le sevrage par progrès successifs et remaniements. La saturation du complexe crée l'amour maternel ; plus tard,

la sublimation du complexe crée le sentiment familial ; enfin la liquidation du complexe est nécessaire au sens social. Pour les deux sœurs, il y a probablement eu liquidation avant qu'il n'y ait eu sublimation, ce qui laisse une place pour la répétition familiale.

Nous avons conservé pour la fin de cette discussion un élément primordial, étayant la réactivation du complexe de sevrage et sa possible interférence dans la relation des deux sœurs avec leur mère au moment précis où leur relation devrait se rapprocher. Quelques mois avant la maladie, Maria a subi une chirurgie esthétique : elle a fait augmenter le volume de sa poitrine par des prothèses mammaires. Les deux sœurs en ont « profité » pour faire de même auprès du même chirurgien (qui a donc pu placer six prothèses mammaires !). C'est bien l'imgo du sein maternel qu'elles recherchent probablement depuis la rupture de leurs parents, jusqu'à vouloir internaliser le sein maternel ; sauf que ce sein est faux ; une preuve supplémentaire d'identification à la mère.

FRANÇOISE : LA CAPACITE D'ETRE SEUL(E)

Dans la section 1.2. (page 34) nous avons souligné qu'il y a au moment de l'énonciation du signifiant cancer une commotion psychique d'une intensité que le *moi* ne peut pas soutenir. Elle est susceptible de provoquer un auto-clivage narcissique du moi. La dynamique psychique à l'œuvre est superposable à celle classiquement décrite dans *Die Spaltung* : celle de la perte, suivie du jugement d'attribution permettant l'acceptation de la perte, le deuil et finalement, ce qu'il est convenu d'appeler restitution de la santé et qui est plutôt en fait l'ancrage au soi comme objet de retrouvaille.

Winnicott (1958) a défini la capacité d'être seul comme une expérience paradoxale, celle d'être seul en présence de L'autre, et la considère comme une propriété fondamentale du sujet démontrant sa maturité émotionnelle et la santé de sa relation au *moi* (*ego-relatedness*). Dans cette observation, nous présentons la fonction possible de cette capacité d'être seul à l'œuvre dans les relations interpersonnelles (malade – autrui significatif (ici l'époux); malade – soignant). Nous discuterons ensuite des perspectives psycho-dynamiques que cette notion ouvre dans le champ de la construction du "dispositif".

VIGNETTE

L'annonce

Françoise est venue seule. Elle redoute ce qui l'attend. Elle est vêtue sobrement. Sa coiffure un peu dans les yeux cache son regard. Lorsqu'elle s'assoit sur le fauteuil, elle paraît sur la défensive, dans une attitude recroquevillée. Les hôpitaux, elle les connaît bien. Non pour sa propre santé mais parce qu'elle a fréquenté ces lieux pour ses parents et les parents de son mari. La consultation de ce jour vient finir le long chemin depuis le doute jusqu'au mot.

Monsieur n'est pas là aujourd'hui. Il est aux Baléares. C'était un voyage programmé de longue date qu'ils avaient envisagé de faire avec leur fille. Elle voulait être seule à parcourir ces étapes initiales. Elle avait promis à son mari d'effectuer les examens et de venir à cette consultation à la condition qu'il s'éloigne. C'est donc bien malgré lui que Monsieur n'est pas présent aujourd'hui.

Le médecin qui annonce le cancer a une formule qui reste gravée dans sa mémoire, « *il m'a dit, comme vous vous en doutez...* » C'est à la fin de cette phrase que, pour utiliser ses propres termes, le « *verdict* » serait tombé.

Rentrant chez elle, Françoise est seule. Son mari ne sera là que dans deux jours. « *Quarante huit heures à crier librement chez moi* » dit-elle.

L'après-coup

Françoise est une pessimiste. Ce trait de caractère, elle n'est pas la seule à se l'attribuer. Elle en reçoit le reproche implicite de son mari, l'optimiste ; il se qualifie lui-même de "chanceux". Pour sa part, Françoise considère qu'il n'est pas si chanceux qu'il le prétend. Elle se voit mourir très vite de son cancer et c'est une angoisse qui ne la quitte pas. Son mari, quant à lui, est confiant dans les chances de guérison. Il fait souvent l'exégèse des nombreuses situations critiques que son épouse a franchies avec succès. N'a-t-elle pas réussi en 2003 un sevrage de l'alcool puis du tabac ? Il est persuadé que c'est le caractère qui l'emportera sur la maladie. Lorsqu'elle parle du couple qu'elle forme avec son mari, elle parle de complémentarité et espère que son propre pessimisme sera équilibré par l'optimisme de son conjoint.

Son caractère s'infléchit naturellement vers un pessimisme schopenhauerien. Il s'y associe parfois une note de cynisme confinant au discordantiel¹⁹. A la psychologue venue lui demander comment elle allait elle répondit « *Comme quelqu'un qui a un cancer.* » Son discours est un mélange d'angoisse, de fatalisme et il prend souvent une connotation carcérale. De la même manière qu'elle parle de verdict lorsqu'elle évoque l'annonce du cancer, le mot très fort de « *condamnation* » est prononcé, et le statut de patiente rejoint celui de prisonnière accomplissant sa peine. Sentant le malaise que provoque l'évocation de sa propre mort en présence de la psychologue, elle a un large sourire. La conversation avec cette dernière prend alors un tour plus plaisant, elle parle du travail de son mari consistant à imprimer les adhésifs qui vont décorer des véhicules publicitaires. Ainsi dès que la question de la mort s'approche, il y a lieu d'opposer une défense, l'humour, une pointe de cynisme, qui n'est pas sans évoquer celle d'un humoriste célèbre lui-même atteint de cancer. Mieux encore, ce pessimisme est a-syntone à

¹⁹ inadéquation entre le fait évoqué et le milieu, ce n'est donc pas de négation mais un entre-deux

l'optimisme du mari, par elle considéré comme la valence positive, toujours content, toujours chanceux et confiant dans l'avenir.

L'entretien avec son mari montre que les rôles ne sont pas aussi distincts qu'ils ne paraissent. Certes, il a une personnalité positive, il l'a montré par le passé. Mais le langage trahit des conceptions psychogénétiques des causes de la maladie tout aussi complexes qu'elles l'étaient chez son épouse, la patiente. Cela se traduit tout d'abord par un lapsus. Lorsque la psychologue lui demande comment il vit la situation, il dit « *je ne sais pas comment ça se passe dans ces cas en général, mais dans notre cause, il y a ...* » *Notre cas* devient *notre cause* et fait écho au verdict contenu dans le discours manifeste de Françoise. Il fait alors l'exégèse de la « *force de caractère* » de son épouse, capable, selon lui, de se sevrer d'elle-même de l'alcool et du tabac. Cette « *force de caractère* » devrait surmonter la maladie.

Les trois scansion lacaniennes, l'instant de voir, le temps pour comprendre et le moment de conclure, rythment le discours. Monsieur vit les choses comme une chute: C'est l'instant de voir. Il dit « *le diagnostic est tombé... Ça nous est tombé dessus d'un seul coup.* » C'est le point de départ d'une réflexion, le temps pour comprendre. Comprendre et admettre simultanément est rigoureusement impossible. Ainsi s'exprime-t-il « *il y a une incompréhension complète et qui n'est pas encore solutionnée. Ça commence... ça commence à rentrer.* » « *Je pense,* poursuit-il, *que Françoise commence à comprendre qu'elle est malade. Moi, je commence un peu à comprendre. Je ne l'admets pas...* ». La dimension du déni dans le discours du proche est d'autant plus facilitée qu'il y a chez Françoise une absence totale de stigmatisation de la maladie. Mais il s'agit d'un déni partiel qui refuse plus les conséquences implicites du diagnostic de cancer que l'existence de la maladie elle-même. Elle n'a que peu de symptômes et le traitement pour l'instant est bien toléré. Cela facilite ce qu'il exprime comme étant une « *entrée dans les soins* » et de poursuivre « *là, elle a des soins donc elle se rend compte qu'elle a un traitement, qu'il y a un travail qui est fait pour lutter contre la maladie. Mais encore tous les deux on a du mal à y croire.* » Le mécanisme de défense qu'il adopte consiste en une inversion: l'acceptation du traitement vaut acceptation de la maladie tout en faisant l'économie de sa reconnaissance objective. Le traitement étant de la classe du positif permet, par ailleurs, une acceptation partielle de la maladie sans pour autant la désigner puisqu'elle est de l'ordre de l'indicible. Les soins malgré tout comme une hâte... et le moment d'assertion anticipé devient

alors substitut du moment de conclure. Ce qui démontre que le moment de conclure n'est pas atteint au moment où le traitement est initié.

Au travers du discours du mari transparait également l'affect d'angoisse de l'épouse. Celui-ci s'est communiqué à Julia, leur fille de 30 ans : lorsqu'elle a appris la maladie de sa mère, de sa propre bouche après des pleurs, c'est sur un mode binaire qu'elle a demandé « *es-tu en train de mourir ou es-tu en train de te soigner ?* » Il n'y a pas de troisième terme entre la résistance ou le laisser-aller. Nous retrouvons ici la binarité de la représentation sociale du cancéreux convoqué à choisir entre le statut de guerrier ou celui de patient au sens étymologique du terme (celui qui endure).

Il y a chez le mari comme chez la fille, une interpolation des chaînes signifiantes: ce sont les soins qui rendent compte de l'existence de la maladie: elle a des soins, c'est donc qu'elle est malade. Admettre la maladie aurait dû répondre à une logique inversée: elle est malade, donc on lui prodigue des soins. C'est donc le traitement qui donne corps à la maladie, et ainsi, le traitement devient un symptôme de la maladie. Accepter le traitement deviendra une manière d'accepter la maladie. Le traitement est dans le positif et l'accepter c'est accepter aussi le négatif de la maladie. Cette observation n'est qu'un exemple. Pour le cancer, comme pour tout objet prégnant menaçant le *moi*, on accepte le traitement avant d'accepter la maladie ce qui prouve que le déni est toujours partiel. Cela s'explique d'autant plus facilement dans le cas de Françoise que sa maladie est asymptomatique et que le traitement vient figurer un symptôme manquant. C'est la fonction de ce manque qui nous semble important à ce stade de l'analyse.

Prenons pour point de départ de la réflexion, l'observation qu'il y a un trou, un manque dans la compréhension, et que ce manque tend à se combler par le fantasme en y mettant des substituts souvent psychogénétiques : pour Françoise le fait qu'elle ait fauté ; pour son mari le fait que Françoise ayant bon moral, devrait « *s'en sortir.* » C'est là aussi que le traitement se substitue aux symptômes en l'absence de stigmates de la maladie et que s'instaure l'interpolation du traitement et de la maladie, à savoir que le traitement est accepté avant la maladie ; il y a maladie parce qu'il y a traitement et non l'inverse. Le trou dans la compréhension est comblé par le fantasme qui agit en deux sens, un sens rétroactif, c'est celui que lui donne le fantasme de la psychogénèse de la maladie selon Françoise, qu'elle voit comme une punition pour son tabagisme, fut-il interrompu depuis près de dix ans ainsi que son alcoolisme. C'est aussi pour son mari le fantasme du devenir, une projection puisqu'il voit dans l'avenir une

guérison aidée par la personnalité propre de son épouse. Dans les deux cas, il est question que le fantasme empêche le gel du temps dans l'angoisse de l'annonce. La fonction du déni est précisément de maintenir toujours présent ce trou dans la compréhension, lequel trou qui, s'il était par malheur comblé, figerait toute vie désirante dans un avenir connu.

Donc, une surinformation par le corps médical sur les mécanismes et le devenir du cancer pour Françoise, outre qu'elle serait scientifiquement fausse, serait anti-prométhéenne. En maintenant une part d'ignorance dans l'information du patient, on soutient l'inconscient de celui-ci dans sa capacité par le fantasme à mobiliser l'affect d'angoisse. Le fantasme joue ici le rôle d'atténuateur du réel du corps. A ceci s'ajoute, dans le cas présent, une certaine toxicité d'une surinformation médicale. En effet, il a été fait part, trop tôt, à Françoise et à son entourage de recherche de mutations génétiques qui ouvriraient certaines voies thérapeutiques, avant que les médecins n'aient à se rétracter en l'absence de solution de cet ordre. Ainsi est née l'ambivalence autour du traitement : est-il utile ou non ? Cette ambivalence tient au fait que l'acceptation du traitement est considérée comme une aide au refus de la maladie mais que, dans le même temps, la crainte qu'il ne soit pas utile surgit car rien n'est plus inquiétant qu'un traitement effectué pour rien.

Avant le traumatisme

Les événements traumatiques qui ont émaillé la vie de Françoise sont nombreux. Ils ont pu participer à la genèse d'une addiction alcoolique et tabagique. L'addiction alcoolique, elle avait réussi à s'en défaire. Elle ne fumait plus depuis 2002. Durant la décennie qui vient de s'écouler, elle s'est occupée directement de son père, décédé il y a trois ans d'un cancer de la prostate. Elle l'a d'ailleurs accompagné jusqu'à ses derniers jours. Elle a aussi assisté son mari, qui a accompagné son père atteint de la maladie d'Alzheimer.

En 1985, elle a été victime d'un accident de voiture. Son mari conduisait. Elle fut éjectée de la voiture par la portière, car elle n'était pas attachée. C'est à la suite de cet accident qu'elle a été prise de phobies, notamment celle des transports en commun, qu'elle qualifie d'agoraphobie et de claustrophobie. Ainsi, elle est incapable de prendre le tramway seule ni même de traverser un pont au-dessus d'une étendue d'eau séparant la gare de Sète de la mairie où elle travaille.

Dans sa première enfance il y eut un événement particulièrement marquant. Son père et sa mère atteints de tuberculose étaient en sanatorium. Elle était la benjamine d'une fratrie de cinq. Ses deux premiers frères furent placés chez les grands-parents paternels, durant le long séjour sanatorial des parents. Les deux suivants, chez les grands-parents maternels. Comme aucun des deux grands-parents ne voulait d'un troisième enfant à charge, elle, la plus jeune, fut placée en nourrice. De ceci elle dira qu'elle n'est pas « *très famille* », bien que de nombreux faits supposent, à l'inverse, qu'elle cherche à réparer ce qu'elle a pu vivre comme un environnement défaillant. Ainsi, c'est elle seule qui veilla sa belle-mère la nuit qui suivit l'annonce de la fin de belle maman, une fin que l'on disait imminente. Cette dernière eut d'ailleurs le mauvais goût de contrarier les pronostics médicaux : elle ne décéda que sept ans plus tard. La médecine n'est décidément pas une science exacte. Aujourd'hui, c'est Françoise qui organise les festivités familiales.

Discussion

Psychogénèse-maladie ontologique

La conception de la maladie, c'est-à-dire du cancer, est ici partagée par les deux personnes que nous connaissons : Françoise et son mari. Le fatalisme de l'une n'est pas ici contrebalancé par l'optimisme de l'autre, mais plutôt mis en complémentarité. La patiente considère qu'il s'agit d'un verdict suivi d'une condamnation et y voit donc une faute. Son époux attribue beaucoup plus simplement le cancer du poumon au tabagisme, fut-il interrompu depuis 2002, mais insiste sur le caractère volontaire de son épouse pouvant agir comme une protection contre le cancer. Bref, il plaide *la cause* de son épouse.

Il en va encore ici de la métaphore du guerrier : ce surinvestissement des qualités propres de la personne ne risque-t-il pas d'être perçu par la patiente comme agressivité de l'entourage immédiat, puisque, dans l'hypothèse d'une défaillance, elle pourrait se sentir responsabilisée. Nous avons là une signature que nous pourrions qualifier de classique de la représentation sociale du cancer. L'affection stigmatise le patient qui en est porteur d'un attribut,

celui de cancéreux, et la notion de faute est consubstantielle à celle de verdict. Il y faut ensuite pour une issue favorable des capacités de guerrier puisque cette même représentation sociale assimile le traitement au combat. Rien n'est plus répressif que l'attribut d'une signification au cancer, cette signification se situant invariablement dans l'ordre de la morale.

Le traumatisme

Winnicott a souligné que l'effondrement traumatique était toujours la remémoration d'un effondrement déjà survenu (Winnicott, 1967). Il n'est pas excessif d'affirmer que Françoise a déjà subi dans son passé deux effondrements possibles, lesquels ont l'un et l'autre laissé trace. Revenons à l'antécédent le plus ancien, celui de la petite enfance. Le fait que Françoise ait été confiée à une nourrice ne prouve en aucun cas qu'il y ait eu déprivation au sens strict. Mais il y a eu, par la force des choses, une soustraction de cette enfant à un environnement bon suffisamment et qui contient, la mère, pour la transférer dans un autre environnement qui n'était pas le sien. Cela n'a pas empêché Françoise de se forger une personnalité forte où le *self*²⁰ paraît intègre, où la reconnaissance du *moi* et du *non-moi* est affirmée et nous faisons l'hypothèse qu'elle est dotée d'une réelle capacité d'être seule. Cette capacité d'être seul, définie par Winnicott comme la capacité d'être seul en soutenant l'existence de l'autre dans sa pensée, Françoise la démontre à plusieurs reprises car l'annonce du cancer chez elle ne semble pas affecter son autonomie. Nous reviendrons plus loin sur cet aspect qui nous semble essentiel.

Mais ce qui est caractéristique dans cette observation, c'est que Françoise ait finalement fait à deux reprises, dans l'enfance puis à l'âge adulte, l'expérience d'une expulsion d'un milieu protecteur : dans l'enfance, le milieu protecteur était la famille, laquelle fut désorganisée sous la contrainte du séjour sanatorial des parents; à l'âge adulte, l'expulsion du milieu protecteur prend un caractère métaphorique: rappelons que lors d'un accident de la circulation, elle fut de manière très symbolique éjectée du véhicule que conduisait son mari.

²⁰ Synonyme de soi. Winnicott établit un parallèle entre vrai self et faux self : il reprend en cela la distinction freudienne entre d'une part, une partie centrale du moi gouvernée par les pulsions et, d'autre part, une partie tournée vers l'extérieur, établissant des rapports avec le monde. Le vrai self est spontané et les événements du monde se sont accordés à cette spontanéité, du fait de l'adaptation de l'environnement.

Nous pouvons faire l'hypothèse que les phobies de Françoise trouvent ici leurs origines ; l'une d'entre elle est caractéristique, celle des transports en commun. Dans cette phobie, l'adjectif *commun* autant que le substantif *transport* cristallisent cette fixation névrotique. Il y a là un malaise que l'on peut être tenté de rapprocher de celui évoqué par Freud lorsqu'il affirme l'origine sexuelle du mal des voyages en train. En effet, le comportement de Françoise et le vécu des débuts de sa maladie portent à croire qu'elle n'est pas seulement fataliste mais également assez solitaire.

Capacité d'être seul(e)

Selon la définition winnicottienne, la capacité d'être seul est une façon pour l'enfant d'être en mesure de soutenir l'existence de la mère même et surtout en son absence (Winnicott, 1958). Cet apprentissage, au cours duquel le *self* se construit, permet de distinguer le *moi* du *non-moi*. Tout empiètement, toute angoisse de destitution subjective sauvage menacent cette capacité d'être seul, laquelle construit l'adulte et sa sociabilité. Françoise a insisté pour que son époux ne soit pas présent au moment où elle devait parcourir les dernières étapes jusqu'à l'annonce, mais s'en aille, comme planifié avant la maladie, aux Baléares. Elle est en mesure d'éloigner son époux, car elle sait que bien qu'éloigné de lui, elle ne se sent en rien abandonnée. A l'évidence, le même mécanisme qui chez l'enfant lui permet de rester seul, puisqu'il sait que sa mère existe en son absence, est à l'œuvre chez Françoise. En fait, cette capacité d'être seule, elle la teste et dans le même temps elle l'atteste. Elle la teste car elle veut en faire l'expérience. Elle cherche à vérifier que, dans le risque de morcellement que constitue le traumatisme de l'annonce, cette capacité fondamentale qu'elle a réussi à construire malgré deux effondrements successifs, l'un dans l'enfance et l'autre à l'âge adulte (addictions), elle la conserve ; car elle sait inconsciemment qu'il s'agit d'une propriété qui fait sa personnalité. Mais elle l'atteste également, car elle fait montre à tous, médecins, famille, psychologue, qu'elle n'est pas en état de dépendance.

Asyntonie

Françoise se protège d'une a-syntonie d'avec l'entourage et particulièrement d'avec son mari. Elle se base sur un registre du « je me suis fait toute seule. » Il y a là un double mécanisme de

protection : le premier celui de protéger son mari de sa propre réaction, une réaction violente qu'elle anticipe dans le cas très probable (puis vérifié) d'une fort mauvaise nouvelle. Elle ignore à ce moment cette réaction et si elle est susceptible de conduire à une régression possible à un état antérieur du développement qui puisse mettre en danger sa relation à son époux de la même manière que ses phobies, suite à l'accident de voiture, avaient mis entre eux de la distance. A cette époque en effet, la séparation avait été envisagée, ce qu'elle appelle métaphoriquement de la belle expression « *interruption de l'image et du son.* » Par là, elle protège son mari d'elle-même. Ceci démontre que la capacité d'être seul n'est pas incompatible avec l'interdépendance. Au contraire, elle en est le corollaire. Mais dans le même temps, elle se protège de son mari; ses expériences antérieures lui font anticiper certaines attitudes de celui-ci, qui pourraient être non intentionnellement agressives. Le positionnement de l'époux, constamment positif, est vécu comme une agression susceptible de la priver de ce qu'elle pense être sa seule défense contre un traumatisme : la possibilité de crier deux jours durant dans son appartement. Ce cri primal dépourvu de sens fait suite à l'annonce, et correspond à une brutale ventilation de l'affect, une fonction de décharge d'une angoisse de destitution. Par définition, l'angoisse est dépourvue de sens. Elle en est dépourvue pour elle-même, Françoise, et a fortiori pour son entourage. Elle anticipe donc un double risque dans l'hypothèse où elle ne serait pas seule : qu'il y ait un témoin de l'empiètement du traumatisme sur sa personnalité ; qu'il y ait agression en retour de la part de son mari prompt à lui faire des injonctions de bon moral (ou un cours de morale) en contrepoint à une angoisse dépourvue de sens et par là impensable.

Le fait saillant de cette observation est, à n'en pas douter, le passage des 48 heures seule au domicile. Nous émettons l'hypothèse suivante: le fait qu'elle ait poussé des cris, qu'elle ait donc exprimé la nature d'une angoisse dépourvue de sens, fait référence à une probable fixation du soi dans une position restée bloquée d'emblée ou bien, régressant à ce niveau sous le poids de l'annonce du cancer. Celle-ci en effet constitue un empiètement que le self ne peut supporter, et l'envahissement par l'angoisse est la source d'une réponse réactionnelle : le cri. Il s'agit à notre avis de la vérification de la théorie winnicottienne selon laquelle un effondrement est toujours la reviviscence d'un effondrement antérieur. Or cet isolement, ces 48 heures qu'elle dit avoir vécues seule à crier dans son appartement, lui sont nécessaires pour retrouver le sens du *self*. Nous prenons ici le terme *self* dans son acception winnicottienne qui n'est pas le *moi* (Ego) mais

plus exactement la représentation que le sujet se fait de sa propre personnalité. Le clivage fondamental rappelé par Ferenczi dans sa théorisation du trauma comme étant auto-clivage narcissique, passe à notre sens par une coupure que Françoise décide entre sa vie intérieure, son self, et l'environnement dans la mesure où l'illusion, l'aire transitionnelle qui permettait la conciliation de la réalité subjective intérieure (vie secrète intérieure ou self) et la réalité objective de l'environnement se trouve, au moins transitoirement, détruite par l'effraction que constitue l'annonce.

Une pré-organisation sur un mode schizo-paranoïde, au sens kleinien du soi, est en effet susceptible, dans des circonstances aussi agressives provenant de l'environnement, de reproduire l'étape paranoïde des tout premiers débuts de la vie, référence implicite au placement en nourrice à l'âge de *l'infans*. Pour faire face au traumatisme de l'annonce Françoise procède par un retrait. Celui-ci est rendu possible parce qu'elle possède la capacité d'être seule. Ainsi le retrait n'est sûr que parce que la capacité d'être seule permet d'organiser les défenses contre l'angoisse.

Le lecteur est en droit de se poser la question : où est passé le dispositif d'annonce dans tout cela ? Quelle pourrait être son utilité ? Nous prétendons que le dispositif doit ici respecter ce retrait et se limiter au *holding*, au maintien, qu'il s'agisse d'un maintien physique résumé par la prise en charge biotechnologique, ou d'une prise en charge psychologique, liée à la compréhension et l'empathie qui permettraient une adaptation sensible et la sortie d'un isolement primaire. Le dispositif se substitue ici à l'environnement bon suffisamment et qui contient, celui que l'Autre maternel doit être capable de créer au début de la vie, l'enfant construisant sa personnalité de cette "connaissance" que son cri peut être entendu et interprété. Ce que nous avons proposé à Françoise lors de l'annonce est un environnement soignant qui puisse être perçu par elle comme suffisamment attentif, disponible et fiable (joignable à tout moment par téléphone) tout en comprenant la nécessité transitoire d'un retrait.

SOPHIE : EFFONDREMENT EN TANT QU'EFFONDREMENT DEJA SURVENU ET
REGRESSION

L'annonce

Quarante-et-un ans, le visage ovale aux traits énergiques, Sophie interroge tour à tour les personnes présentes dans la pièce, de son regard bleu. Elle vient d'apprendre qu'une intervention est nécessaire. Les nodules qu'elle présente au poumon droit, nodules dont elle connaît l'existence depuis trois semaines après avoir exigé qu'on lui fasse un scanner, ne peuvent rien révéler de leur nature sans ce passage obligé par la chirurgie. Sont présents dans ce bureau de consultation sa mère, une infirmière qu'elle rencontre pour la deuxième fois et une psychologue. C'est la deuxième fois en quinze jours qu'elle consulte au centre hospitalier. Elle finit par me regarder fixement et utilise une expression que je ne comprends pas : « *dites-le, j'ai la rougne.* » Je préfère ne pas répondre ne sachant pas ce que signifie ce mot. Plus tard j'apprendrai qu'il s'agit d'un mot recouvrant différents usages de la malédiction à l'objet usagé tout juste bon au rebut.

C'est la deuxième fois que nous voyons Sophie M. en consultation. Je la trouve changée. Les pensées sont en désordre, comme le sont également ses cheveux. Lors de la première consultation, elle portait une coupe bien sage, au carré. Aujourd'hui sa coiffure "déstructurée", tenue par du gel, le blue-jean porté vague, Sophie M. fait penser à une adolescente. Le silence dans la pièce est pesant. Pour le rompre, j'entreprends de lui exposer ce que seront les prochaines étapes de son intervention ; elle ne m'écoute plus ; elle pose sa tête sur l'épaule de sa mère et sanglote. Il y a dans la pièce une imminence de menace qui solidarise la mère et la fille, les soude dans la même immobilité, le même mutisme atterré. Tout est figé et je ne puis dire avec précision combien de temps dura cette interminable consultation. Le mot cancer n'a été prononcé qu'en termes d'hypothèse, mais il vient en écho à ce qui s'est passé trois semaines plus tôt.

Avant l'annonce

Revenons donc en ce début d'année 2011. Sophie est professeur dans un lycée, elle est mariée, elle élève deux enfants, la plus grande est sa fille adoptive Emilia. Il y a aussi dans ce foyer le fils de son conjoint, issu d'un premier lit. Sophie est de tempérament anxieux, quasiment

hypochondriaque. Les hôpitaux, elle connaît. Elle les a fréquentés pour soigner une infertilité. Après des années d'attente, le couple a adopté Emilia, jeune enfant sud-américaine aujourd'hui âgée d'une dizaine d'années. Elle connaît aussi la médecine pour avoir accompagné trois de ses grands-parents au cours de maladies cancéreuses. Sa grand-mère maternelle, celle qu'elle considère comme sa « vraie mère », la mère qui lui aurait donné une éducation selon ses dires, est décédée il y a peu de temps. Son grand-père maternel, atteint d'un cancer du poumon, n'a pas survécu à celui-ci. Lors de cette évocation, je réalise alors que je connaissais déjà la mère de Sophie. Elle est la fille d'un de mes patients ; je me souviens alors l'avoir rencontrée à plusieurs reprises lorsque nous avons traité le grand-père de Sophie pour une maladie qui devait l'emporter. Une autre expérience de cancer du poumon dans la famille fut celle du grand-père paternel de Sophie. Lui aussi devait y succomber. Sophie quant à elle est fumeuse. Cela ne l'empêche pas de souffrir d'hypochondrie et de réclamer régulièrement à son médecin de famille un scanner de dépistage. Cet examen, que son généraliste avait jusqu'ici qualifié d'inutile et dispendieux, s'imposa avec insistance en ce début 2011. Vers la mi-février, Sophie, prise d'une violente fièvre et d'une toux, consulta un pneumologue. Celui-ci diagnostiqua une pneumonie et prescrivit un traitement antibiotique. Désireuse que ces troubles soient explorés plus avant par un scanner, Sophie insista auprès du médecin généraliste et obtint une prescription. C'est ce scanner qui révéla plusieurs nodules. Du point de vue strictement médical, constater des nodules n'est pas constater un cancer. Mais pour Sophie, ébranlée par deux antécédents de cancer du poumon mortel chez ses ascendants et consciente des risques pris en raison de son tabagisme, ces anomalies étaient lourdes de signifiants.

Retour devant le pneumologue qui aura quelques mots malheureux. Il aurait dit « *je vous avais dit de ne pas faire ce scanner, c'est votre punition : nous devons vous surveiller tous les trois mois, peut être pendant sept ans.* » A une question de la mère de Sophie, demandant ce qui pouvait se passer à l'issue de ces sept ans, ce médecin aurait répondu « *j'ai connu un cas analogue ; au bout de sept ans, cela a grossi et la patiente est morte.* » Invérifiable ! Et cependant, rapporté de la même manière par Sophie et par sa mère. Prises dans la même angoisse, la mère et la fille pourraient très bien avoir déformé ou amplifié les termes. Mais que le mot *punition* soit tombé ne fait pas de doute. Quoiqu'il en soit, les affects mobilisés par cette violente annonce, l'arrêt prononcé selon lequel ces nodules constitueraient l'épée de Damoclès suspendue pendant au moins sept ans, justifièrent la cessation immédiate de la relation avec ce premier pneumologue et le recours au centre hospitalier.

C'est donc dans ces conditions que je recevais pour la première fois Sophie et sa mère. Ce n'était que questions croisées, confusion, mélange de l'inconnu perçu au travers de ce scanner et du beaucoup trop connu que constitue l'histoire familiale, imminence d'une menace. J'ai considéré qu'il était beaucoup trop tôt pour avancer une proposition mais, dans le même temps, j'ai jugé préférable de couper le lien anxiogène que constituait l'incertitude de la nature de ces nodules. Cette première consultation se concluait donc sur l'engagement que nous prenions d'agir. Cet agir, nous n'avions pas encore décidé ce qu'il serait, remettant à une réunion médico-chirurgicale le soin d'en décider, mais il s'agissait avant tout de sortir Sophie d'une immobilité morbide. Quelques examens préliminaires échelonnés entre cette première consultation et la suivante, celle qui débute notre narration, firent un trait d'union pendant lequel Sophie et sa mère se soutinrent de contacts réguliers avec l'infirmière du dispositif d'annonce. La période qui entoura ces consultations et qui mena Sophie jusqu'au seuil du bloc opératoire fut riche d'échanges et permit de mieux connaître les personnalités de Sophie et de sa mère.

Anamnèse

Comme dans beaucoup de familles, une certaine lourdeur relationnelle pèse sur Sophie, sa mère, et l'intersubjectivité de leurs relations. Sophie dit ne pas avoir été désirée et être venue trop tôt dans la vie de femme de sa mère, ce que sa mère, dans un autre entretien, confirmera. Elle en concevra une jalousie tenace envers une sœur d'une dizaine d'années sa cadette, dont nous connaissons l'existence, mais pas la biographie. La seule période où Sophie sembla se rapprocher de sa sœur fut celle qui entoura le remariage tardif de leur mère, et ce, non pas pour s'en réjouir mais pour la blâmer.

La mère de Sophie quant à elle, considère qu'une femme est faite d'une trilogie: la fille de, la mère de, la femme de []. Elle vécut assez mal l'intrusion de ses filles dans ses choix de vie. Cependant, Sophie sembla, une génération plus tard, suivre le même parcours et se vit à son tour reprocher par sa mère un éloignement puis un rapprochement d'avec son compagnon. Lorsque Sophie évoque sa jeunesse, elle considère sa grand-mère comme étant sa *vraie mère* et plus tard dira même qu'elle s'est « *faite toute seule.* »

Cette brouille tenace de Sophie et de sa mère avait raréfié de manière très spectaculaire leurs relations, les limitant au strict minimum. Du point de vue familial, cela semble être banal puisque la propre sœur de Sophie ne tient pas à ce que sa mère approche sa propre fille, lui demandant même de simplement déposer les cadeaux d'anniversaire et d'éviter la relation de la mère et de la petite-fille.

Lorsque Sophie revint vers sa mère, celle-ci en fut assez étonnée. Cela faisait assez longtemps que leurs rapports s'étaient distendus et que les reproches réciproques avaient mis de la distance entre elles. Cette distance s'effaça brutalement, pour la mère du moins, car elle réalisa que Sophie était en danger vital. Celui-ci résonnait d'autant plus fort qu'elle avait accompagné son père (le grand-père maternel de Sophie) dans ses derniers instants au centre hospitalier et qu'elle avait perdu un frère, probablement autour des années 90, à l'époque où l'infection par le virus VIH était régulièrement mortelle. La mère de Sophie dira le poids que constituait le possible cancer de sa fille Sophie. Elle n'oubliera pas pour autant les reproches que celle-ci avait adressés lorsqu'elle avait jugé que Sophie n'était pas assez compatissante et aidante avec ses grands-parents à la fin de leur vie.

La mère de Sophie, celle qui reconnaît cloisonner les trois femmes gigognes que sont la fille, la femme et la mère, vit les soucis de santé de Sophie comme une angoisse qualifiée de « poids », exprimant même: « *j'avais recommencé à sortir (c'est-à-dire à reprendre goût aux choses de la vie) et puis il m'est tombé Sophie...* »

En présence d'un tiers, qu'il soit un médecin ou une psychologue, la mère commençait les phrases puis invitait sa fille à les terminer. A Sophie, sa mère reprochait son pessimisme ; celle-ci en retour reprochait à sa mère son optimisme. Echangeant avec sa mère, Sophie parlera de verre à moitié plein et de verre à moitié vide pour différencier les points de vue respectifs de sa mère et d'elle-même.

Après l'annonce

Un incident signifiant était intervenu au retour de la première consultation au centre hospitalier, celle durant laquelle j'admis qu'il y avait une incertitude méritant d'être levée, et que celle-ci justifiait une attitude différente de la simple surveillance proposée par le premier pneumologue.

Emilia, voulant sans doute attirer l'attention sur elle, avait fait plusieurs bêtises dans les jours qui avaient précédé la consultation. Punie par sa mère, elle était privée de loisirs télévisés. De retour de Montpellier, arrivant au foyer, Sophie leva la punition et cela sans en donner la raison. Elle réalisa immédiatement que ce faisant, elle donnait l'impression à sa fille de relâcher son rôle éducatif, préoccupée qu'elle était par sa santé.

Un deuxième fait marqua la période séparant les deux consultations. Après que Sophie eut appris qu'il fallait pratiquer des examens qui conduiraient peut être à une intervention chirurgicale, elle décida de poursuivre son travail d'enseignante. Pendant un cours, un lycéen rota bruyamment. Cette incivilité qu'elle rapporta lors de la deuxième consultation comme d'une grande banalité, - pour ainsi dire le quotidien d'un enseignant de lycée -, elle ne put l'accepter. Prise de colère, elle dû le soir même arrêter son travail, perdit le sommeil et demanda à son médecin de justifier cet arrêt. De démission en démission, lorsqu'elle revint chez elle de la deuxième consultation, certitude en tête qu'il y aurait une opération, Sophie ne fut pas capable de l'annoncer à sa fille Emilia. Elle délégua cette difficile annonce à sa mère, qui s'en acquitta. Elle ne semble avoir eu aucune difficulté par contre à l'annoncer à son compagnon. Le 14 avril, elle entra au bloc opératoire.

Discussion

Nous avons présenté cette observation parce qu'elle nous semble propédeutique de ce qu'est l'annonce du cancer (ici d'un possible cancer). Elle nous renvoie en même temps aux notions de traumatisme tel que conçu par Ferenczi, mesuré comme « équivalent à l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité de résister. ». Ferenczi suggérait ainsi que la capacité de souffrance de l'individu dépasse la force d'intégration de sa personne et que, pour ne pas souffrir, le sujet cesse d'exister en tant que moi global. L'observation renvoie également au concept d'effondrement proposé par Winnicott en tant que remémoration d'un effondrement dont le sujet a déjà fait l'expérience, nous y reviendrons. Enfin, ce qui advient lors de l'annonce - mais où s'est réellement située l'annonce sinon dans le mot « *punition* » - évoque la destitution subjective sauvage, terme proposé par Colette Soler (Soler, 2009), réaffirmant la conception

lacanienne du trauma en tant que mobilisation d'affect indiquant l'imminence d'une menace étrangère et inconnue du sujet.

Sophie a probablement déjà vécu à plusieurs reprises des affects d'angoisse vrais. Il y a dans l'anamnèse plusieurs aspects évoquant le fait qu'elle ressente le lien maternel comme biologique pour l'essentiel, sinon exclusivement. Sa référence maternelle n'est pas sa mère mais sa grand-mère. Elle s'identifie probablement à sa fille adoptive, enfant sud-américaine dont elle sait qu'elle fut abandonnée à 22 mois, et son angoisse massive lors de cette période provient vraisemblablement de la peur qu'Emilia connaisse, avec la possible disparition de sa mère adoptive, un deuxième abandon. En ce sens, l'effondrement qu'évoque Winnicott serait bien ici la remémoration d'un effondrement déjà survenu. L'identification projective se prolonge peut-être si l'on considère que Sophie lève la punition dont Emilia faisait l'objet - privée de télévision - parce qu'elle considère inconsciemment qu'elle revient du centre hospitalier avec une punition substitutive : sa mère adoptive est en danger vital. Ne lui a-t-on pas dit, dans les premiers temps de la découverte des nodules lorsqu'elle rencontra un premier spécialiste, qu'il s'agirait pour elle d'une punition et d'une punition durable - sept ans, peut être *in fine* sanctionnée par sa disparition ?

L'anamnèse de Sophie est riche de représentations imaginaires du cancer. Il faut dire, qu'avec trois proches décédés de cette maladie, Sophie a des raisons de douter de l'efficacité de la médecine dans ce domaine. Lors des deux consultations, nous avons assisté à une mobilisation massive d'affects d'angoisse.

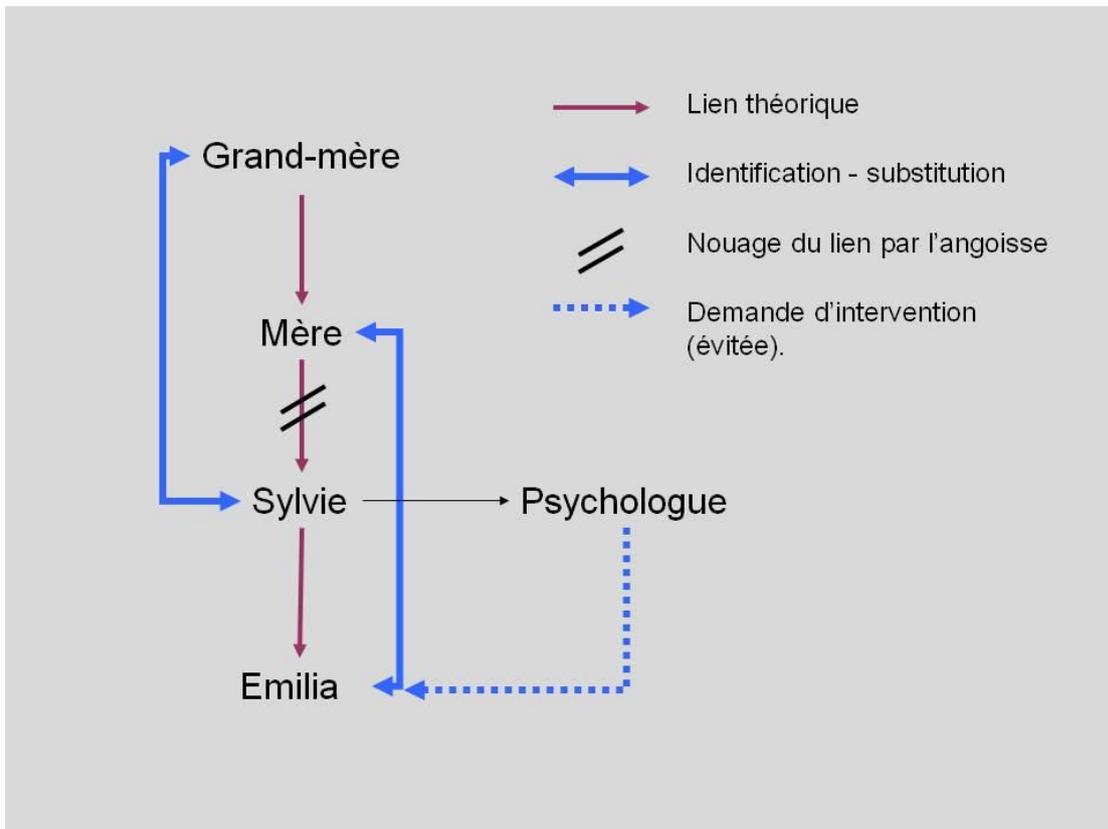
La vie de tous les jours de Sophie s'est construite, comme celle de tout un chacun, autour d'un éclat de jouissance perdu - objet *a* lacanien - ; sa vie psychique s'organise autour d'un signifiant S1, signifiant maître qui ordonne la réalité. Ainsi, le sujet-Sophie est un sujet complété qui ne pense pas son manque. La béance de l'objet *a* est comblée par le fantasme, par le signifiant de type S1, mais la topologie de l'objet *a* se situe dans la structure du langage et n'est pas concevable sans le symbolique, donc sans l'Autre, cet Autre maternel à qui elle adresse le reproche de ne pas l'avoir désirée. Au cours de la consultation, l'angoisse surgit comme l'apparition de l'inconnu dans le manque à être. C'est *l'aliēnus*, l'étranger, en tant qu'angoisse ontologique, c'est-à-dire l'imminence d'une menace et l'inconnu apparu dans le champ de la perception.

Comment le risque de cancer, depuis toujours redouté par Sophie – elle réclamait sans l'obtenir un scanner de surveillance - peut-il être l'inconnu ? C'est que l'angoisse s'accompagne d'un vide de la signification comme l'énigme de l'Autre, doublée d'une perception par le sujet que cela concerne son propre être. Contrairement au quantum d'affect décrits par Freud, lequel a force de déplacements successifs parce que correspondant à une pulsion sexuelle refoulée irrecevable, ment toujours sur son origine, l'angoisse quant à elle est l'affect prototypique. Selon Lacan, c'est un affect d'exception parce qu'il ne ment pas. Il est irruption de réel dans le corps, il est relancé par l'imaginaire ; chez Sophie, l'imaginaire a été fortement mobilisée par la première consultation, faisant état d'une conception de maladie-punition pour malade-coupable ? -. Sophie jusque là sujet, perçoit qu'elle est en passe de devenir objet. Cet affect d'angoisse surgit aux intersections du réel et de l'imaginaire. Il est hors symbolique, échappe aux signifiants et au langage, irruption du réel dans l'imaginaire du corps. L'angoisse est donc chez elle très différente de l'angoisse par rupture de sens, c'est une angoisse qui prend sa source *entre* réel et imaginaire.

Dans cette situation que nous avons décrite comme figée, immobilisée, marquée par un mutisme atterré, Sophie ne trouve en sa mère qu'un écho de sa propre angoisse. Aucune ventilation des affects ne peut être espérée de ce tête à tête, et ce d'autant que leurs relations sont marquées, par l'anamnèse, d'une longue séparation. Il y a de la régression dans le comportement de Sophie. Les indices en sont nombreux. Les codes vestimentaires et de coiffure qu'elle a choisis lors de la deuxième consultation sont surprenants et la font passer pour une adolescente. La recherche de tendresse auprès de sa mère est d'autant plus signifiante qu'elle est nouvelle. En effet, leurs rapports s'étaient distendus à l'extrême. Mère et fille s'adressent mutuellement des reproches sur des vies conjugales en de nombreux points comparables. Mais dans le *hic* et *nunc* de l'annonce, il y a à nouveau une mère et son adolescente.

Dans le contexte de la régression qui s'opère chez Sophie, beaucoup des éléments symboliques qui conduisaient ses conduites sont abolis ou, du moins, réduits : Sophie abdique pratiquement de sa fonction éducative vis-à-vis d'Emilia mais elle en est consciente. Elle a levé la punition dont Emilia faisait l'objet, puis elle s'est rendu compte que ce faisant, elle lui avait indiqué que les craintes non formulées d'Emilia, celles qui avait conduit l'enfant à se mal conduire avaient une justification. Sophie délèguera sa parole de mère à la grand-mère d'Emilia. Elle réduit son activité professionnelle. Elle recherche dans les entretiens avec la psychologue

un substitut car elle est consciente de la toxicité du non-dit vis-à-vis d'Emilia. Durant cette période, la vie de Sophie semble se résumer à l'attente anxieuse des examens et de l'intervention. Elle n'en dort plus, ne travaille plus, délègue ses tâches maternelles. Il y a là une diminution très claire de l'aire tierce, de l'espace transitionnel décrit par Winnicott. Sa restauration partielle a été possible du fait de l'intervention de la psychologue. Sophie posait en effet les bonnes questions lorsqu'elle parlait d'Emilia et faisait montre ici d'une certaine intelligence relationnelle. Il est cependant à souligner que dans l'entretien qu'elle eut avec la psychologue, Sophie cherchant une réassurance sur son rôle maternel, parlera en début d'entretien comme à la fin de celui-ci, d'Emilia. Ce phénomène trans-générationnel semble récurrent dans cette famille. Pour parler d'elle, Sophie parle d'Emilia, pour parler de sa mère elle parle de sa grand-mère. Dans ce mouvement de régression rapprochant Sophie et sa mère, deux faits méritent d'être soulignés. Ce rapprochement n'est rendu possible que par la contingence de ce diagnostic putatif de cancer et par l'entremise de conversations à trois (soit avec le médecin, soit avec la psychologue). Le deuxième aspect est que tout semble fonctionner par moitié, comme si mère et fille semblaient complémentaires. Certes, dans cette famille très matriarcale, où les éléments masculins parfois évoqués, ne sont jamais véritablement discernables (ni directement vus), les affects d'angoisse ont tendance à s'amplifier plutôt qu'à se diluer. Tout reste figé dans la dyade mère-fille, dans une même imminence d'une menace associant l'inconnu apparu dans le champ de la perception sous la forme d'un dire du médecin « *c'est votre punition* », car avant l'intervention cette parole fut la seule affirmation. L'absence de ventilation des affects est à l'origine d'une circulation en vase clos. L'une commence les phrases (la mère), à charge à Sophie de les finir. L'une se considère comme optimiste (la mère), l'autre comme pessimiste (la fille). Il y a entre les quatre générations dont on ne connaît que les valences féminines, des phénomènes d'identification-substitution croisés. Les quatre générations sont la grand-mère, la mère, Sophie la patiente, sa fille adoptive Emilia. La mère a enfanté Sophie, mais son éducation a été confiée à sa grand-mère. Sophie n'a pas enfanté Emilia, mais elle l'élève. Sophie se sait porteuse d'une affection peut être cancéreuse, ce qu'elle révèle inconsciemment à Emilia en levant une punition au retour de la consultation. Cependant, l'information directe d'Emilia est déléguée à la grand-mère :



Ce schéma s'applique d'ailleurs à la mère de Sophie. En effet, au cours d'une conversation celle-ci avait confié qu'elle avait été déçue de l'attitude de ses filles vis-à-vis de leurs grands-parents, c'est-à-dire de ses propres parents. Elle avait dû, selon ses propres termes, devenir « *filles à temps complet* », qualifiant ainsi son positionnement d'avec son père alors âgé de 82 ans et atteint d'un cancer du poumon. D'aucuns pourraient considérer comme normal le fait que les enfants soient les premiers proches de leurs parents et que les petits-enfants soient moins présents (nous voulons parler ici de Sophie). Or la mère justifie d'être passée fille à temps plein de ses parents (comme s'il s'agissait d'un travail) en argumentant sur une prétendue défaillance de la génération suivante, ainsi le schéma cité plus haut s'applique-t-il également par identification-substitution et confusion des rôles trans-générationnels.

La crainte de la répétition envahit Sophie comme sa mère. La malédiction semble être attachée à la famille, touchée trois fois (les grands-parents de Sophie, mais aussi son oncle). Cette malédiction est rappelée par le terme « punition », utilisé par le premier médecin, et contribue probablement à la destitution subjective sauvage : Sophie deviendrait, selon cette prédiction, l'objet d'une surveillance qui n'en finirait pas. Evoquant la consultation à Montpellier, la mère de Sophie dira : « *il vaut mieux s'adresser au bon Dieu qu'à ses saints* ». Si ce n'est pas le bon Dieu, du moins, attend-on du médecin un oracle, un art divinatoire. Nous sommes ici, contre notre gré, au sein d'une conception magico-religieuse de la maladie.

Dans la ternarité de la relation (Sophie, sa mère, le soignant), la mère de Sophie occupe un positionnement critique, quasiment imposé. Son discours latent, fait que l'on ne peut s'empêcher d'éprouver le sentiment que la place qui lui est assignée, elle ne la considère pas comme sienne, dans la trilogie féminine qu'elle décrit ; pour elle on est ici dans le « *mère de* »... un vocable dont la polysémie pénible évoque à la fois l'absence de valeur et le désordre.

Alors, les mots de Sophie prennent tout leur sens : « *je me suis fait moi-même* ». Qu'il y ait eu une expérience de tenu-lâché dans l'enfance de Sophie ne peut être connue de cette observation, mais on peut en faire l'hypothèse, soit que cette expérience ait été réelle soit qu'elle ait été symbolique. C'est peut-être pour cela que Sophie ait beaucoup de mal à faire crédit au médecin. C'est peut-être aussi la raison pour laquelle la destitution subjective sauvage est d'autant plus mal tolérée chez elle qu'elle réduit l'aire tierce. Or, qu'y a-t-il de plus précieux dans l'aire tierce de Sophie ? Emilia. Emilia, qu'elle n'a pas enfantée, Emilia qui dans le discours de Sophie introduit et conclut le propos, Emilia qu'elle a adopté alors qu'elle avait été abandonnée à l'âge de 22 mois, un abandon similaire à celui dont elle prétend avoir été affectivement l'objet. L'effondrement est donc bien la remémoration d'un effondrement dont elle a déjà fait l'expérience.

J'ai revu Sophie et sa mère trois semaines après l'opération. La coupe de cheveux est redevenue sage, parfaitement ordonnée et j'ai en face de moi une image prototypique de la professeure de lycée. Les nodules prélevés étaient tous bénins. Il n'y a jamais eu de cancer, il n'y a eu qu'un dire « *punition* », un langage traumatique, qui a relancé l'imaginaire et mobilisé des affects

d'angoisse. On ne peut s'empêcher de penser à la métaphore freudienne du symptôme en tant que constitution d'une perle autour d'une irritation somatique ou non. Ici, le grain de sable était un nodule bénin.

Mère et fille sont assises côte à côte, à distance respectable ; elles ne se regarderont pas durant toute la consultation. Tout est à sa place.

MONSIEUR C. : PRESSION D'INFERENCE SOCIALE ET AIRE TIERCE

Cette vignette nous paraît importante même si elle n'évoquera pas directement le climat traumatique de l'annonce lui-même. Cependant, rien de ce que nous décrivons n'aurait de sens clinique s'il ne s'appuyait sur cette intrusion brutale, cet avènement de réel du corps : l'annonce d'un cancer et ses conséquences dans l'après coup.

Les événements que nous interrogeons dans leur signification ont eu lieu dans l'année qui a suivi la fin du traitement d'un cancer. Cependant, l'interaction très étroite des représentations sociales du cancer et de la personnalité du patient qui font l'originalité de cette observation clinique ne prennent sens qu'en référence à une évidente intrusion : l'annonce a été à l'origine d'un processus psychique intégrant progressivement l'attribut social de « *patient cancéreux* » puis de l'extraversion de cet attribut en tant que nouveau statut au sein du *socius* propre du patient. Sans l'intrusion initiale (traumatisme de l'intérieur vers l'extérieur) décrite par Freud comme angoisse en tant que signal, il n'y aurait eu aucun recours particulier à un référentiel tenant au savoir profane que véhiculent les représentations sociales du cancer.

Nous aurons pour nous aider recours au trois référentiels théoriques développé dans la section I: (1) celui de l'angoisse en tant qu'intrusion puisque c'est l'intrusion qui domine ici : elle est responsable des phénomènes de réminiscence de l'angoisse et elle est l'agent des mécanismes contre-dépressifs singuliers et complexes tenant à la structure psychique même du patient ; (2) celui de l'aire tierce, aire de la sociabilité ; menacée et réduite dans les suites immédiates de l'annonce, réduites voire effacées pendant toute la phase thérapeutique, elle se trouve ensuite surinvestie durant la période séparant la fin du traitement de l'annonce de la rechute ; (3) enfin celui des représentations sociales du cancer en termes d'opposition prototypique aux représentations de la santé.

Soulignons encore avant d'aborder la vignette clinique l'importance des notions d'attribut et de stéréotype de patient atteint de cancer. La stéréotypie, comme toutes les stéréotypies, est binaire, soit le bon combattant héros ordinaire, soit le sujet atrabilaire malade de lui-même ; aucun moyen terme possible. Les efforts (louables) de correction de la représentation se heurtent à la limite que la théorie psychogène leur impose : le bon moral participe du discours toujours d'actualité sur la nécessaire combativité du malade cancéreux, combativité attendue par tous. La référence à l'héroïsme ordinaire des patients dans les campagnes d'information pour la lutte contre le cancer médiatise et diffuse largement ce modèle, communication incantatoire jouant sur l'éthos et le pathos sans apporter l'argumentatif

qui rendrait la rhétorique efficiente (Enquête INCa/IPSOS 2006). C'est sans compter sur le fait que dans un milieu social clos, un patient prendra automatiquement la posture que lui autorisent non seulement la pression d'inférence sociale mais aussi sa propre personnalité.

Nous présentons donc une observation originale car le patient dont nous rapportons l'observation et l'étude psychologique a bien compris cette binarité : il veut bien être *héros ordinaire* mais il ne veut pas être *cancéreux ordinaire*. En réaction à l'intrusion de l'annonce d'une rechute, le sujet adopte une posture contre-dépressive qui utilise et s'approprie les représentations sociales du cancer alors que de façon générale beaucoup de patients ne font que les subir. Cette appropriation se fait par un surinvestissement social de l'attribut de « *sujet social atteint de cancer* ». La composante narcissique marquée de la personnalité du sujet favorise ce mécanisme d'adaptation au traumatisme de la récurrence.

VIGNETTE

Monsieur C. est hospitalisé pour la reprise évolutive d'un adénocarcinome pulmonaire diagnostiqué un an auparavant. Il a subi une lobectomie du lobe inférieur gauche, élargie à l'œsophage secondairement reconstruit par gastroplastie. La récurrence cancéreuse survient un an plus tard : il présente cette fois des atteintes du lobe supérieur droit et du lobe moyen, ainsi qu'une atteinte métastatique du pancréas, qui cependant n'entraînent que très peu de symptômes physiques. Plus que l'extension pulmonaire, à laquelle il dit qu'il s'attendait, c'est la métastase pancréatique qui centre son angoisse et nourrit la réaction traumatique de l'annonce de la rechute : par une condensation de langage, Monsieur C. fait de la métastase du cancer au niveau du pancréas un « *cancer du pancréas* » dont la représentation est pour lui marquée du sceau d'un mauvais pronostic. L'idée de la mort ne lui était pas étrangère : après son intervention, il avait mis à profit sa rémission pour « *régler ses affaires* » : Monsieur C. avait notamment cédé des appartements, prévu ce que pourraient être les revenus de son épouse s'il devait décéder et consigné ce qu'il y aurait à faire dans ce cas.

Anamnèse

Marié depuis plus de 40 ans, père de deux enfants également mariés, grand-père de plusieurs petits-enfants, ancien instituteur dans un village où il est connu et reconnu, Monsieur C. s'est aussi « *lancé dans les affaires* », à sa retraite, et il se dit fier de sa réussite dans ce domaine, qui lui a assuré un train de vie « *enviable*. » De longue date très investi dans de multiples activités, notamment associatives, culturelles et artistiques, il se présente comme un sujet hyperactif dont la maladie n'a que temporairement suspendu l'élan. Qu'on en juge : depuis la chirurgie qui a clos le traitement de la première atteinte du cancer du poumon et le diagnostic de la rechute, il a repris les activités qu'il menait antérieurement : jardinage (plusieurs heures par jour), peinture, sculpture, multiples réunions amicales, théâtre amateur. Seule concession à la maladie : il a renoncé à ses sorties en vélo, par crainte « *de prendre froid* », et les a remplacées par des randonnées pluri-hebdomadaires (10 km environ à chaque sortie pédestre).

Il a continué de rendre visite chaque semaine à sa mère âgée, qui vit dans une agglomération assez distante de son village. Il est allé à plusieurs reprises rendre visite à ses enfants installés l'un comme l'autre dans une autre région, éloignée. Il a effectué avec son épouse deux séjours de vacances à l'étranger.

De ce qu'il rapporte de cette année écoulée, plusieurs faits qu'il commente abondamment retiennent l'attention :

Il recherche assidument la compagnie d'un ami dont l'épouse s'est récemment éteinte d'un cancer, et avec qui il a de longues discussions sur le vécu de la maladie cancéreuse. Les deux dernières années de la vie de cette femme avaient été marquées par un « *repli sur soi* », dit-il, c'est-à-dire qu'elle refusait de rencontrer qui que ce soit ou de se livrer à une quelconque activité sociale. Il évoque très régulièrement avec son ami sa propre perception de la maladie et du comportement qu'elle entraîne.

Il a répondu favorablement à la demande de ses concitoyens d'organiser une exposition dans le village, qui lui serait consacrée et qui l'a, dit-il, bien « *mobilisé* » (sic). Il commente : « *une petite expo tous les ans ils font... cette année c'était moi... j'ai amené mes tableaux, mes sculptures et puis comme c'est dans un petit village ... je ne sais pas s'ils sont venus voir dans quel état le cancer avait laissé C (il rit) mais j'ai eu 350 entrées donc c'était sympa...* »

Ce n'est pas tout : trois mois après l'exposition, il participait comme acteur, à une représentation théâtrale ; il y tenait le rôle d'un malade, alité, en train de mourir. Il n'avait pas, dit-il, choisi le rôle, mais faute d'avoir pu, du fait de son intervention chirurgicale, s'engager suffisamment tôt, il a pris celui qui restait. Il le jouera vêtu d'un pyjama, sans avoir à prononcer de texte, juste à imiter un mourant. Il commente : *« j'ai fait un petit rôle, un malade, qui meurt d'ailleurs... c'est pas drôle mais c'est peut-être un moyen d'exorciser... Je suis comme ça, dans cette position (la même qu'il adopte devant nous sur le lit d'hôpital), dans un pyjama, je joue quand même... sans texte. »* Histoire sans parole donc, mais qui en dit d'autant plus que le pyjama qu'il utilisa pour jouer la scène était un vêtement déjà utilisé dans une pièce antérieure par lui-même, mais, fait saillant que lui fit remarquer sa propre sœur après la représentation, ce n'était pas n'importe quel pyjama, c'était celui de leur père défunt ; pyjama mortifère autant que mortuaire...

COMMENTAIRES

Cette observation nous paraît intéressante en ce qu'elle souligne une modalité particulière d'interaction entre les représentations sociales du cancer (ici portées par l'entourage très conséquent du patient, telles que la société s'en fait écho dans le village) et la personnalité propre de Monsieur C. composante essentielle et singulière de cette interaction. La posture face au cancer qu'adopte Monsieur C. est à l'intersection de ces deux composantes interactives, sociale et personnelle. Le comportement qu'il décrit et que l'entretien avec son épouse confirme dans la totalité de ses dires, ainsi que sa présentation et son discours, témoignent de traits de personnalité narcissique que lui-même souligne, voire critique, non sans humour parfois : *« c'est terrible, je suis fier comme un poux, je suis assez cabot et les gens disent tous "ah, je sais pas comment tu fais..." alors moi je joue sur ce tableau, j'aime bien qu'on me dise ça et des fois il faut que je me corrige, pour pas que j'en fasse trop non plus pour prouver que j'ai le moral. »* (On peut noter qu'il ébauche là l'affirmation de la valeur contre-dépressive, de défense (hypo)maniacale de son comportement)... *« Je suis fier mais pas orgueilleux, fier de ma vie, de mes relations amicales, j'aime bien qu'on vante mes mérites... »*

S'il se désigne volontiers comme l'objet du regard d'autrui, il apparaît en même temps le spectateur de lui-même (il se désigne à plusieurs reprises par la 3^e personne : "il", "Mr C.") Le fait qu'il ait un cancer, qu'il ait accepté l'attribut social que confère ce statut de patient-cancéreux jusqu'à lui trouver une utilité (rôle du mourant au théâtre, consolateur de l'ami veuf) renforce sa personnalité d'un trait supplémentaire. La notion de cancer, bien loin de l'éviter, il l'exploite, il la met en scène. Il induit dans son entourage l'affirmation de son caractère exemplaire de combattant : *« les gens me disent tous "ah, je sais pas comment tu fais, je ne sais pas comment tu y arrives, tu as un cancer et tu t'es battu, t'es guéri, t'as plus rien... nous on se serait laissé aller... »*

Sa personnalité singulière intègre à son image l'acceptation de l'attribut social de cancéreux (dans sa dimension du *héros ordinaire* prônée par l'INCa) et va jusqu'à la mettre en situation dans la fameuse scène du mourant. Lorsqu'il évoque ce rôle, il dit *« je n'ai pas choisi ce rôle parce qu'il n'y avait personne pour le jouer, moi j'ai dit : ça me va bien ! »* Ce rôle il l'assume, mais c'est sans conscience de ce qu'il rejoue, qu'il revêt le pyjama de son défunt père. C'est sa sœur, choquée, qui le lui fait remarquer. Lui commente : *« au théâtre les gens étaient pliés, ils rigolaient, l'histoire de ce patient qui est sur le lit et qui meurt, je meurs quoi... on en a parlé avec ma sœur, on a rigolé... mais j'ai été maladroit parce que c'était le pyjama de mon père qui est décédé et dans la pièce je meurs... je ne m'étais pas posé de question là-dessus... mais par contre (le cancer) c'est quelque chose dont on ne peut pas se cacher mais j'ai fini presque par accepter et vivre avec, à condition d'en parler beaucoup. »* Il évoque bien entendu la mort et la formulation souligne ici encore la valeur de défense de la posture qu'il adopte.

La perspective d'intrusion du cancer est inscrite dans l'utilisation de la formule *« dont on ne peut pas se cacher »*, ce qui tend à personnifier le cancer et lui donne une valeur anthropomorphe alors que l'on aurait pu attendre : *« on ne peut pas s'en cacher. »*

L'INTRUSION est considérée comme l'agent essentiel de la genèse de l'angoisse (par mobilisation pulsionnelle amplifiée par la censure du *surmoi*).

Elle est exprimée par Monsieur C. sous la forme d'une double négation qui en renforce la signification : *« je ne me suis jamais surpris à ne pas y penser... c'est en permanence, en permanence, ... mais je fais avec, quoi, et j'en parle beaucoup. »*

Ne pas être surpris pourrait résumer l'essence de la posture de M. C. Sa formulation n'est rien d'autre que le renversement du premier item du questionnaire d'Horowitz (sous score de l'intrusion) : « *j'y ai pensé sans le vouloir.* »

Aucun évitement possible donc, bien au contraire. Favorisée par le statut que lui confère la pression sociale dans un milieu circonscrit où il est connu et reconnu, la personnalité de Monsieur C. le conduit à se considérer comme un objet de regard devenant d'autant plus intéressant qu'il est porteur de la maladie en tant qu'objet biologique ainsi que de l'attribut social de « *cancéreux.* » C'est dans son village qu'il se sent le plus à l'aise pour jouer « *ce rôle.* » Non seulement à la scène mais aussi au travers de l'exposition qui lui était consacrée et dont l'affluence de visiteurs le conduit à cette question : « *je ne sais pas s'ils sont venus pour voir dans quel état le cancer avait laissé C. ...* » (là encore le cancer est personnifié).

Pris en tenaille entre une réalité interne (rechute) et une réalité externe (représentation sociale du cancer lui conférant un attribut pouvant menacer les attributs antérieurs : instituteur, gestionnaire de biens immobiliers, artiste) la personnalité de M. C. lui permet de préserver facilement le champ de sa sociabilité (aire transitionnelle [Winnicott, 1971]).

Plus loin, dans l'entretien qu'il donne quelques jours après l'annonce de sa rechute, il évoque le renforcement de ses liens avec les gens du village : « *J'ai un peu besoin de ça, c'est le village où j'ai toujours été, j'y ai été instituteur pendant des années, donc c'est vrai que ça crée des liens, on est toujours attaché à ce qu'on a apprivoisé...* »

Parle-t-il du cancer ? La locution « *On est toujours attaché à ce qu'on a apprivoisé,* » outre qu'elle traduirait l'importance de l'intrusion (*toujours attaché*), sonnerait alors comme un aphorisme qui sous-entend une vision anthropomorphe du cancer, à "apprivoiser", comme le Petit Prince apprivoise le Renard.

La dimension de l'évitement apparaît cliniquement réduite chez Mr C. Pour n'être pas non plus dans le déni de son affection ni de sa gravité, il semble cependant en conjurer les implications par la mise en exergue de sa résistance à la maladie (hyperactivité, créativité, socialisation) et la théâtralisation de la mort, qu'il joue, affublé de la défroque de son père défunt: ce qu'il refoule en le faisant (la réalité de la mort), émerge dans le discours de sa sœur interloquée.

La relation étroite qu'il entretient avec son ami veuf est également informative : il se place résolument comme une image inversée de l'épouse de son ami qui avait fait ce choix de rompre toute relation sociale deux ans même avant son décès. Lui, tout au contraire, s'affiche. Et si l'intensité de l'intrusion liée au traumatisme de l'annonce s'avère très élevée, la résistance à ce phénomène consiste chez lui à "*apprivoiser*", anticiper, mettre de la distance (il "*met*" de la distance entre son cancer et lui, bien plus qu'il ne "*prend*" de la distance d'avec son cancer) par une externalisation qui réduirait sa maladie à un fait social propre à susciter l'intérêt de tout son entourage. Il se fait par là-même le spectateur de sa propre histoire et de ses capacités à faire face à l'intrusion du cancer ; il parle de lui-même à la troisième personne : « *Je ne sais pas s'ils sont venus voir dans quel état le cancer avait laissé C.* » Ou « *il vaut mieux que ça arrive à C qu'à ses enfants.* »

Mr C. a par contre décliné l'offre qui lui a été faite de se rendre à l'Escale Bien-être de la Ligue contre le cancer de Montpellier, lieu d'échange où il aurait été confronté à d'autres malades du cancer. Démonstratif de son statut de cancéreux pour ses proches et son environnement social, il évite, *a contrario*, de rencontrer des patients qui vivent la même expérience que lui.

Le fait que Mr C. centre son discours sur la relation aux autres autour de la médiation de l'attribut social de cancéreux témoigne paradoxalement du degré d'intrusion qu'il subit. Son comportement est à analyser selon deux axes prévalents : *un axe culturel* qui est celui du savoir profane et des représentations sociales du cancer, et *un axe personnel* qui tient à sa structure de personnalité et à son expérience du premier cancer vécu depuis 2010. Un troisième axe, *biologique*, c'est-à-dire la symptomatologie clinique elle-même, apparaît peu déterminant en une période où la rechute est relativement asymptomatique, autorisant le maintien de ses défenses adaptatives.

Le niveau élevé de l'intrusion est confirmé par l'échelle d'Horowitz (*impact of event scale*) qu'il a remplie quatre semaines environ après l'annonce de la rechute, mais surtout un an et demi après l'annonce du cancer : échelle d'intrusion 28/35 soit un score extrêmement élevé (cf. section II), échelle d'évitement 21/40, soit un score très faible compte tenu de la prégnance de l'événement sur la vie biologique du patient, total 49, valeur au-dessus du seuil définissant un syndrome de stress post-traumatique caractérisé (40). Il est à souligner que c'est l'intrusion et non l'évitement qui est pour l'essentiel dans la valeur de ce score.

FAMILLE L : L'ANGOISSE DES PROCHES

VIGNETTE

L'annonce

Jusqu'à présent il était simplement question de pneumonie. Rien ne préparait Michèle, 59 ans, à une telle déchirure. Ils avaient travaillé dur, son mari et elle, pour créer une famille harmonieuse. Mariés depuis trente ans, ils ont élevé ensemble trois enfants : le premier issu d'une première union porte cependant le nom de son mari après une adoption. Puis elle eut un fils et enfin une fille. Elle a aujourd'hui sept petits-enfants. Elle est décrite par ses proches comme une personne altruiste, préoccupée des siens ; une famille, selon les propres termes du mari, « où l'on n'est pas malheureux. »

Ce jour de consultation, c'est la deuxième fois que nous voyons Michèle. Il y a seulement une dizaine de jours elle est venue présenter son dossier, comme pour rassurer ses proches. Elle était quasi certaine que cette toux était bien due à une banale pneumonie ; c'est du moins ce qui lui avait été dit. D'ailleurs, elle n'a jamais fumé. Mais entre temps, les examens itératifs, parfois pénibles, ont dû insinuer un doute, et chez elle, lorsque doute il y a, il devient familial. D'ailleurs ce matin, elle se présente accompagnée de son mari et de sa fille. Nous ne savons pas encore que son fils attend dans le couloir.

Comme à l'accoutumée, nous laissons Michèle et ses proches s'installer comme ils l'entendent dans la pièce. Elle choisit le fauteuil le plus près du médecin et sa fille s'assoit immédiatement à son côté. Son mari s'assoit en retrait sur un fauteuil placé en deuxième ligne. L'attendent en arc de cercle, le médecin, la psychologue et l'infirmière.

Résultats de la biopsie. L'annonce est faite avec tout le ménagement possible. Mais il y a un moment où le mot doit être dit. Les traits de Michèle ne bougent pas, son émotion est contenue, son regard reste droit mais à côté d'elle, sa fille vacille, se lève pratiquement à l'énoncé, s'excuse et sort très émue. Le fils, présent dans le couloir, entre et prend sa place. Michèle dit qu'elle s'en doutait, qu'elle anticipait ce diagnostic et même qu'elle a commencé des recherches sur Internet. Le fils cherche la main de son père assis en retrait et la trouve. Michèle tient à savoir immédiatement s'il y a une possibilité d'opération. Nous devons lui expliquer qu'il

y a une atteinte des ganglions et que dans cette condition, l'intervention ne peut être immédiatement envisagée. Déception. Elle reformule. Elle parle d'une voix calme et assurée. Son époux ne dit rien. Le fils, à son côté, parle avec les yeux. L'échange ne va durer que quelques minutes. Une exaction terroriste n'aurait pas fait plus de dégât. Un mot aura suffi à faire éclater l'apparente sérénité que cette famille avait construite sur trois décennies. La suite de la consultation est confiée à l'infirmière ; le médecin et la psychologue sortent de la pièce, suivis par le fils. Et l'on voit alors un solide jeune homme d'un mètre quatre vingt s'effondrer dans les bras de sa sœur.

L'après-coup

Michèle

Michèle est actuellement traitée dans le service. Elle a déjà reçu deux cures de chimiothérapie. Lorsque la psychologue lui demande d'évoquer son ressenti, ce n'est pas d'elle qu'elle parle. Les différents membres de sa famille émergent du discours comme sa seule préoccupation. Son mari tout d'abord, qu'elle considère comme « *déconnecté* » depuis l'annonce, perdu, très affecté, envahi par un sentiment d'injustice. C'est comme cela qu'elle perçoit son époux. Sa fille et son fils cadet ensuite. Ce sont les enfants les plus proches; selon elle, ils sont eux aussi très affectés. Le fils surtout. Récemment divorcé, il semble avoir traversé des périodes difficiles. Elle évoque son petit-fils, Mathis, dont le souhait serait de vivre avec son père mais dont la garde serait l'enjeu d'un conflit opposant son fils et son ex belle-fille. Les choses en sont arrivées devant un tribunal. Une expertise psychologique qu'elle juge partielle, a été versée au dossier ; elle décrit son fils, c'est-à-dire le père de Mathis, sous un jour peu flatteur, suggérant une insensibilité du fait de son engagement dans la gendarmerie et de son crâne rasé. Cette même expertise aurait souligné une infantilité sur la simple observation qu'il parle de son père en disant « *papa* . » Michèle énonce toutes ses inquiétudes comme s'il s'agissait d'elle et met cela en avant plutôt que d'évoquer sa maladie.

Lorsqu' il lui est demandé de faire part de ses affects, c'est de la genèse du cancer qu'il est question plus que du devenir. Car il faut bien trouver une explication pour expliquer qu'elle

soit atteinte d'un cancer du poumon, elle qui n'a jamais fumé. Un sentiment d'injustice pointe dans son discours lorsqu'elle évoque des parents auxquels, selon elle, il ne serait rien arrivé malgré leur fâcheuse habitude de fumer (à ceci près cependant que son père a été traité et semble-t-il guéri, d'un cancer de la vessie). Ses parents, elle ne les voit plus ; sa famille à elle s'origine de son union à son mari et se poursuit vers sa descendance. La psychogenèse est une thématique forte dans la représentation des causes. « *Certains chocs pourraient expliquer l'apparition du cancer* » et là surgit à nouveau la thématique du divorce du fils évoqué comme traumatisme possible. Les gènes aussi sont mis en cause, et ce d'autant que l'explication a été avancée par le corps médical à plusieurs reprises avec des recherches réitérées d'anomalies génétiques, ce qui suggère qu'il n'y ait pas qu'elle qui soit en recherche de causalité. « *Mon enfance n'a été ni heureuse ni malheureuse* » dit-elle en fin d'entretien. Il faudra croiser cet entretien avec ce que nous apprendrons plus tard pour percer l'écran que constitue cette formulation.

Un calme certain émane de cette personnalité. Elle évoque sa fonction dans la cellule familiale dont le fonctionnement habituel semble effectivement de type matriarcal. C'est d'une certaine manière un « *rôle de soutien qui la soutient* », comme si sa fonction au sein de la famille nucléaire lui évitait un effondrement.

La fille de Michèle

« *C'est pas facile de comprendre, pas facile d'accepter.* » Avec cette phrase, jetée en préambule lors de l'entretien, la fille de Michèle indique immédiatement les deux niveaux distincts, pour l'instant tous deux inaccessibles, qui la maintiennent dans cette angoisse. C'est elle qui donne la meilleure formulation du questionnement affectant chacun des membres, une formulation applicable à tous et suggérant que l'angoisse est systémique. . « *Pas facile de comprendre* » : c'est bien de compréhension qu'il s'agit et notamment d'une tentative de rationalisation de la situation. « *Pas facile d'accepter* » : c'est-à-dire difficultés d'appréhender une situation nouvelle. Ceci explique que son discours soit émaillé de prépositions projetant la situation actuelle dans le futur. « *Et puis là, les jours approchent et il y a la chimiothérapie, tout ça, tout ce qui va arriver après. Et c'est vrai que tous les jours je suis chez mes parents, ..., et puis de voir ses parents comme ça aussi...* » Survient ensuite dans le discours une scansion : « *voilà ; après, la maladie*

on ne peut pas l'accepter. Je ne peux pas. » Ce rapport particulier aux temps grammaticaux permet de présupposer que la fille de Michèle recherche une autre manière d'appréhender le temps dans sa fonction subjective. Le cancer réorganise objectivement et subjectivement le temps. En cela la chimiothérapie apparaît comme une scansion symbolique : « *et puis là les jours approchent et il y a la chimio.* »

C'est la maladie de Michèle qui questionne sa fille dans ce qu'elle a d'incompréhensible et d'inacceptable, mais c'est cependant l'état psychologique de son père qui la préoccupe en premier lieu. Comme l'avait suggéré Michèle, il est perçu par le reste de la famille comme une personne pessimiste et angoissée, et présenterait selon leurs dires, une fragilité structurelle le prédisposant à l'effondrement. Quant à elle, elle dit résister parce qu'il s'agit d'un devoir filial. Elle évoque le rôle que ses parents ont auprès de ses propres enfants et en quoi le maintien de ce rôle est essentiel pour les premiers. Quant à elle, sa fonction au sein de sa propre famille nucléaire est une façon d'éviter son propre effondrement psychique. Il y a là un mode de défense qui paraît identique chez la mère et la fille.

La fille de Michèle semble être très consciente d'un rôle qu'elle aurait à jouer et qui serait un rôle de réparation. Dans son mode de défense, le fait que l'affection de sa mère ne puisse être ni comprise ni acceptée, ne l'exonère pas de sa propre place familiale. La mobilisation de la fille de Michèle est totale. Elle intervient en tant que fille, mais aussi en tant que professionnelle (elle est préparatrice en pharmacie), en tant que sœur du grand frère éprouvé, en tant que fille de son père ébranlé, en tant que mère de deux des petits-enfants de ses parents, insistant sur le rôle de la proximité et de la cohésion de la cellule familiale. Dans son discours, cette cohésion pourrait sur une dérive imaginaire de l'angoisse avoir un coût, voire un coût élevé puisque la deuxième épouse de son frère, est elle aussi soignée pour une affection pulmonaire dans le service. Mais, fait étrange, par une sorte de contamination, cette belle-sœur est supposée avoir été opérée d'un cancer pulmonaire, alors qu'en réalité elle est soignée pour une affection respiratoire banale et bénigne. De cela, je puis attester en qualité de médecin de cette jeune femme. La singularité de sa personnalité s'efface derrière une expression à la fois individuelle et collective, qui participe d'une homéostasie psychique.

En réalité, le discours de la fille de Michèle est très structuré. Tout s'ordonne dans l'agenda des examens et des traitements. Il faut être précis avec elle. Elle se perçoit comme la référente lors des consultations, « *avec toutes les visites qu'on a eues, j'avais l'impression que*

des fois, on n'avait pas entendu la même chose, ils (mes parents) n'étaient pas là. Voilà. Enfin moi, ça va aller. Il faut, hein. » D'une certaine manière, le dispositif d'annonce c'est elle. Il y a une analogie avec la fonction de la boussole. Elle indique une direction plutôt qu'un objectif à atteindre.

Mais lorsque la fille de Michèle (comme le fait Michèle elle-même) souligne une supposée prédisposition à l'effondrement psychique chez le père, ne s'agit-il pas d'un mécanisme de défense, n'y a-t-il pas ici quelque chose de l'ordre de l'identification projective?

Le mari de Michèle

En effet, l'impression laissée par l'entretien avec le mari de Michèle paraît très éloignée de la description qui est faite de lui. Certes, il est en proie à l'angoisse, il le reconnaît lui-même, « *Voilà. C'est l'angoisse. Je me dis qu'elle va être là à Noël, voir grandir ses enfants...* » Plusieurs éléments de son discours attestent d'une destitution subjective sauvage issue du traumatisme de l'annonce, ne fut-ce que l'utilisation désordonnée des temps grammaticaux, sautant du futur lorsqu'il évoque des choses passées au passé-composé lorsqu'il parle de ses inquiétudes à venir. « *J'ai pas encore été confronté, c'est quand je vais l'avoir à la maison... fatiguée, puis bon c'est toutes les questions qu'on se pose.* » Et plus loin, après avoir évoqué ouvertement l'angoisse, une angoisse en réalité systémique qui touche toute la famille, « *On n'évalue pas encore, enfin si, puisque je la vois en forme, bon après elle s'était maquillée, elle s'habille, donc je me dis que ça va.* »

Le mari de Michèle, lui non plus, ne comprend ni n'admet. Il n'admet pas parce qu'il ne comprend pas et dans sa recherche, il évoquera lui aussi des théories psychogénétiques. A son avis, elle est malade d'avoir porté les préoccupations de toute sa famille, y compris les siennes propres. En cela on ne peut exclure qu'il éprouve un sens aigu de la culpabilité par rapport à ce qui s'opère. Tous les critères diagnostiques d'un état de stress post-traumatique sont présents : tout d'abord l'événement stressant, l'annonce, telle que narrée au début de cette observation. Ensuite, la reviviscence du traumatisme avec de très nombreuses intrusions, envahissement par les souvenirs répétitifs de l'annonce, crainte que le traumatisme se reproduise au moindre stimulus idéique, à la moindre ré-expérience intrusive. Il y a aussi une réduction du contact vis-à-vis du monde extérieur et aussi ce sens de la culpabilité exacerbée par la maladie

de Michèle. Toute activité, même idéique (perspective de Noël) réveille le souvenir de cet événement traumatique « *sera-t-elle là à Noël ?* »

Bien qu'il soit supposé fragile, il fait montre des mêmes capacités d'adaptation et des mêmes mécanismes de défense que nous avons décrits chez la fille de Michèle, notamment un surinvestissement dans toutes les activités quotidiennes propres à soulager la situation de son épouse. N'a-t-il pas appris le fonctionnement du lave-linge, lui qui était totalement étranger aux tâches domestiques.

Il évoque son épouse et parlera de son souci des autres. Ce souci s'était porté ces derniers temps, comme nous l'avions perçu au cours de l'entretien avec Michèle, vers leur jeune fils divorcé. On perçoit dans son discours à quel point cet événement, et surtout le conflit qui s'ensuivit, ont perturbé la vie de Michèle. Cela constitua une fixation qui pourrait aisément s'expliquer du fait qu'elle revivait d'une certaine façon sa propre histoire.

Anamnèse

L'opposition aux autres a été une attitude structurante au début de la relation de Michèle et son mari. Le couple s'est formé très tôt. Elle n'avait que 22 ans et lui 20 lorsqu'ils se sont connus. La formation de ce couple rencontra la réprobation de ce qui constituait leur entourage. Michèle était mal vue chez elle car ses parents n'assumaient pas le fait d'avoir une fille divorcée, elle-même parente isolée, (il faut resituer cette question dans le contexte des années 60) élevant seule son enfant. Les choses furent pires pour son mari car il choisit pour vivre avec Michèle et son premier fils âgé de 3 ans, de tourner le dos à des études supérieures, souhait de ses propres parents, et de prendre un emploi peu qualifié. Ce sens des responsabilités l'isola de ses amis car il s'agissait pour l'essentiel de fréquentations festives. Ses parents rejetèrent leur belle fille. Il est vraisemblable que Michèle et lui aient vainement essayé de faire accepter à leur famille respective leur choix et, n'y parvenant pas, décidèrent de changer de région. Dans ce choix de vie, les relations de Michèle avec ses sœurs s'interrompirent de manière très longue ainsi qu'avec sa propre mère. Ce n'est que découvrant qu'elle était malade, c'est-à-dire quelques temps

après l'annonce du diagnostic, que mère et sœurs se manifestèrent par téléphone, dans une tentative tardive de renouer des liens affectifs.

ANALYSE

La figure du tragique décrite dans l'observation ci-dessus paraît exemplaire sur un point : dans une famille cohésive telle que celle qui a été décrite, l'angoisse prend une modalité systémique.

Ce qui fait fonctionner chacun des éléments de ce groupe familial est l'objet *a*. Cela s'explique par le fait que chacun des membres a pu transposer dans l'Autre la fonction de l'objet *a* et cette réalité peut être simplement exprimée : c'est la demande. Dans ce contexte, l'angoisse n'est pas le signal d'un manque mais en réalité le défaut de l'appui que donne le manque. Or, pour les enfants comme pour le mari de Michèle, la possibilité de l'absence de cet Autre, remet d'une certaine façon en cause la sécurité de sa présence. L'angoisse vient perturber ce manque qui fait le désir. Cette demande et ce manque origine du désir de l'Autre n'est pas sans rappeler la structuration de la capacité d'être seul, décrite par Winnicott (1958, voir *discussion infra*). La capacité d'être seul est réduite chez le patient suite au trauma de l'annonce et dans cette observation cela est vrai aussi des autres membres qui multiplient les opportunités de se rencontrer.

Si l'angoisse, comme l'a dit Freud dans ses écrits relatifs aux névroses traumatiques, joue par rapport au sujet la fonction de signal, on doit à Lacan d'avoir montré qu'il s'agit d'un signal en relation avec le lien unissant le sujet avec l'objet *a*. L'angoisse est le signal d'une vacillation dans cette relation, ce qui explique que le sujet soit toujours un *S* barré par le signifiant primaire.

L'angoisse est signal du *moi*, phénomène de bord dans le champ imaginaire du *moi* (Freud, 1926). Ce à que l'on n'a plus, on le retrouve par voie régressive dans l'identification. C'est l'identification qui est à l'œuvre, par exemple dans le processus de deuil ou dans l'annonce traumatique telle que nous l'avons décrite. L'angoisse est l'attente hautement paradoxale de

quelque chose qui est redoutée et dont on ne connaît pas le visage que cela pourra revêtir. Il n'y a donc pas d'angoisse sans sentiment de l'autre (mais c'est un autre inconnu Cf. *infra*). L'identification qui s'opère entre le sujet et l'Autre est ici une référence hautement significative. Le trait unaire, *Ein Einziger Zug*, signifiant de la trace d'une absence effacée, est le caractère ponctuel de la référence originelle à l'Autre dans le rapport narcissique. Cette peur de faillir fait dire à Lacan que dans l'angoisse, ce n'est pas de l'environnement que l'on manque, c'est de soi (la déréliction est toujours une faillite du *moi*).

L'objet *a* est donc d'une certaine manière la racine de l'angoisse. Il est déduit de la relation du sujet au grand Autre, c'est pourquoi toute angoisse est rattachée à une angoisse de l'Autre et le premier Autre rencontré est bien sûr l'Autre maternel objet de l'imminence d'une menace. C'est ce qui à notre sens fait trauma dans cette famille d'organisation typiquement matriarcale.

Le cadre de l'angoisse est cet état d'alerte, cette réponse qui est déjà une défense face à ce qui va arriver et que nous avons perçu dans l'intervalle séparant la première de la deuxième consultation. L'attente doit en effet servir d'encadrement à l'angoisse. Ainsi, lors de l'annonce, l'angoisse est cette coupure nette qui elle laisse apparaître l'inattendu et s'opère déjà dans le pressentiment.

La coupure qu'elle provoque sépare le réel du signifiant. L'affect qui ne trompe pas en l'occurrence, c'est l'angoisse ; il est le seul qui soit intransmissible par des mots et qui dise : « *le réel est là* ». L'angoisse est hors du doute.

Nous percevons tout au long de l'observation une famille envahie d'angoisse et qui doute. Ce doute est exprimé de toutes les façons possibles : les gènes sont-ils en cause ? La chimiothérapie peut-elle la conduire à Noël ? Le mari de Michèle va-t-il réagir ? Que pense exactement l'équipe médicale ? Or l'angoisse n'est pas le doute, elle est à l'inverse une certitude qui est à l'origine du doute. La vraie fonction du doute c'est la forme que prend le maintien d'une fonction de causalité. Le doute est d'une certaine manière, une ouverture de l'angoisse. L'effort que le sujet dépense pour douter est un leurre, il permet en effet d'éviter ce qui dans l'angoisse fait office d'affreuse certitude.

Ainsi le doute oppose un leurre à l'angoisse, et comme toute activité humaine nécessite des certitudes, l'on peut déduire que l'angoisse provoque aussi une mobilisation vers

l'action. Ainsi, les modifications tangibles du mode de vie de la fille comme du mari de Michèle sont-elles des conséquences indirectes de l'angoisse. Agir, c'est arracher à l'angoisse sa certitude et effectuer un transfert d'un certain quantum d'énergie psychique.

L'irruption de réel que constitue le traumatisme de l'annonce s'accommode assez mal de la logique. C'est pourquoi l'on voit trébucher les raisonnements de chacun des membres de la famille quant à la genèse de la maladie qui affecte Michèle. La fille l'a très bien exprimé dans les deux modes opératoires qu'elle distingue : « *comprendre et accepter.* » Mais comprendre c'est toujours s'avancer cahin-caha, de trébuchement en trébuchement, et souvent dans le malentendu. Elle l'a d'ailleurs clairement perçu chez ses parents lorsqu'elle affirme que ce qui leur a été dit au cours des différentes consultations n'a pas toujours été pour eux, intelligible.

Dans les processus de défense contre la situation créée par l'annonce tels que nous les avons identifiées(et nous pensons même qu'il y a analogie des processus de défense de la fille et du mari, voire de la fille et de la mère, même si personne ne peut le reconnaître), ce n'est pas l'angoisse elle-même l'affect contre lequel on se défend mais en réalité contre ce dont l'angoisse est le signal. Nous voulons bien entendu parler ici de du climat traumatique de l'annonce lui-même.

Selon l'anamnèse que nous connaissons d'elle, cette famille s'est construite *contre* ; contre l'avis des parents de Michèle, contre l'avis des parents de son mari. Ils ont donc à eux deux, ou trois si l'on compte l'enfant issu d'un premier lit, construit progressivement une famille où la valeur essentielle est la cohésion. Nous entrevoyons dans cette homéostasie psychique familiale, paraissant malgré le trauma toujours maintenue entre ses membres, ce que le mari de Michèle entendait par « *une famille où l'on n'est pas malheureux.* » Cette homéostasie rend compte de deux comportements systémiques :

1°) tout d'abord le souci de l'autre, extrêmement prononcé, semblant le ciment relationnel, si bien que tout élément discordantiel sera l'objet d'une réaction soutenue. Ainsi, une tentative d'intrusion tardive des sœurs de Michèle est refoulée, car reconnue comme étrangère à cette famille nucléaire. A l'inverse, la mobilisation de Michèle aux côtés de son fils est extrêmement forte lorsque celui-ci entreprend des démarches en vue d'obtenir la garde de son enfant. La nouvelle compagne de ce fils, à l'évidence très appréciée, est à ce point intégrée qu'une

identification projective la suspecte d'avoir été atteinte d'un cancer du poumon alors qu'elle a été opérée pour une maladie respiratoire bénigne.

2°) deuxième mécanisme qui est une forme de défense contre l'angoisse, l'identification projective : la fille a le souci de l'état psychologique du père, le père, mari de Michèle, a le souci de son épouse, Michèle se soucie prioritairement de la situation de son fils jusqu'à demander l'avis de la psychologue du service sur la pertinence d'une évaluation psychologique demandée par le juge des affaires familiales afin de déterminer si la garde de son petit-fils peut être confiée à son fils. Ce qui circule dans ce réseau très dense de soucis de l'autre est, à notre avis, non pas de l'angoisse de type réel, c'est-à-dire l'angoisse de l'Autre, mais plutôt une angoisse de sens que l'on pourrait plus communément appeler une peur. Elle est en effet animée de fortes représentations symboliques ; elle fait irruption entre symbolique et imaginaire et c'est même à certains égards une peur de type angoisse de rupture de sens, ce qu'exprime très bien la fille lorsqu'elle dit « *c'est difficile à comprendre, c'est difficile à admettre.* » Cette peur naît d'une identification projective alors que l'angoisse est une crainte de destitution subjective imminente, une menace élevée au rang de certitude de quelque chose d'étranger. La menace est bien sûr celle d'une séparation.

Nous concluons en disant qu'il y a dans cette famille un fonctionnement normal et cette fonction est celle de l'isolement de l'être-seul. Cet isolement est le corollaire de la fonction de l'angoisse, car l'angoisse exprimée par l'ensemble des membres est une angoisse de séparation. C'est l'apprentissage brutal de ce que l'existence contient de pouvoir séparateur.

SECTION V : DISCUSSION ET PERSPECTIVES

5.1. L'ANNONCE DU CANCER EST UNE EFFRACTION DU REEL DU CORPS

Dans cette section, je tenterai de démontrer en quoi le système RSI peut être éclairant sur l'irruption du Réel succédant au trauma de l'annonce. L'affect d'angoisse s'articule ici comme un symptôme hors sens. Dans l'impossibilité de symboliser cet affect par des mots, le symptôme naît comme un manque, un trou dans le sens, situé à l'intersection de l'Imaginaire et du Symbolique (Soler, 2009).

5.1.1. Ce qui fait que les instances Symbolique - Réel – Imaginaire sont cliniquement vérifiables au cours de l'annonce du cancer.

Parler à un patient apprenant qu'il est atteint d'un cancer c'est, d'une certaine manière, accueillir celui qui souffre de la vérité. Cette vérité est une menace, en ce sens qu'elle détruit le possible objet de son fantasme. En l'occurrence, le fantasme est celui que tout individu partage avec le reste de l'humanité, celui de la possibilité d'une immortalité.

Comprendre cette menace impose au clinicien de la contextualiser en tant que menace de l'inconscient – Réel. Le Réel est hors Symbolique, il est du côté du vivant. Le Réel est ce qui du corps pâtit du signifiant parce que le signifiant ne peut tout dire. Ainsi, le Réel reste inconnu, impossible à réduire dans le langage. Mais il est aussi l'origine d'un dire, lequel dire nécessite de mettre le réel en représentation sans pouvoir y parvenir absolument.

Le Symbolique, initialement conçu comme un langage, est aussi en fait l'instance où se structurent des signifiants non métabolisables. Il n'est pas seulement langage mais langue: *lalangue*. En ce sens, il est aussi le fruit d'un dire non métaphorique.

L'Imaginaire, non subordonné au Symbolique, est essentiellement fait de formes et de représentations. Lacan le considère comme l'intuition d'un réel à symboliser.

Ce structuralisme RSI considère l'inconscient comme du rationnel qui a ses lois. Au cours de l'annonce du cancer, ce qui fait souffrir le sujet est précisément l'impossibilité de tout

sujet à maîtriser ces lois ; incapacité structurale puisque la vérité ne peut se dire toute ni s'entendre toute. C'est parce que cette vérité tient au réel que le sujet ne peut la comprendre toute. Il s'agit donc d'une souffrance liée à la vérité.

Tous les êtres parlant ont en partage le langage ; ils n'ont pas en partage le Symbolique. Le Symbolique utilise des signifiants propres au sujet et ils ne sont pas tous nécessairement verbaux. Le Symbolique est un mode spécifique d'organisation du signifiant qui ouvre un passage possible vers la métaphore, laquelle est chaîne-signifiante dans la synchronie. Au cours de l'annonce, c'est précisément ce défaut de symbolisation de l'affect qui pourrait être à l'origine d'une souffrance liée à la vérité. Le principe d'une relation thérapeutique réussie construite autour de l'annonce, supposerait donc la possibilité de créer les conditions donnant au patient un accès au Symbolique.

Dans la structuration du nœud borroméen, le signifiant et le symptôme s'accrochent au sens, à l'objet du fantasme, produit entre imaginaire et symbolique.

Là où l'on perçoit ce qu'il y avait d'incomplet au premier concept lacanien d'un « *inconscient construit comme un langage* », c'est le constat que les signifiants S1 et S2 ne font pas chaîne. L'inconscient serait donc un langage a-structural dans la mesure où il n'y a pas de syntaxe produite, ni de signification grammaticale. C'est pourquoi, devant ce Symbolique sans métaphore, Lacan avait proposé le terme de *lalangue* qui n'est pas à proprement parler un langage.

L'Imaginaire induit par la métaphore, se définit quant à lui comme signification. Celle-ci est une représentation du corps. Elle ne peut se dégager de la présence de l'Autre sans lequel le sujet ne peut pas se soutenir dans la position narcissique. C'est ce corps dont l'image est à la fois adorée, mais aussi dans d'autres circonstances, abhorrée. Au cours d'une consultation d'annonce du cancer, c'est la contingence propre de l'énonciation qui fait retourner le sujet vers cette image abhorrée, une image colonisée par les représentations véhiculées par l'histoire de la cancérologie et par le savoir profane véhiculé par le *socius*. Ces représentations sont hors sens pour le sujet dans la mesure où elles ne s'articulent pas avec le symbolique, cette *lalangue* lui est propre, et ne pouvant s'articuler elle ne peut faire sens.

5.1.2. *La fonction de l'imaginaire envahie par les représentations sociales.*

Si l'inconscient peut être considéré comme un savoir, en ceci qu'il peut être déchiffré, il reste un savoir sans sujet. L'inconscient, de structure langagière, présente un signifiant S1 lequel ne peut en soi jamais représenter le sujet sinon pour d'autres, et s'écrire alors, justement, S2. Ces signifiants asémantiques que forme l'inconscient ne font pas chaîne avec ceux du sujet. On en vient alors à la conception d'un inconscient non plus marqué par l'imaginaire en tant que miroir primaire colonisé par des représentations hors sens, mais en tant que Réel, c'est-à-dire manque à être. C'est dans cette instance du Réel que se situe le sujet : celui qui parle (*parlêtre*), un autre nom pour désigner le sujet Réel, est divisé entre ce qu'il est comme sujet supposé « *manque à être* », et d'autre part, sa présence en tant qu'individu parlant. Il n'y a pas, selon cette structure, d'autre sujet que le signifiant, lequel est supposé. Ceci fait écrire à Lacan en 1967 : « *un sujet ne suppose rien, il est supposé. Si l'on traite l'inconscient comme une parole, c'est bien qu'on le considère aussi comme un savoir, un savoir insu de l'être même.* »

C'est donc la conception d'un inconscient qui d'une certaine manière, manie les règles de fabrication des signifiants. Lors d'un événement traumatique tel que celui qui nous occupe ici, l'inconscient est mis en présence d'une contingence, d'un fait qui provoque un investissement sans lequel il n'y aurait rien, et en particulier il n'y aurait pas de symptômes. Ce qui constitue ce signifiant tour à tour causal et causé est conjoint dans un noyau inamovible considéré comme le *parlêtre*.

La présence du *parlêtre* n'est pas disjointe de la parole lors du traumatisme de l'annonce. Nous pouvons risquer l'hypothèse que ce *parlêtre* ne peut faire autrement que parler vrai, puisque la vérité vise le Réel (Lacan, 1960). Quelles que soient les difficultés rencontrées dans la confusion des langues entre le sujet à qui l'annonce est faite et le thérapeute faisant énonciation, c'est le Réel qui commande au sujet plutôt que le Symbolique. Il y a là une impuissance du langage à faire autre chose que fiction de Réel, puisque le Réel est hors Symbolique.

Dans l'expérience inconsciente qui se joue lors de l'annonce, ce qui est impliqué est l'effet de la parole et du discours médical sur le Réel. C'est ce que le discours véhicule dans un lien social donné, toujours historique et qui fait dépôt dans une langue. Or, le caractère nouveau

et étranger de cette parole pour le patient est une succession de signes, de signifiants non articulables. De ce point de vue, on peut dire que le discours médical est, tel que perçu par le patient, analphabète.

5.1.3. *Le concept de destitution subjective sauvage et l'affect d'angoisse*

En tant qu'être parlant, le patient présente toutes sortes d'affects dont celui de l'affect d'angoisse, pressenti par Lacan, comme affect prototypique. Le sujet pris dans cet affect n'est pas, contrairement à ce que l'on pourrait concevoir, en manque de l'environnement mais de lui-même.

L'affect d'angoisse n'est ni un instrument de déchiffrage ni une boussole qui permettraient au patient la compréhension de ce qui lui est dit. L'affect est souvent déplacé et bien qu'il soit prégnant pour le sujet, celui-ci confond ce qu'il éprouve avec la vérité. Ainsi, pour l'affect d'angoisse, la métonymie est la règle. Bien que l'affect n'assure pas un savoir, il fait signe qu'il y a un savoir insu et que ce savoir insu en est la cause. Si l'affect d'angoisse peut être considéré comme un affect d'exception, c'est parce qu'il est le seul qui ait une valeur épistémique prouvant par l'expérience la présence de l'objet *a* du désir (éclat de jouissance perdu). Le sujet faisant face à l'autre (le thérapeute) lors de l'annonce est menacé par l'imminence de ce que Lacan appelait une destitution subjective sauvage, c'est-à-dire une aperception qui fait de l'angoisse l'affect type dans le contexte d'un Réel hors Symbolique ; il se définit comme un affect type de tout avènement de Réel (Soler, 2011). La destitution subjective sauvage est à rapprocher ici du concept d'agonie primitive développé par Winnicott. Il démontre clairement que dans ce qui s'opère lors de l'annonce, ce n'est pas le langage qui est compris dans un sens textuel, mais ce sont des signifiants hors-sens : la rencontre des mots avec le corps est ici à l'origine de ce qui se dessine.

5.1.4. *L'écart de registres entre le patient et le thérapeute.*

Nous retrouvons ici ce qui avait été ébauché par Ferenczi dans son discours sur la confusion de la langue entre les adultes et l'enfant (Ferenczi, 1932). Dans ce texte, il soulignait l'écart de registre entre l'enfant et l'adulte, le premier, dans un registre de tendresse et le second, dans un

registre de passion. Il étendait cette confusion de la langue aux situations thérapeutiques. Pour lui, le thérapeute est toujours dans une hypocrisie professionnelle : « *Nous accueillons poliment le patient quand il entre, nous lui demandons de nous faire part de ses associations, nous lui promettons ainsi de l'écouter attentivement et de consacrer tout notre intérêt à son bien-être et au travail d'élucidation.* » La réalité pour Ferenczi est tout autre, cette posture, confinant pour lui à l'imposture, veut cacher ce qu'il y a de trouble et de pénible dans la position du thérapeute. Sur l'autre versant de ce colloque singulier, le patient perçoit d'après lui avec beaucoup de finesse, « *les souhaits, les tendances, les humeurs, les sympathies et antipathies du thérapeute* », même lorsque celui-ci en est totalement inconscient lui-même. Il considère que ces patients dociles éprouvent secrètement des pulsions de colère et que, « *plutôt que d'accuser leurs thérapeutes de défaillance ou de commettre des erreurs, ils ont une propension à s'identifier à eux.* » Pour lui, la solution passe par un déchiffrage dans le discours et l'attitude du patient, dans le récit des choses déplaisantes du passé, par la reconstitution minutieuse de l'anamnèse antérieure au traumatisme ; elle impose aussi au thérapeute de s'astreindre à comprendre les critiques refoulées ou réprimées qui lui sont adressées.

Cette conception de la confusion de la langue pourrait être rapprochée de la définition lacanienne du symptôme. Partant de l'observation que l'enfant reçoit le discours de ses parents sans le comprendre, Lacan suggère qu'il y a avant l'apprentissage, une imprégnation. Pour lui, la formation de l'inconscient dépend autant de cette imprégnation qu'elle ne dépend des premières rencontres avec la réalité, et notamment la réalité sexuelle : « *L'inconscient c'est la façon qu'a eu le sujet d'être imprégné par le langage, d'en porter l'empreinte.* » (Soler. 2009).

Nous faisons ici l'hypothèse que l'enfant comme le patient, avant de pouvoir manipuler les concepts, réagit symptomatiquement (par le symptôme) aux expressions complexes, au discours pour lui astructurel que tient le thérapeute puisqu'il ne le comprend pas encore. Nous voyons dans cette confusion possible de la langue non plus comme le suggérait Ferenczi, entre l'adulte et l'enfant mais ici entre le patient et le thérapeute, une possible régression. Ce langage non compris laisse cependant des débris qui se déposent. Ces débris sont, non pas du symbolique (puisque'ils ne font pas sens), mais du Réel hors sens sous la forme du Un sonore.

Pourquoi ? Parce que les sons émis par le thérapeute, bien que dépourvus de sens, ne sont pas pour autant dépourvus de présence. Cette imprégnation par le discours dans l'instant de

voir qui inaugure l'annonce du cancer, faisant écho à la manière dont *lalangue* a été parlée et entendue, ressortira plus tard du côté du patient, déformée, reformulée par toutes sortes de trébuchements.

5.1.5. *Inconscient holophrastique et relation thérapeutique.*

Par signifiant, on entend tout élément discret et combinable, et nous avons vu plus haut que le signifiant n'est pas forcément verbal. *Lalangue* recueille les images issues du discours mais le savoir de la langue est réduit aux Uns, c'est-à-dire aux effets directs des éléments sans qu'ils soient articulés (Soler, 2008). Le Symbolique est la façon dont on a instillé au sujet un mode de discours (par l'imprégnation dont nous avons fait état plus haut) qui porte la marque du postulat : le désir circule dans la parole.

A la façon de parler de l'Autre, il faut rajouter la façon d'entendre du sujet (Lacan, 1975). La relation thérapeutique reproduit ici ce qui s'est passé dans l'enfance. Dans la relation au malade, la maîtrise du discours médical, ce qui serait, selon certain, le critère d'un dispositif d'annonce idéal, (comme si le sujet avait à être éduqué), n'est pas accessible au patient. En effet, cette maîtrise n'est qu'un vœu pieux, en ce sens qu'il ne tient pas compte du désir inconscient du sujet (ainsi le démontre ces patients qui fument à nouveau après une intervention pour un cancer pulmonaire). C'est que dans le discours de l'Autre, le signifiant s'entend car il est sur la ligne du discours mais ce qui se dit entre les lignes, dans l'intervalle signifiant, lui, s'interprète et se nomme désir et fantasme. Dans le trauma de l'annonce, le thérapeute émet pour le patient une langue étrangère (*lallare*). Recevoir cette autre langue et recevoir le message sont deux choses différentes mais liées par leurs effets respectifs.

5.1.6. *Quel traumatisme ?*

La transmission des effets symboliques dans une culture s'effectue par la parole à partir de figures. Ces figures sont transmises à l'enfant par le grand Autre, le premier rencontré (la mère) et assure la continuité générationnelle de la culture. Mais dans la relation thérapeutique, du thérapeute au patient dans sa position de régression, il y a le poids non pas du symbolique de la parole mais surtout le poids de *lalangue*, de ses débris et dépôts, bref de ses fragments où

mélodies auxquels le patient aura été sensible sans les comprendre. Ce *lallare* de l'autre thérapeute, incompréhensible, c'est le passage du Symbolique au Réel. Il établit un lien en dessous de l'intersubjectivité. Certes, ils ont quelque chose à voir avec les fondements des rapports sociaux et intergénérationnels, mais ce qui nous intéresse ici, c'est que le Symbolique sans lequel l'inconscient ne serait pas, a des effets sur le Réel. Ce qui fait dire à Lacan que ce *lallare* c'est du signifiant dans le Réel.

Dans la fluidité de la parole et l'infinitude du déchiffrement, le Réel est ce qui vient faire butée et ne peut être dépassé que dans la métaphore. En effet, le Réel est ce qui est non symbolisable, il est à la fois l'impossible à dire et l'impossible à écrire. Par là, on peut énoncer que l'instant de voir qui inaugure l'annonce du cancer est une irruption du Réel dans le corps et a un effet de butée sur la chaîne symbolique de la parole, dans laquelle le désir circulait jusqu'ici. Le symptôme est donc un trou dans le sens, sens qui se situe comme nous l'avons écrit plus haut au croisement du symbolique et de l'imaginaire. Il est donc insensé, c'est-à-dire qu'il est défi face à la volonté et à la compréhension. Or, si le noyau du symptôme vient du Réel hors-sens, il ne peut se résoudre que par ce même Réel. Le symptôme en lui-même est un événement de corps ; il n'a pas de généalogie, il n'a pas de logique, il n'est pas le fantasme même si le traumatisme vient interrompre une historicité qui trouve son origine dans l'anamnèse. Le symptôme c'est de l'écrit sans orthographe et sans syntaxe. Dans le colloque singulier entre un patient et un thérapeute lors de l'annonce, le fait que le symptôme ne soit plus à la portée du sens démontre qu'on a touché à l'Inconscient-Réel (Lacan, 1960).

5.1.7. *Le temps pour comprendre*

Toute posture thérapeutique, même dans le domaine de la médecine somatique, contient une part de situation quasi-transférentielle puisqu'elle part du postulat du sujet supposé savoir. Le sujet affecté par le non sens du symptôme est dans une temporalité d'attente, ce qui doit être compris dans le sens du temps pour comprendre. Il y a une attente du savoir qui résoudrait le trou que produit dans le sens la spécificité du symptôme. Le supposé savoir est constant, mais ce qui peut varier pour le patient est la personne à qui ce savoir est imputé. Cela valide la proposition qu'il faille construire ou reconstruire autour du patient un nouvel environnement bon

suffisamment, et qui maintienne, à charge pour lui de projeter sur une ou plusieurs personnes ce supposé savoir qui fait manque.

Le parallèle avec la situation analytique peut être poursuivi : de même que ce que l'analysant attend du psychanalyste c'est de donner du sens à l'insensé, le patient attend du thérapeute de trouver dans son symptôme la vérité qu'il recèle. Or, la vérité comme le sens, sont des notions conjointes. Ce sont tous deux des phénomènes du sujet, ils ne donnent pas accès au savoir ; c'est vrai pour la vérité, (si le lecteur me permet ce pléonasme) puisque la vérité est toujours un mi-dire (Lacan J, 1973).

5.1.8. *Le thérapeute en tant que sujet supposé savoir*

Dans la relation thérapeutique, le patient (ou le proche) projette fréquemment sur le thérapeute un savoir dépassant largement le champ des compétences médicales, voire des compétences humaines. Cette notion de sujet supposé savoir est une méprise en ceci qu'elle se manifeste par le symptôme. Le symptôme, l'affect éprouvé par le patient, c'est précisément du savoir sans sujet, c'est-à-dire de l'Inconscient-Réel dont le propre est d'être hors sens. Il advient donc, dans le colloque singulier, un malentendu tenant à la confusion de deux notions philosophiquement distinctes, la vérité et l'exactitude. Est exact ce qui est déjà vérifié soit par la technique soit par le temps. Est exact ce qui s'est donc déjà accompli. La distance séparant le possible et la réalité est un leurre car, lorsque l'on est en présence d'un fait accompli, on s'aperçoit qu'il est le fruit d'un terrain, d'un événement, d'une contingence. Ainsi, le concept d'une infinité de possibles, tel qu'on l'imagine, est un leurre qui recouvre l'ignorance même du sujet supposé savoir. Je veux dire par là qu'il est impossible de répondre aux questions tenant à l'ordre du devenir autrement que par un calcul de probabilités, lequel ne dit absolument rien du sujet englué dans une cohorte en tant que spécimen ayant permis ce calcul de probabilités. Je me risque ici à rapprocher deux conceptions historiquement distantes et issues de deux systèmes de pensées distinctes : la pensée philosophique bergsonienne selon laquelle il n'est de possible que par rétrojection et que la réalité est ce qui est exactement advenu ; et la pensée psychanalytique lacanienne où la vérité tient au réel par son caractère constamment fuyant, jamais dit totalement, et qui ne se conçoit que comme une vérité du sujet. Le savoir au sens scientifique du terme quant à lui, s'abstrait du sujet. Nous pouvons donc assimiler le savoir médical à un savoir sans sujet. Il est donc très

proche d'un savoir scientifique en ceci qu'il vise à l'objectivité dans les faits et à leur vérification par l'expérimentation.

5.1.9. *De l'effet de sens à la portée de sens*

Nous nous plaçons ici dans l'espace de l'historisation du sujet au sens anamnétique du terme. La chute du sujet supposé savoir concerne ici le patient lui-même. Il faut créer un espace (une aire transitionnelle) où le sujet puisse relâcher son attention, c'est-à-dire ne plus interroger le monde qui l'entoure sur la recherche d'un effet de sens. C'est par cet abandon qu'il a une chance de retrouver une portée de sens.

Dans le Réel, il n'y a pas de désir de savoir. Il y a latence de l'inconscient-Réel et la présence d'un discours autre que celui de la parole. Ce en quoi cette conception lacanienne peut être éclairante dans ce qui advient du sujet au cours de l'annonce du cancer peut se résumer par ce qui suit : le patient a un amour de la vérité parce qu'il s'agit de l'amour qui s'adresse au savoir. Le thérapeute est à ses yeux supposé savoir. Or, c'est à notre sens un partenaire qui a une chance de répondre sur le versant du Réel et non du savoir. Il devrait donc s'appliquer à une réduction des mirages des vérités (qui sont toujours partielles puisque mi-dites) alors qu'il n'est pas maître du Réel et qu'il ne peut anticiper ce qui chez le malade lui-même va faire signe.

Ceci explique que le temps pour comprendre n'est pas un temps logique. L'absence d'un principe de conclusion dans ce temps pour comprendre est en relation avec le fait que la conclusion est insupportable par « *horreur inconsciente* » du savoir. La consultation en tant qu'elle est une irruption de Réel, mobilise l'Imaginaire et le Symbolique, soit le champ des semblants dans lequel le Réel fait question. Ce Réel qui se fait jour dans la parole peut atteindre un principe de conclusion par un terme : celui d'admettre qu'il y a un impossible à dire et à écrire.

De ce refus conscient du Réel du corps, lequel parle au travers de *lalangue* comme étant un savoir insu, naît une continuation fantasmatique (une mobilisation de l'imaginaire) qui ne veut pas savoir. Le temps que met le patient à accepter le Réel est nécessaire et correspond *stricto sensu* au temps que met le sujet à être aussi l'objet (Réel) par un mécanisme d'exclusion interne du sujet lui-même.

5.1.10 *Dévalorisation de la notion de vérité*

Il existe une double dévalorisation de la relation de la vérité au Réel et celle-ci est nécessaire. Elle tient compte du temps logique et de la position de l'être. La satisfaction comme l'épuisement qui peuvent se faire jour à la fin de l'entretien, ne sont pas les fruits d'une élaboration. Ils surviennent par arrêt de la poursuite de la vérité et l'acceptation du Réel. En ce sens, la satisfaction comme l'épuisement peuvent être rangés au chapitre des affects (Soler, 2011). C'était l'intuition de l'écrivain Henry Miller :

« Quand savons nous que nous savons? Quand nous avons cessé de croire que nous ne saurons jamais. La vérité vient avec la reddition. Et elle est sans parole. » (In: Un diable au paradis).

5.2. LA CONCEPTION D'UN ENVIRONNEMENT BON SUFFISAMMENT ET QUI CONTIENT EN TANT QUE MODELE POSSIBLE DU DISPOSITIF D'ANNONCE

Dans cette deuxième partie de la discussion nous souhaiterions souligner la richesse des concepts winnicottiens dans une relation thérapeutique hors relation psychanalytique et les enseignements que nous pourrions résumer comme suit :

- L'annonce du cancer provoque la remémoration d'une angoisse impensable.
- L'annonce du cancer est un empiètement, qui en retour menace l'intégrité du *moi*, le morcelle, (état de non-intégration décrit par Winnicott).
- Ce morcellement est à l'origine d'un possible état de dépendance.
- La capacité d'être seul est réduite chez le patient suite au trauma de l'annonce, comme une conséquence de la régression.
- Les phénomènes transitionnels qui rendent la vie normale possible, permettant la créativité et le compromis entre la réalité intérieure et la réalité extérieure, sont empiétés par l'annonce du cancer et par la dépendance du patient vis-à-vis des soignants et de ses proches.
- Cela explique que l'on puisse observer une régression jusqu'à l'utilisation d'objets transitionnels.
- L'environnement joue un rôle crucial dans les phénomènes qui succèdent au trauma de l'annonce.
- L'environnement est à la fois celui qui devrait soutenir mais aussi celui qui, par la force des événements et les nécessités du traitement peut être toxique : c'est l'absence de répit imposée par les soignants et les proches qui est toxique.
- La définition d'un environnement qui contient et de ses douze caractéristiques selon Winnicott, est applicable au dispositif d'annonce, c'est-à-dire susceptible de permettre la reconstitution d'un espace de créativité entre la réalité interne devenue impensable pour

le malade et qu'il ne reconnaît plus, et la réalité externe des traitements qu'il voudrait nier et qui s'impose à lui.

5.2.1. *La question de l'environnement défaillant*

De la même manière qu'un environnement favorable donne à l'individu la chance de se développer (ce qui généralement mène à la santé), un environnement défaillant conduit le sujet à une instabilité psychique. Il en est de l'individu adulte aux prises avec l'angoisse du cancer comme il en est de l'enfant en cours de développement.

Winnicott a fait la démonstration que l'individu n'existe pas. Un individu n'existe qu'en relation avec le monde extérieur. Ainsi, dans sa théorie il renverse le postulat freudien d'une évolution de la relation monadique vers une relation binaire, en affirmant que la capacité d'établir une relation où l'on est un, suit en fait celle d'une relation où l'on est deux, à travers l'introjection de l'objet. Cette théorie déplace le centre de gravité hors de l'individu puisqu'elle considère alors un ensemble constitué de l'individu et de son environnement. Dans la théorie qu'il développe d'un environnement qui contient (*holding environment*), il démontre que le thérapeute a la responsabilité du cadre de l'espace thérapeutique. Il est tentant de mener un parallèle avec le dispositif d'annonce qui pourrait être susceptible de créer l'environnement qui contient, contrepoids essentiel à la prise en charge biotechnologique (la technologie médicale pouvant être elle-même vécue comme étrangère à l'individu, et peut participer de l'empiétement sur le *self* du sujet). L'environnement médical soignant serait donc constitué de deux parties, la technique et le cadre, ce dernier *stricto sensu*, environnement qui contient. Ce cadre est susceptible de maintenir chez le sujet le sentiment continu d'existence, lequel dépend du dévouement ordinaire : pour l'enfant, ce dévouement a pour nom la préoccupation maternelle primaire, chez l'adulte cette position est occupée par le cadre thérapeutique.

L'affect d'angoisse qui succède à l'annonce du cancer prend les caractéristiques du traumatisme tel que décrit par Ferenczi comme une défaillance du *moi*, un auto-clivage narcissique du *moi*. Nous retrouvons ici ce que Freud avait décrit plus simplement sous le vocable de clivage du moi, repris plus tard par Mélanie Klein lorsqu'elle décrivait la position

schizo-paranoïde. L'angoisse impensable équivalant pour Winnicott à l'agonie primitive, reprend cette conception de l'angoisse tel que définie par Lacan, celle sur laquelle on ne peut poser aucun mot parce qu'elle ne peut être élaborée ni symbolisée. Au moment de l'annonce du cancer, nous avons souvent observé ce que nous oserions appeler un « évanouissement » de la personnalité. Ce terme correspond mieux à la réalité que celui de sidération ; car on est à ce moment face à un individu dépersonnalisé, extrait du temps, répondant mécaniquement et qui sera incapable de se remémorer ce que l'on croit clairement lui exposer. Cela est, pour l'observateur, perçu de manière tout à fait analogue aux descriptions qu'en faisait Winnicott : « *tomber en morceaux ; tomber pour toujours ; n'avoir aucune relation avec son corps.* »

L'agonie primitive était un vocable utilisé par Winnicott lorsqu'il considérait que l'angoisse n'était pas un terme assez fort, mais les deux termes sont partiellement équivalents puisqu'ils se caractérisent l'un comme l'autre comme un état de non intégration, un sentiment de tomber pour toujours et une perte du lien psyché-soma (Winnicott, 1949). Dans la situation du patient auquel est énoncé un diagnostic de cancer, la non-intégration correspond à l'incapacité de penser au moment de l'annonce ; le sentiment de tomber pour toujours est clairement exprimé par les patients pour lequel la rupture biographique s'inscrit définitivement au moment de l'annonce ; quant à la perte du lien psyché-soma elle est perçue par les patients comme un divorce du corps et de la volonté. Nous sommes ici dans un environnement (le corps médical qui annonce) responsable d'une rupture dans le sentiment continu d'exister, responsable d'une agonie primitive que constitue l'empiètement c'est-à-dire une menace directe du *moi*. Il y a un risque d'annihilation du *self* en tant que noyau du *moi* (voir plus loin). C'est l'opposé même des conditions permettant le sentiment continu d'exister. Nous sommes ici dans une alternative simple, exister ou être annihilé. Et nous en revenons à la notion de l'ambivalence de l'environnement, le soignant et les proches, cet environnement qui empiète mais qui presque dans le même temps prétend être l'environnement qui contient. L'organisation défensive qui se met en place en regard de l'agonie primitive peut se résumer ainsi : face à la non-intégration, la défense s'organise par le clivage du *moi* ; face au sentiment de tomber pour toujours, la défense s'organise par la reddition du *self* ; face à la perte du lien psyché-soma, la défense s'organise par le déni de la réalité et le repli dans une exploitation du narcissisme primaire.

Quelle est la conséquence de l'empiètement ? La première est une perturbation de la personnalité appelée différemment selon les auteurs, annihilation du *self* (Winnicott, 1949), auto-clivage narcissique du *moi* (Ferenczi, 1934) et comme nous l'avons dit la rupture biographique du sentiment continu d'exister. Il y a là deux catégories de patients. En effet, l'empiètement ne menace la personnalité que dans la mesure où le sujet est insuffisamment préparé par les expériences antérieures et que cet empiètement annihile le sentiment continu d'existence. Ce cas est devenu extrêmement fréquent avec l'éloignement progressif de la réalité de la mort et son exclusion du *socius* occidental. Ainsi ce qui se passe pour le sujet apprenant qu'il a un cancer, en tant que menace vitale potentielle, est vécu comme une exception dans la mesure où il n'a jamais fait l'expérience de la mort d'un proche.

Dans d'autres cas cependant, l'organisation des défenses est possible. Elle passe notamment par une acceptation de la régression et du morcellement, le clivage étant en soi un mécanisme de défense échappant à l'annihilation. La régression clinique est selon Winnicott une mise à l'écart, une « réorganisation » qui cherche une fraction de la personnalité invulnérable. C'est ici une organisation du *moi* menacé d'effondrement psychique.

Or la plupart du temps, la crainte d'un effondrement est la crainte d'un effondrement qui a déjà eu lieu. Ceci mérite un commentaire : la peur de la mort, comme la peur du vide, résulte de traces mnésiques d'un effondrement passé, généralement au cours de la première enfance, et cette crainte de l'effondrement est justifiée parce que l'on en a déjà fait l'expérience : l'expérience d'une carence de l'environnement susceptible d'empiéter sur la personnalité. Cela renvoie aux notions de remémoration et de retour du refoulé.

Ainsi se trouve réalisée lors du traumatisme de l'annonce une crainte extrêmement répandue chez les sujets sains, celle d'une dépersonnalisation et de la perception du monde comme irréel. Tout est question d'environnement dont l'individu attend du secours mais dont il craint aussi l'empiètement pour l'avoir déjà vécu au cours d'une expérience précédente d'agonie primitive. La dépendance est consubstantielle à la condition humaine, ce qui suppose que tout ce qui rappelle cette dépendance est vécu comme un empiètement et menace l'illusion d'omnipotence du *moi*. La plupart des individus sont occupés à la créativité, c'est-à-dire à aménager l'aire transitionnelle, aire tierce, la seule dans laquelle il est possible de se maintenir entre l'insoutenable caducité du corps et la force écrasante des phénomènes naturels externes. J'ose citer ici l'écrivain et auteur de théâtre Viennois, Thomas Bernhard qui écrivait dans une

autobiographie relatant ses efforts pour surmonter l'angoisse de mort issue de son expérience sanatoriale de la tuberculose : « ...*nous mettons à notre service tous les moyens susceptibles de nous divertir de cette connaissance [notre finitude] et nous ne voyons dans ce monde que des gens occupés toute leur vie à ce divertissement.* » La créativité et les sentiments les plus intenses sont à l'origine des expressions humaines les plus élevées (artistiques, scientifiques, etc.). Elle résulte de la volonté ; frénée d'opposer un objet, une création, à la fuite éperdue du temps biologique (Arendt, 1958).

Je reviendrai à cette hypothèse quand je développerai la question de l'aire transitionnelle.

Rétablir un environnement suffisamment bon pour le patient, un environnement qui contient, pourrait être l'objectif du dispositif d'annonce. Il serait rassurant en tant qu'environnement susceptible de résister, c'est-à-dire d'être indestructible sur les points essentiels pour que le patient puisse intégrer l'ambivalence des sentiments qu'il éprouve vis-à-vis des soignants, la haine envers celui qui le maltraite et la tendresse pour celui qui lui témoigne de la sollicitude. Dans le même temps, cet environnement doit savoir opposer une certaine résistance afin que le sujet pris dans l'affect d'angoisse de l'annonce du cancer puisse passer d'une relation à l'objet à une utilisation de l'objet ; je fais référence ici à la qualité première du cadre thérapeutique : la capacité pour l'environnement de résister à la pulsion destructrice du sujet. Le fait que l'objet (le soignant par exemple) survive à l'agressivité et que le sujet constate que l'environnement n'a ni réagi ni disparu, conduit à la possibilité d'une utilisation positive. L'agressivité développée contre l'objet est suivie d'une sollicitude, c'est-à-dire de la capacité de rassembler le soignant objet et le soignant environnement en un seul objet susceptible de ramener une stabilité intérieure et une indépendance.

5.2.2. *Capacité d'être seul*

La capacité d'être seul est définie comme le paradoxe de pouvoir être seul en présence d'un autrui significatif (décrit comme étant la mère, le tiers primaire), et cette capacité a été initialement décrite comme une acquisition fondamentale de l'enfant lorsqu'il sort de la phase de

dépendance absolue pour entrer dans celle de la phase de dépendance relative où il apprend la différence entre le *moi* et le *non-moi*. Nous faisons l'hypothèse qu'au décours du traumatisme de l'annonce, cette capacité d'être seul, acquisition de l'enfant susceptible de consolider le moi, susceptible également de transformer les expériences instinctuelles en un sentiment d'être soi, puisse dans la circonstance présente défaillir. Il faut dès lors contextualiser la définition de cette capacité d'être seul selon Winnicott en regard des conceptions kleinienne et freudienne. Pour Klein, cette capacité est dépendante de l'introjection du bon objet ; pour Freud elle est avant tout la démonstration que l'individu a pu soutenir et surmonter la scène primitive. Ces deux conceptions, la première en tant que relation à l'objet interne, la seconde en tant que relation à l'Œdipe, ont été complétées par Winnicott de la manière suivante : « *je* » est le développement émotionnel et le rejet de l'extérieur ; « *je suis* » est une dynamique de mise en vie ; « *je suis seul* » est la capacité d'être confiant dans l'existence ininterrompue de l'Autre, (en l'occurrence, pour *l'infans*, la mère). Ainsi, le « *je* » émerge du *self* comme une capacité à distinguer le *moi* et le *non-moi*. C'est cette capacité d'être seul, résultant d'un environnement fiable, c'est-à-dire d'un environnement capable de réparer à temps ses propres défaillances, dont dépend la possibilité pour le *moi* d'être renforcé par les pulsions du *ça* et de vivre ces dernières comme réelles et personnelles (réalité intérieure). Cette transformation de l'expérience instinctuelle en *self* est une acquisition élémentaire du sens du réel. Elle est indispensable à la créativité. Je fais l'hypothèse qu'au décours de l'annonce, les graves empiètements que subit le *self* de l'individu provoquent une attitude de retrait qui se confond, du point de vue de l'observateur, avec une sidération. Pour cela, le sujet se retire afin de protéger le *self* en tant que noyau du *moi* et le retrait démontre que la relation au *moi* a fait défaut, ce qui explique qu'il y ait un déficit paradoxal de la capacité d'être seul. C'est pourquoi nous observons fréquemment ces patients qui se soustraient aux autres, y compris à leurs proches, dans l'attente de réparation des dommages créés par l'empiètement.

5.2.3. *Phénomènes transitionnels*

Le phénomène transitionnel peut être défini comme ce qui rattache et sépare l'interne et l'externe. Il est, pour le sujet sain, le siège du jeu, de la créativité, de la culture. Les phénomènes transitionnels se définissent par une aire et non comme une somme d'actions.

Pour Winnicott, la compréhension des phénomènes transitionnels, apport majeur de sa pensée, est essentielle à celui qui veut comprendre les différentes instances de l'individu. Il les définissait comme étant la troisième composante de la nature humaine. Ils unissent les deux réalités : d'une part les relations interpersonnelles et l'élaboration imaginaire qui définissent la nature objective de l'être humain ; d'autre part l'unité du sujet, laquelle suppose l'existence d'une réalité interne subjective. Cette aire intermédiaire d'expérience, ni complètement subjective ni complètement objective, est une aire nécessaire pour que s'expriment créativité, culture, amitié et désir.

Si cette aire transitionnelle, siège des phénomènes transitionnels, caractérise l'individu sain, le patient quant à lui, occupé qu'il est à séparer les réalités internes et externes, a besoin de cette aire tierce dans laquelle personne, excepté lui, n'a le droit de porter de jugement sur ce qui s'opère.

Au début de la formation de l'individu, à la charnière de la dépendance absolue et de la dépendance relative, se situe l'émergence de l'embryon des phénomènes transitionnels que Winnicott a appelé *l'objet transitionnel*. L'ours en peluche ou la poupée ne sont, pour *l'infans* qui acquiert l'expérience de la séparation du *moi* et du *non-moi*, ni un élément du dehors ni un élément du dedans. Ce n'est pas un élément de la réalité externe puisque l'enfant crée l'objet transitionnel en lui donnant une singularité. C'est pourquoi il ne peut être ni remplacé ni même lavé. Ce n'est pas non plus un objet interne puisqu'il ne s'agit pas d'une hallucination. Il s'agit en fait de la première possession non-moi de l'enfant.

Normalement (nous le verrons ci-dessous) l'objet transitionnel est rapidement désinvesti au profit d'activités qualifiées de phénomènes transitionnels. Il peut cependant persister à l'âge adulte des substituts de cet objet transitionnel, part régressée de la personnalité même chez des sujets sains (*smartphones* que l'on caresse, ordinateur de poche, véhicule

automobile que l'on personnalise, etc.). Ce qui caractérise l'objet transitionnel est de l'ordre du symbolique. C'est un objet qui représente ce que constitue le lien à l'Autre (le grand Autre étant la mère) et en même temps c'est un objet qui a été créé. Il symbolise ce que deviendront les relations dans les phénomènes transitionnels et il permet une défense contre l'angoisse ; en ce sens l'objet transitionnel est désinvesti pour devenir non réel et se transmuter en phénomène transitionnel.

Les phénomènes transitionnels sont à la fois la créativité et la perception objective établissant un lien entre psyché et réalité externe (Winnicott, 1971).

Pour apparaître, les phénomènes transitionnels doivent être précédés par un désinvestissement de l'objet transitionnel. Les phénomènes transitionnels investissent le champ compris entre la réalité interne subjective et le monde extérieur objectivable (ce dernier étant de l'ordre de la culture). Le désinvestissement résulte du passage d'un lien à l'objet à une utilisation de l'objet pendant que extérieur et intérieur sont maintenus simultanément séparés (distincts) et liés dans l'aire tierce créée par ces mêmes phénomènes (Winnicott, 1951). En tant que substitut de l'objet transitionnel, les phénomènes transitionnels sont symboliques de l'objet partiel. C'est pourquoi la régression qui survient lors de la maladie provoque l'angoisse, laquelle fait signal au *moi* et qu'il peut y avoir retour vers l'objet transitionnel en tant qu'objet *a* (éclat de jouissance perdue selon Lacan). Cet objet *a* n'est pas le sein maternel, mais il le représente. C'est probablement ce phénomène qui se manifeste dans la première de nos vignettes.

Le patient est aux prises avec le problème de la relation entre la conception d'une réalité intérieure subjective et la perception de la réalité extérieure objective. Le sens de cette relation ne peut être trouvé que dans l'aire intermédiaire, où se manifestent les phénomènes transitionnels, l'aire de la création, l'aire où se dissout l'illusion d'un environnement idéalement bon. Cette aire permet d'accepter que ce qui est perçu soit aussi différent de ce qui était conçu par la réalité interne. Elle résiste donc à la perception fondée sur l'épreuve de la réalité, ce que ne peut faire la réalité intérieure. L'enjeu est donc celui de la désillusion nécessaire lorsque le sujet perçoit la réalité ; ce que le sujet peut lui opposer pour résister par les phénomènes transitionnels est de l'ordre de la créativité. L'aire transitionnelle, aire tierce, troisième réalité indispensable à l'être humain, est une aire d'expérience neutre qui ne sera jamais contestée. C'est également l'aire dans laquelle peut se conjindre la réalité du patient, du proche et même celle du soignant.

Les phénomènes transitionnels inaugurent chez l'être humain adulte ce qu'était l'objet transitionnel à la phase de la séparation du moi et du non-moi : une expérience neutre qui ne peut être contestée par personne. Cette aire intermédiaire, siège de l'expérience, c'est l'aire de la créativité, l'expérience culturelle est le lieu où nous nous tenons afin d'établir une distance par rapport à nos comportements extravertis induits par la réalité extérieure et par rapport à nos vies intérieures mues par nos motivations inconscientes. Lorsque nous sommes en bonne santé, nous vivons dans cette aire tierce. Si la santé est de vivre dans cette aire, alors nous faisons ici l'hypothèse que sa perte brutale au cours de l'énonciation du cancer oblige le sujet à la quitter ou ne la fasse se réduire : c'est pour le patient l'abandon de l'espace de la culture. Ainsi la qualité de vie pourrait se mesurer à l'aune de cet espace. Lorsque l'on parle de phénomènes transitionnels, les questions ne tournent pas autour de la question « *que faisons-nous ?* », elles sont centrées sur la question de l'espace où se crée la culture.

L'aire transitionnelle est celle où se nouent les relations émotionnelles, celle des contacts sociaux, celle de l'amitié qui est quelle que soit la forme qu'elle prend, toujours l'amitié de la vie. C'est pourquoi la relation du patient au proche se modifie dans la mesure où elle ne trouve plus où se situer dans une aire devenue insuffisante. Parallèlement, la réduction de la capacité d'être seul empêche le patient de penser l'autre, le proche ou le soignant, en son absence, c'est-à-dire qu'il est incapable de soutenir l'autre dans son esprit d'homme souffrant (Winnicott, 1958). La fonte du désir s'explique par le fait que l'aire transitionnelle est précisément celle où s'éprouve normalement la joie, le bonheur, le fait de vivre créativement.

Le patient qui fait l'expérience de la confiance et de la fiabilité de l'autre, c'est-à-dire de l'alter en tant que soignant ou en tant que proche, est en mesure d'entreprendre le chemin vers une autonomie. Cette autonomie n'est pas pour autant une séparation selon le paradoxe de la capacité d'être seul, c'est-à-dire la capacité d'être seul en maintenant l'autre soutenu dans son esprit. « *Tel le bébé avec sa mère, le patient ne peut devenir autonome sans l'assentiment d'un thérapeute qui est prêt à le laisser partir* » affirmait Winnicott.

Il y a donc un parallèle possible du dispositif d'annonce lorsqu'il prétend restaurer le statut de sujet et les phénomènes transitionnels : dans les deux cas il y a investissement d'une aire indispensable à la tiercéité de l'individu. A travers l'empathie que le thérapeute a pour son patient, le patient est capable d'internaliser l'objet et de se sentir en sécurité dans le mouvement qui le mène de la dépendance induite par la maladie vers l'autonomie recréée par le dispositif.

C'est la création d'un espace potentiel qui peut être investi en aire transitionnelle. Ainsi le dispositif d'annonce en tant qu'aire d'expérience neutre qui ne sera jamais contestée, est un point de ralliement du soigné, du soignant et du proche, un espace à explorer par le lien culturel.

5.2.4. Transposition des douze règles définissant le cadre thérapeutique winnicottien

Si la dépendance est consubstantielle à la condition humaine, la pathologie cancéreuse rappelant cette dépendance par rapport au milieu intérieur, dépendance renforcée par les représentations sociales du cancer, alors on peut supposer que l'environnement du patient doive l'aider à supporter cette situation.

Le soignant, comme le proche, permet la répétition de la base triangulaire, celle nécessaire à une mise en relation sociale, ici soigné, soignant et proche.

Winnicott disait que dans une relation thérapeutique, le cadre est au moins aussi important que la technique thérapeutique elle-même. Il définissait ainsi la relation thérapeutique comme un environnement qui contient, en lui attribuant douze caractéristiques essentielles. Dans cette dernière section, j'énumérerai ces propriétés en les commentant de telle manière que, sans artifice, on puisse analyser quelles sont les possibilités d'une adaptation de la définition winnicottienne du cadre thérapeutique au cadre paradigmatique du dispositif d'annonce. En italique, les termes de Winnicott, en caractère bas de casse, notre évaluation d'une faisabilité technique dans le cadre de l'annonce :

Le thérapeute se met au service de son patient : situation implicite d'une relation thérapeutique sans spécificité ni à la psychanalyse ni à la cancérologie

Le patient peut se fier au thérapeute : là aussi, implicite à toute situation thérapeutique ; être fiable n'impose pas nécessairement d'être infallible, il suppose que le soignant soit conscient de ses propres défaillances et les corrige, quitte à admettre ouvertement avoir été défaillant.

Le thérapeute se préoccupe de son patient : conduite implicite à toute situation thérapeutique et définition même de la thérapeutique en tant que souci de l'autre.

Le thérapeute exprime de l'intérêt positif porté au patient et de la haine à travers la rigueur qu'il met à commencer et finir la séance à l'heure : dans une situation thérapeutique somatique, cette ambivalence est rarement assumée ; si cette ambivalence était honnêtement admise par le thérapeute et exprimée, la relation de confiance s'établirait peut être plus rapidement selon le paradoxe que la confiance naît d'un doute renversé par l'expérience.

Le thérapeute entre en contact avec le processus qui prend place chez le patient, comprend le matériel qu'il présente et lui communique cette compréhension : dans la situation thérapeutique concernée, la résistance du sujet à la compréhension de ce qui lui est annoncé est à l'origine d'une souffrance. C'est le corps – symptôme. Lever cette souffrance consiste pour celui qui a en projet d'aider son patient, de commencer par s'intéresser aux propres représentations du malade.

La méthode consiste à observer avec objectivité : implicite dans toute relation thérapeutique somatique ou autre.

« La relation doit s'effectuer dans une pièce et non dans un corridor. La pièce doit être tranquille, non susceptible d'être traversée soudainement par des bruits imprévisibles ; mais une pièce qui ne soit cependant pas plongée dans un silence de mort non plus qu'isolée par rapport aux bruits qui habitent normalement une institution. Cette pièce est éclairée convenablement et non pas une lumière en plein visage, non plus que par un éclairage variable. La pièce ne devra certainement pas être sombre et elle devra être confortablement chauffée. »
Ces recommandations détaillées sur l'organisation de l'espace où se noue la relation médecin – patient ressemble étrangement aux desiderata exprimés par le collectif des malades au décours des premiers états généraux des malades atteints de cancer, sous l'égide de la Ligue contre le cancer (1998).

Le thérapeute s'abstient de tout jugement moral : C'est le cas dans ce qui nous occupe et il est tout à fait dommageable qu'un patient puisse entendre au moment où lui est annoncé un diagnostic des propos culpabilisant relatifs aux risques pris par le passé (tabac, infection par le VIH, autres).

Dans la situation thérapeutique, le thérapeute est un être plus fiable que la plupart des gens dans la vie ordinaire : Cela suppose que le thérapeute s'abstienne de crise de colère ou de tendance compulsive envers qui que ce soit dans l'entourage professionnel

Le thérapeute effectue une distinction très claire entre la réalité et le fantasme, de telle sorte qu'il ne soit pas blessé par l'agressivité du patient : au travers d'une agression, le patient exprime souvent une angoisse.

Le patient peut compter sur une absence de réaction du thérapeute

Le thérapeute survit : de la même manière que le soignant survit au dispositif d'annonce, c'est le propre d'un environnement qui contient de pouvoir montrer qu'il est structurellement indestructible sur l'essentiel.

CONCLUSION

La présence plurielle telle que préconisée par la mesure 40 du plan cancer et telle que mise en œuvre dans le département d'oncologie thoracique, tend à reconstituer un environnement suffisamment bon et qui contient. Malgré ce, tous les patients n'ont pas accès à la métaphore et le travail effectué sur le signifiant est de l'ordre métonymique. Chez ces patient, l'Autre est toujours susceptible, suspecté, d'un tenu-lâché. Si c'est le cas, c'est pour en avoir fait l'expérience antérieurement, car la crainte de l'effondrement au cours de l'annonce est toujours la crainte d'un effondrement déjà survenu. Il est donc à rechercher dans l'anamnèse. C'est pourquoi certains patients ne prendraient pas la main qui leur est tendue. L'expérience d'une relation sur un mode tenu-lâché leur fait préférer le refus d'une aide plutôt que la répétition d'une expérience. Ceci explique pourquoi le lien est pour eux anxiogène et en quoi il contribue à l'isolement du sujet.

Ainsi, d'un dispositif d'annonce formaté, le concept s'épanouit en celui plus complexe de l'adaptation à des modes de résistance résultant de mécanismes de défense mis en place devant la crainte de l'effondrement.

Ceci apparaît particulièrement dans les comportements ou les termes agressifs parfois utilisés par certains patients. Lorsqu'un patient effectue à l'encontre d'un soignant une agression (en utilisant un signifiant qui n'est pas forcément langagier), le thérapeute ne doit répondre ni par un acte ni par une mutité. Il doit au contraire répondre par une parole, un renversement dialectique (tel que celui décrit par Lacan dans son commentaire de l'analyse de Dora "*intervention sur le transfert, (écrits)*" qui permettrait de comprendre de quoi la personne agressive cherche à se couper. Ainsi interroger l'agression, c'est de la part du thérapeute, éviter d'être dans une répétition transférentielle, c'est là que se place le rôle clé, celui d'un thérapeute pouvant servir de boussole pour comprendre le signifiant et donner une direction tout en considérant qu'il soit suffisamment capable de s'adapter aux déplacements résultant de métonymies successives.

Osons, pour finir une comparaison historique : Galien, (129 à 200 apr. J.-C.) décrit une partie de l'anatomie humaine. La dissection de cadavres humains étant proscrite, il tentait de

comprendre l'anatomie en examinant les blessures des gladiateurs. Il disait que la blessure était une « *fenêtre ouverte sur le corps* ». Poursuivons la comparaison.

L'angoisse est, de la vie psychique, l'affect le plus élevé en termes de pouvoir séparateur. Cette coupure, comme démontré ci-dessus, dénoue le réel du corps du symbolique et de l'imaginaire. La dé-liaison ne peut s'éterniser et, après l'annonce, dans sa tentative de re-liaison, le patient s'appuie sur un référentiel qui lui est propre. Rétablir une réalité psychique le contraint à prendre référence à sa propre émergence en tant que sujet. Dans le flot d'énoncés que constituent les représentations, celles qui sont élues visent à repasser par les origines propres du sujet. Nous pensons que le climat traumatique et surtout l'angoisse qu'il génère crée une fracture entre le *parlêtre* et le corps. Cette désunion laisse apparaître le référentiel culturel dans lequel le sujet est pris.

Une maladie telle que le cancer est du réel indépassable pour le sujet faute de pouvoir l'articuler à un dire, de le mettre en liaison avec une chaîne signifiante. Il faut donc une prise sur le quantum d'affect et cette prise nécessite une parole. Et nécessite aussi de renouer le lien entre les deux vérités fondamentales du sujet : il est un *parlêtre* et il a un corps. La position thérapeutique consiste à aider le patient à construire de nouvelles grilles de lecture. Un lieu où la *tuchê*, c'est-à-dire l'inconscient poïétique, sidéré un temps par l'angoisse, retrouverait sa fonction.

D'une certaine manière, ce que l'on a appelé dispositif, cette approche plurielle, consiste à mettre le sujet en présence d'un "*environnement suffisamment bon et qui contient*". Il ne s'agit donc pas d'un dispositif mais d'une *mise à disposition* (renvoi aux qualités du cadre thérapeutique tel que définies par Winnicott). Comme le terme annonce est également très mal choisi, puisqu'il ne s'agit pas d'une annonce mais d'une énonciation, le dispositif d'annonce devrait en fait s'appeler la *disponibilité autour de l'énonciation*. Il n'y a en effet ni dispositif ni annonce puisque le chemin est à réinventer à chaque énonciation.

BIBLIOGRAPHIE

Ansermet F, Magistretti P. (2010) In: les énigmes du plaisir. Odile Jacob Sciences, Paris, 240 p.

Apostolidis, T., Duveen, G. Kalampalikis, N. (2002). Représentations et croyances. *Psychologie et société*, 5, 7-11.

Arendt H. (1958). Condition de l'homme moderne. Calmann-Levy 1961. Réédition Agora les classiques. Pocket, Paris 1983. 406 p.

Assoun P.L. (2008). In *Leçons psychanalytiques sur l'angoisse*. 4ème édition. Paris, Economica – Anthropos. 2008, 112 p.

Assoun PL (2009^a). Le corps ou la vérité inconsciente du symptôme. In: *Corps et symptôme. Leçons de psychanalyse*. Anthropos, Paris.p 2.

Assoun PL (2009^b). Le grain et la perle. In: *Corps et symptôme. Leçons de psychanalyse*. Anthropos, Paris. P VI.

Assoun P.L. (2009^c). Trauma et préjudice corporel. In *Corps et symptôme*. 3ème édition. Paris, Economica, 2009, p 87.

Balint M. (1957). Le médecin, le malade et la maladie. Coll. Bibliothèque scientifique Payot, Paris, Payot, 1996, 404 p.

Barrois C. (1998). In: *Les névroses traumatiques : Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques*. Dunod, Paris: 248 p.

- Bell K., Salmon A., Bowers M., Bell J., McCullough L. (2010). Smoking, stigma and tobacco “denormalization”: Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on *Social Science & Medicine’s Stigma, Prejudice, Discrimination and Health*. *Social Science & Medicine; Special Issue 67:3 ;70:795-9*.
- Bergson H (1925). *Le possible et le réel*. In: *La pensée et le mouvant*, Presses Universitaires de France, Paris, 1934.
- Bergson H. (1889). *Les deux aspects du moi*. In : *Essai sur les données immédiates de la conscience*. Presse Universitaire de France, dernière édition, Paris, 2007. p 98.
- Bolognini M., Bettschart W., Zehndergubler M., Rossier L. (1989). The validity of the french version of the GHQ-28 and psydis in a community sample of 20 years olds in Switzerland. *European Archives of Psychiatry & Neurological Sciences*; 238: 161-8.
- Boulze I. (1995). *Evaluation de la gestion psychique de la souffrance en alcoologie*. In : *Homo XXXIV : Innovation création*. Presse Universitaire de Toulouse le Mirail. Toulouse : p 111-126.
- Bruère Dawson CG. (2000). *Psychanalyse à l’hôpital*. In : *Psychanalyse hors cure. Clinique méditerranéennes*. Editions Erès, Ramonville Saint Agne; p35-43
- Burris S. (2006). *Stigma and the law*. *The Lancet*;367:529-31.
- Canguilhem G. (1943). In: *Le normal et le pathologique*. Réédité sous le titre *Le Normal et le Pathologique, augmenté de Nouvelles Réflexions concernant le normal et le pathologique* (1966), 9e réed. Presses Universitaires de France/Quadrige, Paris, 2005, 224 p.

- Canguilhem G. (1965). In : La connaissance de la vie. Librairie philosophique J. Vrin. Paris, 2009.
- Chapple A., Ziebland S., McPherson A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *British Medical Journal*;328 : 1470-1475.
- Dancey J., Zee B., Osoba D., Whitehead M., Lu F., Kaizer L., Latreille J., Pater JL. (1997). Quality of life scores: an independent prognostic variable in a general population of cancer patients receiving chemotherapy. The National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. *Quality of Life Research* ;6:151-8.
- Dany L, Dudoit E, Favre R. (2008). Analyse des représentations sociales du cancer et de la souffrance. *Psycho-oncologie*;2: p 53-58.
- Darmon P. (1993). In: Les cellules folles: l'homme face au cancer de l'Antiquité à nos jours, Paris, Omnibus, 573 p.
- De Saussure F. (1906-1911). La valeur linguistique considérée dans son aspect conceptuel. In: cours de linguistique générale. Edition Payot, Paris, pp. 99-100 ; 158-162.
- Derzelle M. (2003). Temps, identité, cancer. In : *Psychanalyse et langage. Cliniques méditerranéennes* N° 68. Editions Erès, Ramon Ville Saint Agne; p 233-243.
- Derzelle M. (2007). Fatigues et métamorphoses de l'image du corps chez les patients atteints de cancer : entre replis du corps et nécessaire travail de la dépression. *Psycho-Oncologie*; 1: p 13-18.
- Derzelle M. (2009). Annoncer un cancer : points de vue d'un psychanalyste. *Le nouveau Cancérologue*;2 :p 127-128.

Devereux G. (1983). In: Essais d'ethnopsychiatrie générale. 3e éd. rev. et corr. Paris, Gallimard, 394 p.

Doise W., Palmonari A. (1986). In: L'étude des représentations sociales. Neuchâtel (Suisse), Delachaux et Niestlé., 206 p.

Enquête Institut National du Cancer/Ipsos, réalisée auprès de 1 000 personnes représentatives de la population française âgée de 18 ans et plus, recueil des données par téléphone les 8 et 9 décembre 2006 (www.ecancer.fr)

Farr RM. (1984). Les représentations sociales. In : Psychologie Sociale. Sous la direction de S. Moscovici. Quadrige / Presses Universitaires de France. 2008 : p 385-390.

Ferenczi S. (1932). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Petite Bibliothèque Payot, Paris, 2004: p 31-53.

Ferenczi S. (1934). In : Le traumatisme. Edition Payot et Rivages. Paris, 2006 : p 33-48.

Freud S. (1891). In : Contribution à la conception des aphasies. Trad. Cl Van Teeth, Presse Universitaire de France, Paris, 1983.

Freud S. (1913). In: L'intérêt de la psychanalyse. Trad. Paul-Laurent Assoun. F. Robert. Paris, 1988.

Freud S. (1914). In: contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique. Trad. C Heim, Gallimard, Paris 1991.

Freud S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In : La vie sexuelle. Presse Universitaire de France, Paris, pp 81-105. 13^{ème} édition 2002

- Freud S. (1915). In : Leçons d'introduction à la psychanalyse. PUF, Paris, 2010 : 512 p.
- Freud S. (1920). Section 5 : La contrainte de répétition. Obstacle au principe du plaisir. In : Au-delà du principe de plaisir. Éditions Payot, Paris 1968. p 33-43;
- Freud S. (1923). In: Le moi et le ça. Réimpression : Éditions Payot, Paris, 1968 ; 280 pages
- Freud S. (1926). In: Inhibition, symptôme et angoisse. Paris, Quadrige / Presses Universitaires de France, 2005, 84 p
- Freud S. (1929). In : Le Malaise dans la culture. 6e éd., section III. Paris, Presses Universitaires de France, 2007, p. 38.
- Freud S. (1933). In : nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, Paris, Gallimard, 1984 ; 263 p.
- Freud S. (1938). Le clivage du moi dans les processus de défense, Traduction J Laplanche. In: Résultats, idées problèmes, PUF, Paris, 1984-1985.
- Freud S. (1939). L'homme Moïse et la religion monothéiste. Folio Essai, paris 2005; 247 p.
- Ganz PA, Lee JJ, Siau J (1991): Quality of life assessment. An independent prognostic variable for survival in lung cancer. *Cancer* 67:3131-5.
- Gaugler JE, Given WC, Linder J, Kararia R, Tucker G, Regine WF (2008). Work gender and stress in family cancer caregiving. *Supportive Care in Cancer*;16:347-357.
- Goldberg DP., Hillier VF (1979). A scale version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*; 9: 139-45.

- Gori R, Del Volgo MJ (2005). *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*.
Denoël, Paris : 270 p.
- Gralla RJ, Thatcher N (2004). Quality-of-life assessment in advanced lung cancer:
considerations for evaluation in patients receiving chemotherapy. *Lung Cancer*; 46
2:S41-7
- Gralla RJ (2012). Coming of age for monitoring quality of life and patient-reported outcomes.
Journal of Thoracic Oncology.;7:8-9.
- Haagsma JA, Polinder S, Olf M, Toet H, Bonsel GJ, Van Beeck EF. (2012). Posttraumatic
stress symptoms and health-related quality of life: a two year follow up study of
injury treated at the emergency department. *BMC psychiatry*;12:e-pub jan 9;12:1.
- Hewstone M. (1984). La théorie de l'attribution.: In : *Psychologie Sociale* sous la direction de S.
Moscovici. Quadrige / Presses Universitaires de France, Paris. 2008 : p 311-333.
- HIPPOCRATE de la nature de l'homme. - ΠΕΡΙ ΦΥΣΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥ. Régime livre III -
Tome VII : introduction.
- Horowitz MJ, Wilner NR, Alvarez W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective
stress. *Psychosomatic Medicine*; 41:209–18.
- Jacobsen PB, Holland JC. (1991). The stress of cancer: psychological responses to diagnosis
and treatment. In: *Cancer and stress: Psychological, biological and coping studies*,
Cooper CI, Watson M (eds) Wiley: Chichester;: 147-169.
- Kaasa S, Malt U, Hagen S, Wist E, Moum T, Kvikstad A. (1993). Psychological distress in
cancer patients with advanced disease. *Radiotherapy Oncology*. ;27:193–7.

- Klein M. (1934). Contribution à la psychogénèse des états maniaco-dépressifs, In: Essais de psychanalyse 1921-1945, Science de l'homme. Payot, Paris. 2005: p 311-340.
- Koopman C, Classen C, Spiegel D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *American Journal of Psychiatry*;151:888-94.
- Lacan J (1973). In : Télévision, Seuil, Collection champ freudien. Paris, : 71 p.
- Lacan J. (1938). "Les complexes familiaux," Edition de 1984. In: Autres écrits. Réédition: Edition du seuil le champ freudien. Paris, 2001 ; p 23-83.
- Lacan J. (1945). Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée ; un nouveau sophisme. In : les écrits I. Editions du Seuil, Paris, 1999, p 196-211.
- Lacan J. (1951). Intervention sur le transfert In : les écrits I. Editions du Seuil, Paris, 1999, p 214.
- Lacan J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. In : les écrits I. Editions du Seuil, Paris, 1999, p 92-99.
- Lacan J. (1953). Fonction du champ et de la parole et du langage en psychanalyse. Rapport du congrès de Rome les 26 et 27 septembre 1953. In: Les écrits I, Editions du Seuil, Paris, 1999, p 235-321.
- Lacan J. (1958). La direction de la cure ; section II : Quelle est la place de l'interprétation. In : les écrits II. Editions du Seuil, Paris, 1999 ; p 69-79.

Lacan J. (1960). Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien. In : les écrits II. Editions du Seuil, Paris, 1999 ; p273-308.

Lacan J. (1960-1961). In: Le Séminaire, livre VIII : Le transfert. Editions du Seuil, Paris, 1991 ; 467 p.

Lacan J. (1975). Encore, Paris, Le Seuil.

Lacan J. (1962-1963). Passage à l'acte et acting out. In: Le séminaire Livre X: L'angoisse. Editions du Seuil, Champ Freudien, Paris, 2004 ; p 140.

Lacan J. (1977- 1978) séminaire livre XXV-Le moment de conclure. Séminaire du 15 novembre 1977. Inédit. http://gaogoa.free.fr/Seminaires_HTML/25-LMC/LMC15111977.htm.

Lloyd S, Watson M, Waites B, Meyer L, Eeles R, Ebbs S, Tylee A. (1996). Familial breast cancer: a controlled study of risk perception, psychological morbidity and health beliefs in women attending for genetic counseling. *British Journal of Cancer*; 74:482–7.

LoConte NK, Else-Quest NM, Eickhoff J, Hyde J, Schiller JH. (2008). Assessment of guilt and shame in patients with non-small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. *Clinical Lung Cancer*;9:171-8.

McBride CM, Clipp E, Peterson BL, Lipkus IM, Demark-Wahnefried W. (2000). Psychological impact of diagnosis and risk reduction among cancer survivors. *Psycho-Oncology*;9:418-427

- McCaul KD, Branstetter AD, O'Donnell SM, Jacobson K, Quinlan KB. (1998). A Descriptive Study of Breast Cancer Worry. *Journal of Behavioral Medicine*; 6, 565-57
- Mérel JL, et Pujol JL. (2012). Le proche significatif ou étude des représentations des proches de patients malades du cancer et de leur interaction avec une équipe soignante dans un service d'oncologie thoracique adulte. *L'Evolution Psychiatrique*. Sous presse.
- Moscovici S. (1984). Introduction au domaine de la psychologie sociale. In : Le recyclage de la science en temps que sens commun. In : *Psychologie Sociale*. Quadrige / Presses Universitaires de France. Paris, 2008 ; p 5-22.
- Moscovici S., Hewstone M. (1984). Le recyclage de la science en temps que sens commun. In : *Psychologie Sociale*. Quadrige / Presses Universitaires de France. Paris, 2008 ; p 556-564.
- Nancy JL. (2000). In: *L'intrus* : Galilée, Paris ; 44 p.
- Ninot G. (2011). Anxiété et dépression de la BPCO: une revue. *Revue des Maladies Respiratoires*;28:739-48.
- Norum J, Wist E. (1996). Psychological distress in survivors of Hodgkin's disease. *Supportive Care in Cancer*;4:191-5.
- Ostlund U, Wennman-Larsen A, Persson C, Gustavsson P, Wengstrom Y. (2010). Mental health in significant others of patients dying from lung cancer. *Psycho-Oncology*;19:29-37.
- Pedinielli JL. (1993). Psychopathologie du somatique : « la maladie du malade ». In : *cliniques du corps en souffrance*. Cliniques méditerranéennes. Editions Erès, Ramonville Saint Agne, N° 37-38 : p 121-137

- Popper K. (1934). In : La logique de la découverte scientifique. Paris, Payot, 1989.
- Potier R. (2007). L'imagerie médicale à l'épreuve du regard. Enjeux éthiques d'une clinique face à l'image. In : Médecine, Ethique et psychanalyse. Cliniques méditerranéennes. Editions Erès, Ramonville Saint Agne, N° 76; p 79-90.
- Pujol JL (2009). Les représentations sociales et individuelles du cancer du poumon. Revue de pneumologie Clinique. 65 : p S4-S7.
- Pujol JL. (2010^a) in: L'annonce du cancer - Du concept au dispositif. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux,: 295.
- Pujol JL. (2010^b). Traumatisme de l'énonciation d'un cancer touchant au thorax : le ternaire Réel - symbolisme - imaginaire - est-il transposable ? Psycho-Oncologie. 4:207-215
- Pujol JL. (2011). Clivage du moi, manque de soi et subjectivité du patient: incidences dans la relation médicale. Psycho-Oncologie 4 : 269-274.
- Pujol JL., Quantin X. (2009). Time to diagnosis of lung cancer: technical and psychological factors that slow down diagnostic and treatment timelines. Journal of Thoracic Oncology.;4: p 1192-4.
- Pujol JL., Launay M., Boulze. (2012). Représentations sociales du cancer : une composante clinique de la relation médecin-malade. In : Psychologie de la santé. 12 cas cliniques. Sous la direction de Lydia Fernandez et Jacques Gaucher. Editions InPress (sous presse).

- Santiago-Delefosse M. (2002). In : *Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques*. Pierre Mardaga Editeur. Sprimont, Belgique. 272 P.
- Soler C. (2009). In : *Lacan. L'inconscient réinventé*. Presse universitaire de France, Paris; 236 p.
- Soler C. (2011). *Les affects lacaniens*. In: PUF, Paris. 192 p.
- Soler C. (2008). "Lalangue, traumatique". *Revue des collèges clinique du champ lacanien*, N°7, Mars.
- Sontag S. (1977). *La maladie comme métaphore*. Edition du Seuil, 1979 pour la traduction française, Paris ; 106 p.
- Steinglass P, Gerrity E. (1990). Natural disasters and post-traumatic stress disorder: short-term versus long-term recovery in two disaster-affected communities. *Journal of Applied Social Psychology*;20:1746–65.
- Sundin EC, Horowitz MJ. (2003). Horowitz's Impact of Event Scale Evaluation of 20 Years of Use. *Psychosomatic Medicine*; 65:870–876
- Themes B, Meiser B, Hickie IB. (2001). Psychometric properties of the impact of event scale amongst women at increased risk for hereditary breast cancer. *Psycho-Oncology*.;10:459-468.
- Tibben A, Duivenvoorden HJ, Niermeier MF, Vegter-Van Der Vlis M, Roos RAC, Verhage F. (1994). Psychological effects of presymptomatic DNA testing for Huntington's disease in a Dutch program. *Psychosomatic Medicine*;56:526–32
- Winnicott DW. (1949). *L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma*. In : *de la pédiatrie à la psychanalyse*. Edition. Science de l'homme Payot. Paris, 1969 ; p 135-149.

Winnicott DW. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi. In : de la pédiatrie à la psychanalyse. Edition. Science de l'homme Payot. Paris, 1969 ; p 135-149.

Winnicott DW. (1967). Le concept de régression clinique opposé à celui d'organisation défensive. In : La crainte de l'effondrement et les autres situations cliniques. 2000. Gallimard, Paris.

Winnicott DW. (1958). La capacité d'être seul. In : De la pédiatrie à la psychanalyse. 1969. Payot, Paris.

Winnicott DW. (1971). Le lieu où nous vivons. In : Jeu et réalité. 1975 Pontalis, Gallimard, Paris.

Winnicott DW. (1952). L'angoisse née de l'insécurité. In : De la pédiatrie à la psychanalyse. 1969. Payot, Paris.

Yourcenar M. (1951). In: Mémoires d'Hadrien. Gallimard, Paris, 1977 ; 364 p.

APPENDICE : PUBLICATIONS DU CANDIDAT

Publications dans le domaine de la psychologie clinique et psychopathologie

Publications en langue anglaise

JL., Quantin X. (2009). Time to diagnosis of lung cancer: technical and psychological factors that slow down diagnostic and treatment timelines. *Journal of Thoracic Oncology*.;4: p 1192-4.

Pujol JL, Plassot C, Mérel JP, Arnaud E, Launay M, Daurès JP, Boulze I. (soumis en 2012). Post-traumatic stress disorder and health-related quality of life in patients and their significant others facing lung cancer announcement: intrusive cognitions as key factors. *Journal of Thoracic Oncology*.

Publications en langue française

Pujol JL, Mérel JP, Arnaud E, Launay M, Boulze I. (soumis en 2012). Annonce du cancer : de l'intrusion et de ses conséquences sur la réorganisation d'une orthopédie moïque. *Psychologie Française*.

Pujol JL, Launay M, Boulze. (2012). Représentations sociales du cancer : une composante clinique de la relation médecin-malade. In : *Psychologie de la santé. 12 cas cliniques*. Sous la direction de Lydia Fernandez et Jacques Gaucher. Editions In Press (sous presse).

Mérel JP, Pujol JL. (2012). Le proche significatif ou étude des représentations des proches de patients malades du cancer et de leur interaction avec une équipe soignante dans un service d'oncologie thoracique adulte. *L'Evolution Psychiatrique*. (Sous presse)

Pujol JL. (2011). Clivage du moi, manque de soi et subjectivité du patient: incidences dans la relation médicale. *Psycho-Oncologie* 4 : 269-274.

Pujol JL. (2010). Traumatisme de l'énonciation d'un cancer touchant au thorax : le ternaire Réel - symbolisme - imaginaire - est-il transposable ? *Psycho-oncologie*. 4 ; 207-215.

Pujol JL, et Pujol-Boisson D. (2010). Soutenir le patient atteint de cancer. *Le nouveau cancérologue*. Vol. 3 – n°1 Janv. fév. mars 2010 :13-17.

Pujol JL. (2010). Traumatisme de l'énonciation d'un cancer touchant au thorax : le ternaire Réel – symbolisme – imaginaire est-il transposable ? *Psycho-Oncologie* ; 4:207-215

Pujol JL., Quantin X., Chakra M., Fayolle V. (2010). Les délais de la suspicion au traitement du cancer du poumon : Facteurs techniques et psychologiques ralentissant les procédures. La Lettre du pneumologue, vol. XIII - n° 3 - Mai - Juin 2010.

Pujol JL. (2009). Les représentations sociales et individuelles du cancer du poumon. Revue de pneumologie clinique. 65 : S4-S7.

Pujol JL., Bruere Dawson CG, Tirefort JF (2008). L'annonce du diagnostic de cancer: du concept à la pratique. Revue des Maladies Respiratoires. (8 Pt 2):3S48-54.

Demoly P., Pujol JL., Lioux C., Godard P., Michel FB. (1991). Le consentement éclairé et la relation médecin-malade en oncologie thoracique. Presse Medicale ; 20 : 1487-1490.

Lioux C., Demoly P., Godard P., Michel FB., Pujol JL.(1990). Réflexions sur la relation médecin-malade et le consentement éclairé en oncologie thoracique. Médecine et hygiène;48: 3630-3632.

Livres.

Pujol JL. (2010) Question(s) cancer. Avec Pascal Pujol et Henri Pujol. Actes Sud (collection société).

Pujol JL. (2010). L'annonce du cancer : du concept au dispositif. Elsevier MASSON.

