



**”Des soins ...à soi” : Modélisation d’un dispositif
d’accompagnement psychologique par la socio-esthétique
en oncologie gynécologique et mise en évidence de ses
effets psychiques thérapeutiques**

Mariane Lecointe

► **To cite this version:**

Mariane Lecointe. ”Des soins ...à soi” : Modélisation d’un dispositif d’accompagnement psychologique par la socio-esthétique en oncologie gynécologique et mise en évidence de ses effets psychiques thérapeutiques. Psychologie. Université de Lyon, 2019. Français. NNT : 2019LYSE2032 . tel-02316172

HAL Id: tel-02316172

<https://theses.hal.science/tel-02316172>

Submitted on 15 Oct 2019

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.



N° d'ordre NNT : 2019LYSE2032

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de

L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 485

Education Psychologie Information Communication

Discipline : Psychologie

Soutenue publiquement le 7 juin 2019, par :

Marianne LECOINTE

« Des soins ... à Soi ».

*Modélisation d'un Dispositif d'accompagnement psychologique
par la socio-esthétique en oncologie gynécologique, et mise en
évidence de ses effets psychiques thérapeutiques.*

Devant le jury composé de :

Christophe DEJOURS, Professeur d'université émérite, Conservatoire des Arts et Métiers, Président

Marie-Frédérique BACQUÉ, Professeur des universités, Université Stasbourg 1, Examinatrice

Jean-Marc TALPIN, Professeur des universités, Université Lumière Lyon 2, Examineur

François GOLFIER, Professeur des univ.-Praticien Hosp., Université Claude Bernard Lyon 1, Examineur

Claudine VACHERET-VIVIER, Experte, Examinatrice

Olivier LE FLOCH, Expert, Examineur

Nathalie DUMET, Professeure des universités, Université Lumière Lyon 2, Directrice de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale – pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

UNIVERSITE LUMIERE LYON 2

École Doctorale E.P.I.C. (ED 485)

Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique

Thèse de Psychologie

En vue de l'obtention du grade de Docteur de l'Université Lumière Lyon 2

« Des soins ... à Soi »

Modélisation d'un Dispositif d'accompagnement psychologique
par la socio-esthétique en oncologie gynécologique,
et mise en évidence de ses effets psychiques thérapeutiques.

Volume I



Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 2019 par :

Mariane LECOINTE

2 rue Frédéric Chatelus, 69200 Vénissieux

Numéro étudiant : 9923849

Dirigée par Madame la Professeure Nathalie DUMET, Université Lumière Lyon 2

Jury :

BACQUE Marie-Frédérique, Professeure, Université de Strasbourg.

DEJOURS Christophe, Professeur émérite, Université Paris V / CNAM.

DUMET Nathalie, Professeure, Université Lyon 2.

GOLFIER François, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Université Claude Bernard Lyon 1.

TALPIN Jean-Marc, Professeur, Université Lyon 2.

LE FLOCH Olivier, Président du CODES, Professeur émérite, Université de Tours (Expert invité).

VACHERET Claudine, Psychanalyste de groupe, Professeure honoraire, Université Lyon 2 (Experte invitée).

RESUME

Ce travail de recherche tend à la fois à développer une modélisation, ainsi qu'à mettre en évidence les effets psychiques thérapeutiques, d'un dispositif d'accompagnement psychologique de groupe qui propose d'utiliser la médiation des soins socio-esthétiques dans la prise en charge de patientes rencontrées en oncologie gynécologique.

C'est ainsi que nous proposons en premier lieu de développer la présentation du *fil cosmétologique* qui correspond au déroulement du dispositif de recherche, ainsi que celle du *cosmétogramme* qui est la grille d'observation construite afin de faciliter dans un deuxième temps le repérage des processus psychiques en jeu dans les ateliers. La présentation clinique de nos groupes de patientes nous permet d'illustrer à la fois le parcours des patientes dans le dispositif de recherche et l'utilisation du cosmétogramme.

Nous soutenons que les spécificités de ce dispositif original, dans le paysage des soins hospitaliers tels qu'ils sont proposés aux femmes atteintes d'un cancer féminin, sont source de restauration somato-psychique individuelle visant à une remobilisation psychocorporelle revivifiante. En effet, nous en avons recensé plusieurs (multimodalité sensorielle, le groupe, les objets médiateurs et le binôme d'animatrice) qui permettraient la mise en œuvre d'un accompagnement psychodynamique de réinvestissement de soi par la mobilisation de processus psychiques particuliers pour des patientes encore sous l'impact d'effractions somatiques comme psychoaffectives générées et/ou réactivées par l'expérience malade et celle des soins.

L'aire d'expériences psycho-socio-esthétique mobiliserait particulièrement le processus de réflexivité psychique et proposerait un étayage intéressant pour la restauration des enveloppes psychiques des patientes bien mises à mal par la maladie et les soins. Nous avons aussi exploré la mise au travail du processus du féminin, en nous concentrant sur la dimension relationnelle du dispositif, plus spécifiquement sur ses enjeux identificatoires et transférentiels. Ainsi, à partir de cette clinique, nous nous sommes intéressée aux processus psychiques qui semblent favoriser une dynamique de réaménagements narcissiques-identitaires et libidinaux chez nos patientes et conduire à une relance du processus de subjectivation féminine et d'appropriation subjectivante de l'expérience du cancer.

Mots clés : Cancer ; Groupe ; Médiation ; Socio-esthétique ; Psychosoma ; Travail du féminin ; Processus réflexifs ; Subjectivation.

ABSTRACT

This study aims both to develop a model, as well as to highlight the therapeutic psychic effects, of a psychological accompaniment set up group that proposes to use the mediation of socio-aesthetic care in the treatment in charge of patients met in gynaecological oncology. Thus, we propose, in the first place, to develop the presentation of the cosmetological thread which corresponds to the progress of the research set up, as well as that of the cosmetogram which is the observation grid constructed in order to facilitate in a second time the identification of the psychic processes running in the workshops. The clinical presentation of our patient groups allows us to illustrate at the same time the path of patients in the research set up and the use of the cosmetogram.

We argue that the specificities of this original set up, in the hospital care landscape as it is proposed to women with female cancer, are source of individual somato-psychic restoration aimed at a revivifying psychocorporal remobilization. Indeed, we have identified several ones (sensory multimodality, the group, the mediating objects and the binomial animator) that would allow the implementation of a psychodynamic accompaniment of re / self-investment by the mobilization of particular psychic processes for patients still under the impact of somatic and psychoaffective break-ins generated and / or reactivated by the experience of disease and of medical care.

The area of psycho-socio-aesthetic experiences would particularly mobilize the psychic reflexivity process and offer an interesting support for the restoration of the psychic envelopes of patients well harmed by disease and medical care. We also explored how the process of the feminine works, focusing on the relational dimension of the set up, more specifically on its identificatory and transferential issues. Thus, from this clinic, we have been interested in the psychic processes that seem to favor a dynamic of narcissistic-identity and libidinal readjustments in our patients and lead to a recovery of the process of female subjectivation and subjectivizing appropriation of the experience of cancer.

Keywords : Cancer ; Group ; Mediation ; Socio-aesthetic ; Psychosoma; Feminine process ; Reflective processes ; Subjectivation.

DEDICACES

En mémoire de mon père ...
Parce que notre histoire est à l'origine
De ce projet de recherche ...

A ma fille, Jalane,
« Mon petit cœur »,
Qui a grandi avec la thèse.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette thèse, de manière directe tout autant qu'indirecte, et tous ceux que j'oublie aussi évidemment ...

J'adresse mes plus sincères remerciements en premier lieu à Madame la Professeure Nathalie Dumet, avec toute l'estime intellectuelle que je lui porte, pour son accompagnement bienveillant et la confiance sans faille qu'elle m'a accordée depuis le début de cette aventure bien sûr, mais aussi durant les années universitaires précédentes depuis notre rencontre en Maîtrise. Il semble évident qu'elle ait suscité en moi l'intérêt pour la recherche et l'enseignement et qu'elle en ait favorisée la réalisation. J'hérite aujourd'hui me semble-t-il de son esprit scientifique et éthique rigoureux, et de son souci de faire valoir le point de vue psychodynamique en clinique du somatique.

Je remercie également vivement Monsieur le Professeur Pascal Roman qui m'a accueillie dans son séminaire et m'a permis d'effectuer sous sa direction mes premiers pas dans la recherche en Master 2. Je le remercie également pour avoir porté attention et intérêt toutes ces années durant à l'avancement de mon travail.

Je remercie également Monsieur le Professeur François Golfier pour m'avoir accordé toute sa confiance dans la mise en place, le déroulement et la réalisation de la recherche dans son service, pour l'avoir soutenue activement en contribuant à l'information et à la présentation de celle-ci à l'hôpital, et enfin pour avoir accepté de siéger au jury, malgré l'appréhension d'un vécu en terre étrangère.

J'exprime mes remerciements à l'association « Éveil des sens », et plus particulièrement à Monsieur Jérôme Berthelon, et à l'association « Coup de pouce contre le cancer », pour avoir permis que cette recherche puisse voir le jour en la soutenant financièrement.

Je souhaite remercier Hélène Bunzli, socio-esthéticienne, pour avoir mis toute son expertise et tout son enthousiasme au service de ce projet de recherche, dans le double souci constant de s'adapter au plus près des besoins des patientes, et de respecter le cadre exigeant de la recherche.

Je remercie Madame la Professeure Claudine Vacheret, pour son accueil chaleureux, son écoute bienveillante et pour avoir partagé toute sa compétence au service de ce projet de recherche dans l'espace de mise au travail de la clinique qu'elle nous a proposé.

Merci à mes collègues Elise, Floryane, Catherine et Adeline pour leur écoute et leur soutien quotidien en période d'adversité. Merci encore une fois à Elise pour le plaisir que me procure le fait de travailler quotidiennement avec elle et pour sa compréhension constante.

Je la remercie encore, ainsi qu'Adeline, pour leur travail de relecture.

Merci aussi à l'ensemble des soignant(e)s des services de chirurgie gynécologique et oncologique et d'obstétrique, et à celles qui en sont parties depuis, notamment Marie et Martine. Merci également au Professeur Daniel Raudrant pour m'avoir accordée une confiance sans limite dans mon travail quotidien au début de mon exercice professionnel, ce qui m'a permis d'envisager la mise en œuvre de ce projet.

J'exprime mes remerciements à Monsieur Laurent Villeneuve, chef de projets de recherche clinique, pour sa grande disponibilité et son soutien, tant pour les aspects règlementaires et éthiques de la recherche à son commencement, que pour ses conseils avisés de jeune docteur, et son support technique informatique dans les dernières étapes d'écriture.

Je souhaite remercier les patientes qui ont participé à cette recherche pour leur engagement et leur confiance dans ce projet de recherche.

Je remercie les membres du séminaire de recherche du Pr Nathalie Dumet pour leur écoute attentive et leurs retours toujours constructifs, et plus particulièrement Fanny et Maxence pour nos séances de travail et nos dîners post-séminaires nécessaires pour nourrir nos psychosomas. J'ai également une pensée toute particulière pour Pauline ...

Enfin je termine en désirant remercier sincèrement Christian, pour l'attention constante et l'amour qu'il porte à notre famille, pour son optimisme et son dynamisme communicatifs, pour son souci permanent d'alléger le quotidien.

Merci à ma mère qui se préoccupe toujours de mon bien être général, et qui a mis en œuvre un soutien pratique pour me permettre de suivre les séminaires ou de participer à des colloques. Merci aussi pour son précieux travail de relecture.

Merci à tous les membres de ma famille qui se sont intéressés, chacun à leur manière, à la réalisation de cette thèse.

PREAMBULE

« Même un voyage de mille lieues commence par un pas ».

Lao Tseu, philosophe chinois, (environ 500 ans avant J.C.).

Ce proverbe m'a beaucoup aidée tout au long de ce travail lorsque je sentais monter en moi la tension et l'angoisse quant à la charge de travail encore à venir ... Dès que j'envisageais de nouveau de réaliser une chose après l'autre, le calme pouvait revenir afin de poursuivre ce grand voyage

« Le miroir est l'âme de la femme comme le sabre est l'âme du guerrier ».
Proverbe japonais.



« Beauté se regardant dans un miroir »
Utamaro Kitagawa (1750-1806)
Domaine public



« Le célèbre sabreur japonais
Miyamoto Musashi, avec deux bokken »
Utagawa Kuniyoshi (1798-1861)
Domaine public

Ce deuxième proverbe japonais allie deux intérêts personnels : Tout d'abord les notions de réflexivité et de féminin, qui s'avèrent centrales dans mes travaux de recherche depuis plusieurs années. Puis il fait référence à la pratique du bokken, sabre en bois, que je réalise dans le cadre de mon apprentissage sur la voie de l'aïkido, art martial découvert au début du doctorat.

Dans la culture sino-japonaise, l'approche de l'Homme et de la santé est bien différente de l'approche occidentale : la médecine traditionnelle chinoise a par exemple pour fondement de préserver l'état de santé en maintenant l'équilibre entre deux forces agissantes opposées et complémentaires que sont le yin (représentant le principe féminin) et le yang (représentant le principe masculin). Elle remplit ce que la médecine occidentale pourrait identifier comme une mission de prévention en valorisant les notions de qualité de vie et de bien-être transmise par un enseignement pédagogique à la santé et grâce à la pratique d'une activité physique régulière. Cela permet de favoriser une circulation optimale du Qi (en chinois) ou Ki (en japonais), signifiant "énergie vitale" ou "souffle de vie", énergie qui prend naissance au niveau des chakras et qui se propage dans l'organisme au travers de grands méridiens parsemés de points d'acupuncture. Les maladies, l'environnement, les émotions sont susceptibles de déséquilibrer la circulation du Qi ou Ki. Le système sur lequel se base la médecine chinoise s'articule concrètement autour de cinq disciplines traditionnelles : l'acupuncture, le massage traditionnel Tui Na, la pharmacopée, la diététique et l'exercice physique comme par exemple le Qi Gong, ou l'Aïkido qui signifie littéralement la voie de l'harmonie de l'énergie.

Ainsi, en médecine traditionnelle chinoise, le corps, la psyché ou l'âme, la nature sont considérés comme participant d'une même entité, l'univers : une émotion fait référence à un organe, qui fait référence à une saison.

Le miroir pour la femme s'avère représenter un objet de prédilection pour prendre soin de son corps, et plus particulièrement du visage, qui peut être considéré comme permettant le reflet de l'âme ; le sabre pour le guerrier fait référence à la pratique martiale visant au développement global de l'individu : physique (force, souplesse), interne (énergie, santé), intellectuel et moral. Le guerrier ne fait donc pas forcément usage des armes pour combattre. Ainsi, le miroir et le sabre seraient considérés comme des objets d'expérimentation corporelle nécessaires pour tendre vers une connaissance de soi, de son âme, et vers l'harmonie avec les autres et avec l'univers ...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	21
1. RECHERCHE ET PRATIQUE : LA BOUCLE INTERACTIVE EN CLINIQUE.....	21
2. NOTE PRELIMINAIRE SUR L'APPELLATION DU DISPOSITIF.....	23
3. NOTE SUR L'UTILISATION DES PRONOMS « JE » ET « NOUS ».....	23
 I PRESENTATION DE LA RECHERCHE	25
I.1 PREHISTOIRE DE LA RECHERCHE	25
I.1.1 <i>La recherche de M2R : la pratique des soins esthétiques auprès de femmes souffrant de troubles psychotiques.....</i>	25
I.1.2 <i>Psychologue en chirurgie gynécologique et oncologique avec un projet de recherche en tête... ..</i>	26
I.2 SPECIFICITES DE CETTE RECHERCHE.....	28
I.2.1 <i>Un financement en deux temps</i>	28
I.2.2 <i>Le Dispositif de recherche préexistant et sa “qualification”</i>	29
I.3 LE PARCOURS DU CHERCHEUR	31
I.3.1 <i>La rencontre avec la socio-esthéticienne.....</i>	31
I.3.2 <i>Chacune cherche et trouve sa place au fur et à mesure</i>	32
I.4 CHAMP ET OBJET DE LA RECHERCHE	33
I.4.1 <i>La psychologie clinique d'orientation psychanalytique</i>	33
I.4.1.1 <i>L'approche psychosomatique psychanalytique et la psycho-oncologie</i>	33
I.4.1.2 <i>Les groupes thérapeutiques à médiation.....</i>	36
I.4.2 <i>Un champ de recherche au carrefour de plusieurs disciplines</i>	36
I.4.2.1 <i>La médecine, spécialité : gynécologie oncologique</i>	37
I.4.2.2 <i>La socio-esthétique</i>	38
I.4.3 <i>L'objet de recherche</i>	40
I.5 ÉTAT DE LA QUESTION : LE CANCER ENTRE MEDECINE ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE.....	41
I.5.1 <i>Le cancer et les soins en oncologie.....</i>	41
I.5.1.1 <i>Les temps forts de l'expérience cancéreuse pour le sujet : de l'annonce à l'après-cancer.....</i>	41
I.5.1.2 <i>La prise en charge hospitalière du cancer gynécologique</i>	44
I.5.1.2.1 <i>Pour un cancer du sein.....</i>	44
I.5.1.2.2 <i>Pour un cancer de l'ovaire.....</i>	45
I.5.1.2.3 <i>Pour un cancer du col de l'utérus</i>	45
I.5.1.3 <i>Vie psychique et cancer</i>	46
I.5.1.3.1 <i>Repères historiques en psychosomatique</i>	46
I.5.1.3.2 <i>Éléments psycho-oncologiques</i>	51
I.5.1.3.3 <i>La spécificité du travail et du positionnement du clinicien auprès de patients souffrant de cancer.....</i>	53
I.5.1.3.4 <i>La place et le rôle des thérapies corporelles en oncologie</i>	56
I.5.2 <i>Estime de soi et narcissisme</i>	58
I.5.2.1 <i>Deux concepts à articuler.....</i>	58
I.5.2.2 <i>Le narcissisme féminin</i>	62
I.5.3 <i>La féminité, l'identité féminine, le féminin et la femellité.....</i>	64
I.5.3.1 <i>Comment définir la féminité ?</i>	64
I.5.3.2 <i>La question de l'identité féminine : identité sexuée, identité de genre ?</i>	65
I.5.3.3 <i>Les origines psychanalytiques de la construction de la psychosexualité chez la fille</i>	66
I.5.3.4 <i>La notion de féminin en psychanalyse.....</i>	69
I.5.3.4.1 <i>Le féminin archaïque : féminin originaire, féminin primaire.....</i>	70
I.5.3.4.1.1 <i>Le féminin originaire</i>	70
I.5.3.4.1.2 <i>Le féminin primaire</i>	72
I.5.3.4.2 <i>Le féminin secondaire, le féminin génital</i>	73

I.5.3.4.3	Le féminin maternel	74
I.5.3.4.4	Le travail du féminin	75
I.5.4	<i>Le groupe à médiation</i>	77
I.5.4.1	Quelques éléments de la théorie psychanalytique de groupe	77
I.5.4.2	L'utilisation clinique du groupe à médiation	79
SYNTHESE DU CHAPITRE I.....		85
II METHODOLOGIE		87
II.1	PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	87
II.1.1	<i>Quatre postulats préalables</i>	87
II.1.2	<i>Formulation de la problématique</i>	89
II.1.3	<i>Hypothèses</i>	91
II.1.3.1	Principe de départ	91
II.1.3.2	Hypothèse générale.....	92
II.1.3.3	1 ^{ère} hypothèse secondaire	92
II.1.3.4	2 ^{ème} hypothèse secondaire.....	93
II.1.3.5	3 ^{ème} hypothèse secondaire.....	93
II.2	PRESENTATION DU TERRAIN DE RECHERCHE : CONTEXTE LOCAL ET INSTITUTIONNEL... ..	94
II.3	LA METHODE CLINIQUE DE RECHERCHE	97
II.4	LE FIL COSMETOLOGIQUE : PRESENTATION DU DISPOSITIF ET DE SES EVOLUTIONS	98
II.4.1	<i>Préliminaires du Dispositif et des éléments constitutifs du cadre</i>	99
II.4.2	<i>Le dispositif initial</i>	106
II.4.2.1	Le contenu des ateliers en résumé	106
II.4.2.2	La trame détaillée des ateliers du dispositif initial	107
II.4.2.3	Arguments concernant les choix dans ce dispositif initial.....	111
II.4.3	<i>L'introduction de variations : les dispositifs enrichis</i>	112
II.4.3.1	Premier dispositif enrichi : Le dispositif 2.1.....	112
II.4.3.1.1	Le contenu résumé des ateliers.....	113
II.4.3.1.2	La trame détaillée des ateliers du dispositif 2.1, 1 ^{er} dispositif enrichi	114
II.4.3.2	Le deuxième dispositif enrichi : Le dispositif 2.2	118
II.4.3.2.1	La trame détaillée des ateliers du dispositif 2.2, 2 ^{ème} dispositif enrichi	118
II.4.3.3	Troisième dispositif enrichi : Le dispositif 2.3	118
II.4.3.3.1	La trame détaillée des ateliers du dispositif 2.3	119
II.4.3.4	Réflexion autour des choix de variables dans les dispositifs enrichis	119
II.5	DIVERSITE ET EMBOITEMENT DES TECHNIQUES DE RECUEIL DE DONNEES CLINIQUES .	121
II.5.1	<i>L'observation clinique et le travail d'attention transformateur</i>	122
II.5.1.1	Réflexions autour de la posture d'animatrice / observatrice-participante-écrivante .	123
II.5.1.2	L'évolution de la prise de notes.....	124
II.5.1.3	Le cosmétogramme.....	126
II.5.1.3.1	Origines et objectifs.....	126
II.5.1.3.2	Tableaux-récapitulatifs.....	128
II.5.1.3.2.1	Critères d'observation individuels : espace de réalité psychique intrasubjective.....	129
II.5.1.3.2.2	Critères d'observation groupaux : espace de réalité groupale	131
II.5.1.3.2.3	Critères d'observation intersubjectifs : Espace de réalité psychique intersubjective	132
II.5.2	<i>L'entretien clinique</i>	133
II.5.2.1	L'entretien d'inclusion semi-directif	133
II.5.2.2	Les entretiens semi-directifs post-ateliers 1 et 2.....	134
II.5.3	<i>Le Photolangage® de fin de cycle</i>	134
II.5.4	<i>Les questionnaires de fin des ateliers</i>	137
II.5.5	<i>Discussion à propos de l'exclusion de certains outils de recueil de données ...</i>	139
II.6	LE META-CADRE DU DISPOSITIF DE LA RECHERCHE	140
II.6.1	<i>Les séminaires de recherche</i>	140
II.6.2	<i>La supervision clinique des animatrices d'orientation psychanalytique</i>	140
II.7	LA POPULATION DE RECHERCHE.....	142
SYNTHESE DU CHAPITRE II.....		143

III	PRESENTATION DE LA CLINIQUE PSYCHO-SOCIO-ESTHETIQUE	145
III.1	INTRODUCTION GENERALE A LA CLINIQUE	147
III.1.1	<i>Récapitulatif de la fréquentation des ateliers</i>	<i>147</i>
III.1.2	<i>Quelques statistiques globales commentées concernant</i>	<i>150</i>
III.1.2.1...	La fréquentation du Dispositif par les femmes.....	150
III.1.2.2...	Le type de pathologie.....	154
III.1.2.3...	L'âge de la population de recherche	155
III.1.2.4...	Le statut professionnel des patientes	158
III.1.2.5...	La situation familiale des femmes	161
III.1.2.6...	Le parcours de soins somatiques préconisés.....	162
III.1.2.7...	La situation dans le parcours de soin	164
III.1.2.8...	L'accompagnement psychologique des femmes	166
III.1.3	<i>Les réponses aux questionnaires</i>	<i>168</i>
III.1.3.1	Les réponses les plus marquantes aux questionnaires	169
III.1.3.2	Et les autres réponses	172
III.2	PRESENTATION CLINIQUE DES GROUPES ET DES PATIENTES	173
III.2.1	<i>Groupe n° 1.....</i>	<i>174</i>
III.2.1.1	La (Re)/Naissance	174
III.2.1.2	Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 1.....	175
III.2.1.3	Grandes tendances du cosmétogramme du groupe n° 1	176
III.2.2	<i>Groupe n° 2.....</i>	<i>177</i>
III.2.2.1	Le paradoxe soignant	177
III.2.2.2	Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 2.....	179
III.2.2.3	Grandes tendances du cosmétogramme du groupe n° 2	180
III.2.3	<i>Groupe n° 3.....</i>	<i>181</i>
III.2.3.1	Entre envahissement et discrétion ... deux stratégies qui poussent à l'oubli ?	181
III.2.3.2	Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 3.....	182
III.2.3.3	Grandes tendances du cosmétogramme du groupe n° 3	183
III.2.4	<i>Groupe n° 4.....</i>	<i>184</i>
III.2.4.1	Les idéalistes	184
III.2.4.2	présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 4.....	185
III.2.4.3	Grandes tendances du cosmétogramme du groupe n° 4	186
III.2.5	<i>Groupe n° 5.....</i>	<i>187</i>
III.2.5.1	Femmes ... En devenir	187
III.2.5.2	Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 5.....	188
III.2.5.3	Grandes tendances du cosmétogramme du groupe n° 5	189
III.2.6	<i>Groupe n° 6.....</i>	<i>190</i>
III.2.6.1	La désertion.....	190
III.2.6.2	Présentation et cosmétogramme des patientes constituant le groupe n° 6.....	191
III.2.6.3	Grandes tendances du cosmétogramme du groupe n° 6	193
III.2.7	<i>Groupe n° 7.....</i>	<i>194</i>
III.2.7.1	Le mal de mère !	194
III.2.7.2	Présentation anamnétique des femmes participant au groupe n° 7	195
III.2.7.3	Grandes tendances du cosmétogramme du groupe n° 7	197
III.2.8	<i>Groupe n° 8.....</i>	<i>198</i>
III.2.8.1	Les vicissitudes de l'engagement	198
III.2.8.2	Présentation des patientes constituant le groupe n° 8	199
III.2.8.3	Grandes tendances du cosmétogramme du groupe n° 8	201
III.2.9	<i>Groupe n° 9.....</i>	<i>202</i>
III.2.9.1	Résiste !.....	202
III.2.9.2	Présentation des patientes constituant le groupe n° 9	202
III.2.9.3	Grandes tendances du cosmétogramme du groupe n° 9	204
III.2.10	<i>Patientes rencontrées désirant s'inscrire mais qui finalement n'ont pas participé aux ateliers</i>	<i>205</i>
	SYNTHESE DU CHAPITRE III.....	206

IV	DONNEES CLINIQUES COMMENTEES.....	207
IV.1	L'EMERGENCE DE LA CONFIGURATION DES ENVELOPPES	207
IV.1.1	<i>Par l'observation corporelle : mimiques, postures, vécus somatiques</i>	207
IV.1.1.1	Katia et Mathilde en temps de relaxation.....	207
IV.1.1.2	Quand le masque de Christelle tombe.....	210
IV.1.2	<i>Par l'observation de la gestualité</i>	213
IV.1.2.1	Les gestes de soin et de maquillage de Jeanne, Éliette et Anne.....	213
IV.1.2.2	Le binôme Ella/Maeva	216
IV.1.2.3	Le binôme Rachel/Katia.....	220
IV.1.3	<i>Dans le discours</i>	225
IV.1.3.1	Katia en lutte contre des vécus de chute et de vide.....	225
IV.1.3.2	Les vécus de trou et de vide partagés dans le groupe n° 2	226
IV.1.4	<i>Le recours à l'enveloppe groupale</i>	227
IV.1.4.1	La constitution de l'identité de groupe.....	227
IV.1.4.2	L'étayage sur le groupe de femmes et le co-étayage sur les paires	231
IV.1.4.2.1	Parler chiffon : un sujet pour faire connaissance	231
IV.1.4.2.2	Maquillage et bagatelle	232
IV.2	JEUX ET EFFETS DE MIROIRS	234
IV.2.1	<i>Face à son reflet</i>	234
IV.2.1.1	Le trouble de Marilène avec ses doubles	234
IV.2.1.2	Christelle, gênée de se regarder en train d'être regardée	235
IV.2.2	<i>L'accompagnement proposé par les animatrices : des miroirs incarnés</i>	237
IV.2.2.1	A la (re)découverte de son propre visage.....	237
IV.2.2.2	L'échoïsation psychoaffective	239
IV.2.2.2.1	Accueillir les vécus claustrophobiques de Blanche	240
IV.2.2.2.2	Accompagner les mouvements d'investissement / désinvestissement / réinvestissement de l'autre et de soi	241
IV.2.2.2.3	Aider à définir ce que représente le soin de soi.....	243
IV.2.3	<i>Entre paires et effet groupe</i>	245
IV.2.3.1	La fabrication de l'image de soi grâce au reflet proposé par le regard des autres.....	245
IV.2.3.2	Les images autoreprésentatives groupales construites à partir du Photolangage©.....	247
IV.2.3.2.1	L'autoreprésentation des groupes n° 2 et n° 7 : Seule avec la maladie, même en groupe.....	249
IV.2.3.2.2	L'autoreprésentation des groupes n° 6 et n° 9 : des corps aux membres-fantômes	253
IV.2.3.2.3	L'autoreprésentation du groupe n° 8 : Vivre, rester en vie malgré tout !.....	257
IV.3	LES AFFECTS MOBILISES ET PARTAGES DANS LE GROUPE	259
IV.3.1	<i>Solutions défensives face à l'affect : modalités d'expression et négativation</i> ...	259
IV.3.1.1	L'hyperexpressivité.....	259
IV.3.1.1.1	La fixation d'Iris sur ses sourcils	259
IV.3.1.1.2	La parole débordante de Claire	261
IV.3.1.2	Les différentes formes du négatif.....	263
IV.3.1.2.1	Les patientes qui s'absentent : Myrta, Rachel.....	263
IV.3.1.2.2	Les patientes qui renoncent à leur participation : Madeleine, Mila	265
IV.3.1.2.3	Les patientes qui disparaissent : Solène, Maeva	266
IV.3.1.2.4	La posture en retrait d'Émilie et la posture d'observation d'Ella	267
IV.3.2	<i>Les angoisses</i>	268
IV.3.2.1	Agonies primitives : crainte de l'effondrement et autres angoisses archaïques de mort.....	268
IV.3.2.1.1	Marion et la crainte de l'effondrement.....	268
IV.3.2.1.2	Les vécus de pulvérisation/atomisation de Marielle : une variante de l'angoisse de morcellement ?	272
IV.3.2.1.3	L'angoisse de vidage de Marilène.....	273
IV.3.2.2	Les angoisses d'abandon.....	274
IV.3.2.2.1	Frédérique : le renoncement impossible à l'inscription	274

IV.3.2.2.2	Sandra : faire vivre l'abandon pour ne pas avoir à le subir	274
IV.3.2.2.3	Le lien téléphonique avec Claire	276
IV.3.2.3	Des angoisses de castration ?	277
IV.3.2.3.1	Les attaques envieuses de Jeanne	277
IV.3.3	<i>La colère, la rage narcissique et la haine</i>	278
IV.3.3.1	L'expression de la colère chez Béatrice et Claire	278
IV.3.3.2	La rage éprouvée par Katia	280
IV.3.3.3	La haine de Blanche envers les objets soignants et ses paires	281
IV.3.4	<i>La honte</i>	286
IV.3.4.1	La circulation et le traitement de l'affect de honte dans le groupe par la consolation	286
IV.3.4.2	Est-ce qu'avoir un cancer peut/doit faire éprouver de la honte ?	290
IV.3.4.3	Le cancer gynécologique fait-il partie des maladies honteuses ?	291
IV.3.5	<i>Désespoir ... Espoir</i>	294
IV.3.5.1	De l'abandon du corps à la renaissance	294
IV.4	DEVENIR, ÊTRE, RESTER, REDEVENIR FEMME	295
IV.4.1	<i>L'attaque de la féminité par le cancer</i>	295
IV.4.1.1	Des femmes constatent les effets du cancer sur leur corps et sur leur sexualité	295
IV.4.1.2	La vie conjugale de Mathilde	297
IV.4.2	<i>Le sentiment d'identité féminine et les aléas de sa transmission</i>	298
IV.4.2.1	Anne ou la perte mélancoliforme de l'objet féminin maternel	298
IV.4.2.2	L'homosexualité comme solution après la confrontation à l'interdit de l'inceste	300
IV.4.2.3	La lutte contre l'identification au féminin de la mère chez Sofia	301
IV.4.3	<i>La rencontre avec de nouveaux modèles identificatoires grâce au groupe</i>	302
IV.4.3.1	Anne parmi les autres femmes	302
IV.4.3.2	Le témoignage de Clothilde	302
IV.4.3.3	Les ateliers d'Ella	303
IV.4.4	<i>La séduction, entre obéissance et désobéissance</i>	304
IV.4.4.1	Mathilde et la figure nazie du chirurgien	304
IV.4.4.2	Mirella et l'histoire des pommes	305
IV.4.4.3	Janie, punie pour désirer séduire	305
IV.4.4.4	Janie et Katia, petites filles désobéissantes	306
IV.4.5	<i>Expériences maternelles</i>	308
IV.4.5.1	La relation mère-fille douloureuse chez Myrta	308
IV.4.5.2	La schizophrénie de la fille d'Éliette	308
IV.4.5.3	Iris et la maternité impossible	310
IV.4.5.4	Claire : le deuil périnatal inélaborable	311
	SYNTHÈSE DU CHAPITRE IV	312
V	D'UNE PROPOSITION DE RESTAURATION NARCISSIQUE VERS UNE FORME DE (RE)SUBJECTIVATION	313
V.1	LE TRAVAIL DE RESTAURATION DU CORPS ET DES ENVELOPPES PSYCHIQUES A PARTIR DES ENVELOPPES CORPORELLE ET GROUPE	316
V.1.1	<i>Le soma, le corps et son enveloppe : la peau</i>	316
V.1.1.1	Soma et corps	316
V.1.1.2	L'enveloppe corporelle par excellence : la peau	323
V.1.2	<i>L'émergence d'un Moi-peau "de chagrin" : origine et/ou effet traumatique du cancer ?</i>	325
V.1.2.1	Moi-peau et premières formes représentationnelles à partir de l'expérience corporelle	325
V.1.2.2	Traumatisme(s), effets traumatogènes et potentialités réorganisatrices du cancer	330
V.1.2.3	Un Moi-peau "de chagrin" : Prédisposition, atteinte et/ou réaménagement de l'enveloppe psychique ?	337
V.1.3	<i>Les propriétés enveloppantes du Dispositif</i>	338

V.1.3.1 La diversité des outils de médiation pour le tissage d'une enveloppe intersensorielle.....	338
V.1.3.2 L'enveloppe groupale	342
V.1.3.3 L'enveloppe soignante : du cadre aux objets-animatrices	345
V.2 LA REMOBILISATION DU PROCESSUS DE REFLEXIVITE PSYCHIQUE.....	347
V.2.1 Proposition de définition du processus de réflexivité psychique	347
V.2.2 La réflexivité dans le Dispositif d'accompagnement psycho-esthétique	348
V.2.2.1 Le rapport métaphoro-métonymique dans le Dispositif	349
V.2.2.2 Miroir(s) et (re)construction de l'image de soi	351
V.2.2.2.1 Repères historiques concernant les expériences de miroirs	351
V.2.2.2.1.1 J. Lacan et le stade du miroir	351
V.2.2.2.1.2 Le visage : un modèle du miroir intersubjectif	353
V.2.2.2.2 La mise à disposition du psychosoma des animatrices pour une médiatisation des reflets.....	355
V.2.2.2.3 Le miroir proposé par le groupe	358
V.2.2.2.3.1 Les autres patientes, des doubles	358
V.2.2.2.3.2 Les fonctions phoriques assignées dans les groupes.....	360
V.2.2.3 Les affects : circulation et partage dans les groupes.....	363
V.2.2.3.1 L'affect en psychanalyse	365
V.2.2.3.2 Le déferlement des angoisses	368
V.2.2.3.3 L'affect de colère.....	370
V.2.2.3.3.1 L'expressivité de la colère	370
V.2.2.3.3.2 La rage narcissique, une forme de colère extrême et désespérée.....	373
V.2.2.3.3.3 Un affect-écran ?	375
V.2.2.3.4 L'affect de honte dans la clinique psychosomatique.....	376
V.2.2.3.4.1 Pour une définition de l'affect de honte.....	378
V.2.2.3.4.2 Aux origines des liens des groupes : Du repérage de la honte-signal du chercheur vers l'élaboration de la honte des patientes	381
V.2.2.3.4.3 Honte, Cancer(s) féminin(s) et esthétique.....	383
V.2.2.3.4.4 La consolation : point de départ pour le réinvestissement de soi post-cancer ?	386
V.3 NARCISSISME ET SUBJECTIVATION FEMININE	388
V.3.1 Les deux formes d'expression narcissique repérées dans la clinique : symptôme, défense ou solution ?	389
V.3.1.1 L'effusion de soi versus l'auto-effacement	389
V.3.1.1.1 L'effusion de soi.....	389
V.3.1.1.2 L'auto-effacement	390
V.3.1.2 Symptômes, défenses ou solution ?	394
V.3.2 Traumatismes passivants : De l'actuel du cancer aux avant-coups infantiles	395
V.3.3 Redynamisation de la pulsion libidinale passivée et réactualisée dans la situation cancéreuse.....	398
V.3.3.1 La liaison des investissements libidinaux narcissiques et objectaux dans cette (psycho)sexualité féminine blessée à partir des relations de type « homo » du Dispositif	399
V.3.3.2 Remise en circulation des fantasmes originaires dans les groupes.....	404
V.3.3.3 Accompagnement de la reprise d'une forme d'auto-érotismes	406
V.3.3.4 Dynamiques transférentielles et processus identificatoires à l'œuvre	409
V.3.3.4.1 ... induits par le couple d'animatrices.....	410
V.3.3.4.1.1 Le bisexuel des imagos parentales	410
V.3.3.4.1.2 La polarité transférentielle négativante.....	412
V.3.3.4.2 ... induit par le groupe de paires	414
V.3.3.4.2.1 Manifestations archaïques et œdipiennes de la rivalité sororale.....	414
V.4 SYNTHESE ET DISCUSSION DES RESULTATS EN REGARD DES HYPOTHESES.....	417
V.4.1 Un Dispositif restaurateur des enveloppes et réflexif.....	418
V.4.2 Un Dispositif articulatoire des féminins	420
V.4.3 Un Dispositif éminemment relationnel : entre transfert et identifications	421
V.4.4 Des caractéristiques facilitant la subjectivation féminine à partir de l'expérience cancéreuse.....	422

CONCLUSION ET NOUVELLES PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	425
1. “REGARDS APRES-COUPS” PORTES SUR L’EXPERIMENTATION DU DISPOSITIF.....	425
2. UN DISPOSITIF MENANT VERS L’APPROPRIATION SUBJECTIVANTE DU « SOIN DE SOI » AU FEMININ : ENJEU MAJEUR DU SOIN PSYCHIQUE EN ONCOLOGIE GYNECOLOGIQUE.....	426
3. VERS UNE TROISIEME FORME DE PROTOCOLE.....	427
4. DE L’INTERET D’UNE PSYCHOTHERAPIE INDIVIDUELLE CONCOMITANTE AVEC LE DISPOSITIF D’ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE PAR LA SOCIO-ESTHETIQUE.....	430
5. PROPOSITION DE CONSTRUCTION D’UNE GRILLE D’EVALUATION DE L’EVOLUTION DES PROCESSUS PSYCHQUES DES PATIENTES A PARTIR DU COSMETOGRAMME.....	432
6. UN DISPOSITIF A IMAGINER POUR LES SOIGNANTS EN ONCOLOGIE ?.....	435
7. DISCUSSION AUTOUR DU TERME « SOCIO-ESTHETIQUE » ET PROPOSITION D’APPELLATION DEPOSEE POUR NOTRE DISPOSITIF.....	435
BIBLIOGRAPHIE.....	439
INDEX DES AUTEURS.....	465
INDEX DES TERMINOLOGIES.....	469

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Photos de l'aménagement de la pièce d'atelier (1).....	96
Figure 2 : Photos de l'aménagement de la pièce d'atelier (2).....	96
Figure 3: Questionnaire de fin des ateliers	138
Figure 4 : Indicateur des types de pathologie	154
Figure 5 : Indicateur des âges dans notre population.....	155
Figure 6 : Indicateur du statut professionnel de nos patientes	158
Figure 7 : Indicateur de la situation familiale des femmes	161
Figure 8 : Indicateur du parcours de soins préconisés pour nos patientes	163
Figure 9 : Indicateur de la situation dans le parcours de soin au début des ateliers	164
Figure 10 : Spirale représentant la dynamique du processus psychosomatique du Dispositif	314

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Présentation synthétique du fil cosmétologique	105
Tableau 2 : Trame détaillée des ateliers du dispositif initial	108
Tableau 3: Trame détaillée des ateliers du dispositif 2.1	115
Tableau 4 : Trame détaillée des ateliers du dispositif 2.2.....	118
Tableau 5 : Trame détaillée des ateliers du dispositif 2.3.....	119
Tableau 6 : Critères d'observation individuels du cosmétogramme.....	129
Tableau 7 : Critères d'observation groupaux du cosmétogramme	131
Tableau 8 : Critères d'observation intersubjectifs du cosmétogramme.....	132
Tableau 9 : Récapitulatif de la fréquentation des ateliers	148
Tableau 10 : Récapitulatif des réponses les plus marquantes aux questionnaires	170
Tableau 11 : Autres réponses aux questionnaires de fin d'ateliers.....	172
Tableau 12 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 1.....	175
Tableau 13 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 1	176
Tableau 14 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 2.....	179
Tableau 15 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 2	180
Tableau 16 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 3.....	182
Tableau 17 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 3	183
Tableau 18 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 4.....	185
Tableau 19 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 4	186
Tableau 20 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 5.....	188
Tableau 21 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 5	189
Tableau 22 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 6.....	192
Tableau 23 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 6	193
Tableau 24 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 7.....	196
Tableau 25 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 7	197
Tableau 26 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 8.....	200
Tableau 27 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 8	201
Tableau 28 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 9.....	203
Tableau 29 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 9	204
Tableau 30 : Présentation des patientes rencontrées désirant s'inscrire dans le dispositif mais qui finalement n'ont pas participé aux ateliers	205
Tableau 31 : Proposition de grille d'évaluation des processus psychiques en jeu dans les ateliers	434

LISTE DES ABREVIATIONS

CPP : Comité de Protection aux Personnes ;
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ;
DRI : Direction de la Recherche et de l'Innovation ;
CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé ;
CODES : Cours d'esthétique à option humanitaire et sociale ;
SFPO : Société Française de Psycho-Oncologie ;
AFSOS : Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support ;
HAS : Haute Autorité de Santé ;
INCa : Institut National du Cancer ;
CNTRL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales ;
CIRPPA : Centre d'Information et de Recherches en Psychologie et Psychanalyse Appliquées aux groupes ;
SFPPG : Société Française de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe ;
INED : Institut National d'Études Démographiques ;
GG : Ganglion sentinelle ;
CA : Curage Axillaire ;
CP : Curage Pelvien ;
CLA : Curage Lombo-Aortique ;
ChIP : Chimiothérapie IntraPéritonéale ;
PAC : Port-à-cath, chambre implantable ;
ML : Mariane Lecointe ;
CLUD : Centre de LUTte contre la Douleur ;
CFP : Congé de Formation Professionnelle ;
TS : Tentative de Suicide ;
AM : Arrêt Maladie ;
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ;
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique ;

INTRODUCTION :

1. RECHERCHE ET PRATIQUE : LA BOUCLE INTERACTIVE EN CLINIQUE

« Des soins ... à Soi » ... Voici le nom par lequel les patientes, les soignants, les médecins, ainsi que leurs secrétaires qui organisent le déroulement des soins pour les patientes au sortir de la fameuse consultation d'annonce ... connaissent le Dispositif¹ d'ateliers de soins esthétiques que nous² proposons à l'hôpital.

Pour en choisir sa dénomination, nous avons pris le temps de chercher, d'associer, de faire associer des collègues. Il devait être signifiant, mais un peu énigmatique tout de même pour susciter intérêt et curiosité. Il s'agissait de proposer un nom qui permette de se représenter à minima, de donner quelques indices de ce dont il était question dans les ateliers. Il devait pouvoir donner aux femmes l'envie d'y participer spontanément, mais il devait également donner confiance aux soignants, aux médecins, aux secrétaires, aux conjoints, aux familles et à toute personne accompagnant une femme dans les soins du cancer, afin qu'ils les orientent ou leur parlent de ce Dispositif comme d'un espace de soin complémentaire étayant dans leur parcours hospitalier.

Le terme « soin » est suffisamment polysémique pour recouvrir plusieurs dimensions : la dimension du “soin esthétique” bien sûr procuré par la socio-esthéticienne, mais aussi celle du “soin psychique” proposé par la psychologue, dans cet univers de “soins somatiques” qu'est l'hôpital général. Puis la deuxième partie du nom « à Soi », laissait sous-entendre à la fois des soins pour soi, comme une invitation adressée personnellement à chaque patiente qui lirait une affiche, mais aussi le mouvement pour aller jusqu'à Soi, pour partir à la rencontre de son Soi (Kohut, 1974³) ou de son Self (Winnicott, 1970⁴) en psychanalyse.

¹ Je serai amenée à différencier la manière d'orthographier le terme « dispositif » de deux manières : « Dispositif » et « dispositif ». Je m'en expliquerai dans le chapitre 1.

² Je renvoie le lecteur au paragraphe 3 suivant qui définit la manière et les raisons pour lesquelles les pronoms « Je » et « Nous » seront employés dans cette thèse. Ici je choisis d'employer « Nous » car il semble important de faire ressortir la dimension groupale dans la création, la mise en place, l'animation et l'évolution du Dispositif (co-animation, séminaire de recherche, supervision et analyse de la pratique des ateliers).

³ Kohut, H. (1974). *Le Soi*. Paris, France : PUF, 2004.

Pour favoriser le confort du lecteur, j'ai choisi de citer systématiquement en note de bas de page les sources complètes des ouvrages ou articles auxquels je fais référence, bien que cela ne soit pas classiquement admis selon les normes de citation de l'APA.

⁴ Winnicott, D.W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris, France : Payot.

Le Self de D.W. Winnicott, correspond à : « ce que l'individu est psychiquement, un être humain, vivant avec sa subjectivité propre et singulière » (Konicheckis, 2006⁵, p. 35). Il s'agit du produit d'un processus qui se forme en fonction des rencontres et des événements de vie d'un sujet, et qui ne pourra jamais devenir une structure immuable et répétitive. L'alliance, la synergie des modalités de soins corporels et psychiques, est alors considérée comme un outil pour aller plus loin dans la connaissance de soi, dans la (re)construction de son Self, c'est-à-dire de son sentiment d'être vivant et d'exister, de son unité psyché-soma (Winnicott, 1970⁶), de son identité spécifique et de sa personnalité corporo-psychique qui le rend unique. Ce sont bien les liens entre psyché/corps et soma qui sont en souffrance chez les personnes atteintes d'un cancer : entre avant l'annonce du cancer et après celle-ci, entre l'avant des soins, pendant, et après ceux-ci. Les repères identitaires construits jusque-là vacillent par l'effet d'annonce du cancer, par l'atteinte réelle du corps, mais aussi par les bouleversements psychiques engendrés par les mouvements pulsionnels générés par l'expérience malade et les situations de soins somatiques, en somme par la situation cancéreuse (Milleur, 2015⁷). Cependant, aussi destructrice que cette expérience puisse-t-elle être, n'en demeure pas moins aussi toute une potentialité réorganisatrice pour le sujet. Et c'est en cela que les soins corporels et psychiques, tels que nous les proposons, constituent aussi un outil d'accompagnement dans le processus de reconstruction somatopsychique subjective, nécessairement revitalisante, après la traversée de cette expérience de maladie grave.

Ainsi ce travail tend à montrer comment ce dispositif de recherche innovant proposé va permettre, à partir des résultats produits, d'élaborer un dispositif de soin spécifique et le plus ajusté possible aux besoins somatopsychiques d'une population de femmes souffrant de cancers féminins. Notons toutefois que ce dispositif de recherche aura pu finalement « prendre corps », s'ancrer dans la réalité, uniquement parce que nous avons pu le mettre en œuvre grâce et pour les patientes déjà rencontrées dans notre pratique clinique quotidienne. Rencontres cliniques qui mettent à l'épreuve et modifient les modélisations théoriques existantes ? Assurément. Recherche élaborée à partir de l'expérience de la pratique ? Incontestablement. Recherche destinée à enrichir et à ajuster la pratique clinique aux patients que nous rencontrons quotidiennement ? Bien nécessairement !

⁵ Konicheckis, A. (2006). Subjectivation, vrai self et personnalisation. *Le carnet Psy*, 5(109), 35-36.

⁶ Winnicott, D.W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris, France : Payot.

⁷ Milleur, Y. (2015). *Nouvelles perspectives sur la clinique du cancer. Le corps, la psychothérapie et les états crépusculaires dans la maladie grave* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.

2. NOTE PRELIMINAIRE SUR L'APPELLATION DU DISPOSITIF

Pour nommer le Dispositif de recherche, je propose l'appellation suivante : « Dispositif d'accompagnement psychologique par la (pratique de la) socio-esthétique ». Cette appellation permet de qualifier la spécificité de l'accompagnement que le binôme “socio-esthéticienne / psychologue clinicienne” met en œuvre dans ces groupes, qui considère la socio-esthétique comme un outil médiateur au service du soin psychique.

3. NOTE SUR L'UTILISATION DES PRONOMS « JE » ET « NOUS »

Outre le fait que ce choix soit plutôt classique pour les auteurs, il a semblé dans un premier temps opportun d'utiliser le pronom personnel « Nous » pour écrire la thèse. Cependant, ce choix initial a rapidement évolué vers une voie intermédiaire, ou plutôt vers une utilisation plus souple des pronoms personnels « Nous » et « Je ». En effet, il s'avérait parfois difficile de faire apparaître une différence dans l'écriture de ce qui pouvait relever de mon positionnement d'auteure, et de ce qui pouvait relever plutôt des éléments émergents plus spécifiquement de la co-crédation et/ou de la co-animation. Ainsi dans la présentation de la recherche et dans la méthodologie, je différencierai les éléments que je donne au lecteur et qui marquent mon cheminement personnel de réflexion ou encore les choix que j'ai été amenée à faire dans mon positionnement de chercheuse en utilisant le pronom personnel « Je ». Le pronom personnel « Nous » sera une invitation adressée au lecteur à suivre le déroulement de la thèse, ou marquera l'inclusion dans les propos de la socio-esthéticienne. Dans les parties cliniques, j'utiliserai tantôt « Je », tantôt « Nous », afin de distinguer les interventions que je propose en mon nom propre, en tant que sujet du groupe, et les réactions ou réflexions que nous aurons mises en commun, partagées, co-construites avec la socio-esthéticienne en tant que co-animatrices des ateliers. Dans les commentaires proposés, le pronom personnel « Nous » sera préférentiellement utilisé pour proposer au lecteur de m'accompagner dans le déploiement de ma pensée et pour l'inviter à la remettre en question. Enfin, ma pensée s'est bien évidemment construite à partir de ma groupalité psychique, qui a pris appui sur les échanges suscités par la présentation de mes travaux dans différents groupes (séminaires de recherche, temps d'analyse de la pratique des ateliers, communications présentées lors de colloques), ainsi que sur les travaux d'auteurs qui me guident et que je mets en débat à partir de ma clinique. C'est ainsi que le pronom personnel « Nous » sera majoritairement utilisé dans les développements théorico-cliniques du chapitre V.

I PRESENTATION DE LA RECHERCHE

I.1 PREHISTOIRE DE LA RECHERCHE

I.1.1 LA RECHERCHE DE M2R : LA PRATIQUE DES SOINS ESTHETIQUES AUPRES DE FEMMES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHOTIQUES

Cette recherche s'inscrit dans la suite d'un premier travail⁸ réalisé en 2006 dans le cadre d'un Master 2 Recherche. Il s'agissait alors d'étudier les effets psychiques produits par la pratique de la médiation des soins du visage et du maquillage proposée à des groupes de femmes souffrant de graves troubles de la personnalité. Ces femmes avaient vécu une longue hospitalisation en secteur psychiatrique et étaient désormais accueillies dans un Centre de Jour Spécialisé dans l'objectif, à plus ou moins long terme, d'envisager un projet de foyer d'hébergement et/ou de travail, d'accueil dans une structure de vie ... un projet « hors les murs de l'hôpital psychiatrique », de réintégration dans la vie de la société. Mon statut était double dans cette structure : j'étais à la fois professionnelle en tant que remplaçante-éducatrice, et étudiante en Master 2 Recherche.

La recherche avait alors mis en évidence l'aspect transformateur de ce type de médiation qui propose un étayage psychique important par le corps quand la parole manque. Nous avons notamment pu observer que les ateliers avaient remis en travail chez ces femmes les processus d'autoreprésentation et d'investissement narcissique, processus très attaqués, confus, en panne dans la psychose, et permettaient consécutivement une grande amélioration de la qualité des liens intersubjectifs.

C'est après-coup que je réalise combien cette expérience professionnelle a représenté pour moi une aire de jeu, « un espace potentiel » au sens winnicottien du terme (1971)⁹, une aire d'expérience et de transition entre l'université et le monde professionnel, entre la théorie de la psychose et la rencontre avec des sujets en souffrance, patients tout aussi touchants, attachants qu'attaquants, entre la pratique en institution éducative et l'université, lieu de la recherche en psychopathologie et psychologie clinique ... et enfin entre l'étudiante-chercheuse et la psychologue diplômée, désormais psychologue-chercheuse.

⁸ Lecoite, M. (2006). *Secrets de femmes dévoilés ... Pour une réflexion introductive concernant la pratique de la médiation des soins du visage et du maquillage en groupe thérapeutique* (Mémoire de Master 2 Recherche). Université Lumière Lyon 2.

⁹ Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard, 1975.

I.1.2 PSYCHOLOGUE EN CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE ET ONCOLOGIQUE AVEC UN PROJET DE RECHERCHE EN TETE...

Dans les premiers temps de ma pratique psychologique quotidienne, je rencontrais des femmes hospitalisées plusieurs jours pour la pratique d'un geste chirurgical, ou à la journée pour avoir une séance de chimiothérapie dans le cadre de soins pour un cancer gynécologique. Rapidement je me suis mise à rêver à la création de groupes de patientes car les femmes disaient fréquemment se sentir très seules à cause de l'expérience du cancer qu'elles traversaient, et isolées dans leur chambre d'hôpital. La médiation des soins esthétiques paraissait bien adaptée dans la mesure où elle propose un travail sur la manière de s'investir, de prendre soin de soi dans l'objectif de préserver ou de recréer un sentiment d'intégrité psychosomatique. La pratique des soins esthétiques s'adresse au corps malade, souffrant des patientes, désormais abîmé réellement par la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et/ou imaginativement par les représentations de la maladie, de la mort, dans l'univers hospitalier qui s'occupe de traiter le corps ou plutôt dirons-nous le soma. N. Dumet (1994)¹⁰ décrit les différences que nous pouvons établir entre « le soma, le somatique » qui serait le corps anatomo-biologique, l'objet de la science médicale, et « le corps, le corporel » qui serait alors le soma ayant fait l'objet d'un traitement psychique, c'est-à-dire que le corps serait la représentation psychique du soma. Pour définir ces termes plus précisément encore, elle parle du soma, du corps réel, du corps anatomo-physiologique comme étant l'objet, le centre d'intérêt de la médecine. Tandis que le corps psychique, le corps libidinal (libido érotique, narcissique et agressive), le corps imaginaire, le corps érotique, le corps érogène selon les auteurs, désigne l'ensemble des représentations psychiques du corps biologique qui se forment en appui sur le processus d'érogénéisation partielle ou totale à partir des excitations dont le soma est le siège : les excitations sont de deux ordres : qualitatives en terme de plaisir/déplaisir, et aussi quantitatives : au-dessus d'un certain seuil, celles-ci doivent être déchargées sinon elles entravent le bon fonctionnement psychosomatique. Le corps, c'est donc le soma subjectivé. Ceci explique que bien souvent, soignants et patients ont l'impression de ne pas se comprendre en situation de soin, de ne pas parler la même langue. Cela peut mettre certain en difficulté, de sa place de soignant, ne se sentant pas aidant voire maltraitant pour son patient, ou de sa place de soigné d'ailleurs, celui-ci ne se sentant pas écouté ou accompagné durant les traitements.

¹⁰ Dumet, N. (1994). *Hypercorporéisation et subjectivation, Approche psychodynamique et clinique de quelques cas d'obésités réactionnelles chez la femme* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.

Malgré l'enthousiasme et le soutien partagé du projet, la difficulté de trouver un financement en a ralenti la mise en œuvre, jusqu'à ce que je fasse connaissance et partage cet intérêt avec les créateurs de l'association « Éveil des sens »¹¹ dans les années 2010.

Puis en 2011, je suis sollicitée par l'association pour encadrer le stage d'une étudiante socio-esthéticienne dans le service dans lequel j'exerce. Un des objectifs du stage était de faire découvrir à l'équipe soignante cette discipline. L'étudiante avait créé un questionnaire d'évaluation de ses interventions qu'elle demandait aux patientes de remplir de manière anonyme. Elle en a proposé un compte-rendu à la fin de son stage. Les avis étaient unanimes chez les patientes. L'une des bénéficiaires témoigne ainsi : « (...) C'est un plus dans le service, mais qui m'a paru indispensable (...) ». Le stage de cette étudiante a également mis à jour la nécessité de proposer un espace de reprise et d'analyse de la pratique. En effet, j'ai accompagné cette étudiante dans un travail d'élaboration, à partir de sa pratique, des enjeux relationnels déployés au cours des rencontres avec les patientes à partir de l'outil esthétique. L'idée de proposer des ateliers co-animés par un couple socio-esthéticienne/psychologue, et supervisés par une psychanalyste en libéral s'impose alors à moi. Ceci venait marquer une différence majeure dans le dispositif de soin par rapport à la recherche du Master 2 : d'une part, la co-animation permettrait de proposer deux figures transférentielles, différenciées, l'une experte avec les outils de médiation utilisés, l'autre experte dans l'animation du groupe, l'écoute psychique et l'observation groupale et individuelle. D'autre part, la co-animation permettrait à la psychologue-chercheuse d'adopter une posture d'observatrice participante, c'est-à-dire abstentionniste au niveau du sens du toucher notamment, ce qui n'était pas le cas lorsque je devais réaliser les soins moi-même sur les patientes. Ce changement de posture allait bien évidemment révéler des nouvelles modalités dans le « prendre soin » proposé par cette médiation.

Les données préliminaires étant posées, la recherche a pu alors s'inscrire dans la réalité grâce à un premier soutien financier de l'association destiné à promouvoir le développement de la socio-esthétique. La recherche proposerait de développer une réflexion sur la création, la mise place et l'évaluation qualitative des effets thérapeutiques d'un dispositif clinique à médiation groupale co-animé utilisant les soins socio-esthétiques en oncologie féminine.

¹¹ Éveil des sens : Association lyonnaise de socio-esthéticiennes, loi 1901. Cette association est destinée à promouvoir la pratique de la socio-esthétique. Elle permet également aux socio-esthéticiennes d'avoir un statut salarié, de bénéficier d'analyse de la pratique, et elle propose d'aider à penser et à financer des projets d'intervention dans différents types de structure.

I.2 SPECIFICITES DE CETTE RECHERCHE

I.2.1 UN FINANCEMENT EN DEUX TEMPS

Comme nous venons de le voir, pour que cette recherche puisse voir le jour, j'ai bénéficié d'une subvention de la part de l'association. Celle-ci avait participé à un Défi-Projet organisé par sa banque, et avait remporté un prix de 3000 €, destiné à financer la mise en place d'un projet de socio-esthétique dans un lieu de soin ou une structure médico-sociale. J'ai alors choisi de répartir ce budget entre deux principaux postes de dépenses : le salaire de la socio-esthéticienne et la fourniture de produits cosmétiques pour une part, et le financement d'une supervision de la co-animation des ateliers chez une psychanalyste pour une autre part. Cette répartition du budget m'a permis de constituer cinq groupes de quatre patientes, accueillies pour participer à trois entretiens individuels et trois ateliers groupaux. C'est ce que j'appellerai le dispositif initial dans le chapitre méthodologique.

Puis, à l'issue de cette première phase de recherche, j'ai obtenu un deuxième budget. En effet, par l'intermédiaire d'une patiente qui avait bénéficié des soins du service quelques mois auparavant pour un cancer du sein, j'ai soumis le projet de recherche à une grande entreprise américaine. Celle-ci travaillait pour cette compagnie disposant d'une fondation qui soutient financièrement des projets dans le domaine sanitaire et social. Ce projet a remporté un prix de 4500\$ (soit environ 4700€). Belle opportunité pour proposer à d'autres patientes de participer à des ateliers, et mettre en œuvre des aménagements et des variations de/dans notre Dispositif initialement pensé dans le but de s'approcher au plus près des besoins somatopsychiques de nos patientes.

I.2.2 LE DISPOSITIF DE RECHERCHE PREEXISTANT ET SA “QUALIFICATION”¹²

Ce Dispositif de recherche, ou protocole¹³ selon la terminologie usuellement utilisée dans le champ de la santé, a été soumis pour avis à un Comité de Protection aux Personnes¹⁴ pour valider le démarrage de sa mise en œuvre.

L’avis rendu qualifie cette recherche d’« étude non interventionnelle », ou encore d’étude « observationnelle ». Les recherches observationnelles sont définies comme suit :

« Les recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 du Code de la santé publique : Également désignées par les termes « recherches observationnelles » ou « non interventionnelles », (...). Ce sont les recherches qui ne comportent aucun risque ni contrainte dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle. Ce peut être par exemple des observations portant sur l'observance des traitements, la tolérance d'un médicament après sa mise sur le marché, les pratiques d'un centre de soins comparé à un autre. »¹⁵
(CPP Sud Est V, 2017).

Dans un premier temps, j’estimais que qualifier cette étude d’observationnelle ne reconnaissait pas la potentialité transformatrice du Dispositif, et n’accordait aucune valeur à l’engagement relationnel et à l’intention de soin des animatrices auprès des patientes, dimension toujours présente de manière concomitante dans la rencontre clinique à celle de la recherche, notamment dans le cadre de recherche de terrain comme l’est celle-ci. Puis j’ai recontextualisé cette démarche de qualification dans celui de la recherche médicale à l’hôpital général : l’enjeu de la qualification ne se situait pas à cet endroit-là à l’époque de la mise en place de la recherche sur le terrain. Il s’agirait cependant de mettre en évidence les aspects des effets soignants, si ce n’est psychothérapeutiques, tout au moins la plus-value apportée par la mise en œuvre de ce Dispositif d’accompagnement psychologique dans le cadre des soins hospitaliers globaux dispensés aux femmes souffrant d’un cancer féminin.

¹² Je place cette partie qui concerne les démarches de qualification et de déclaration de la recherche dans l’introduction plutôt que dans le chapitre méthodologique, car il me semble que ces démarches de soumission et d’approbation préalable de ces instances ont favorisé la mise en route d’un cheminement interne particulier qui m’a permis de clarifier mon positionnement de chercheuse sur mon terrain professionnel de pratique clinique quotidienne.

¹³ Définition récupérée le 08/02/19 du terme « Protocole d’une expérience » sur le site <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/protocole/64577> : vient du latin médiéval *protocollum*, du grec *prôtokollon*, qui signifie ce qui est collé en premier. Ensemble des règles, questions, etc., définissant une opération complexe ».

¹⁴ Confer Volume II, Annexe n° 1 : Avis CPP n° L13-107.

¹⁵ Définition proposée sur le site internet du CPP Sud Est V : <http://www.cppsudest5.fr>, à savoir le CPP qui a qualifié la recherche, récupérée en janvier 2017.

Enfin l'étude a bien été déclarée dans le registre de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)¹⁶ selon une procédure simplifiée, comme prévue dans le cas d'une recherche observationnelle. Cette procédure de soumission au CPP et d'enregistrement CNIL répond donc bien aux exigences de la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 dite loi Jardé dont le décret d'application a été publié le 17 novembre 2016 au journal officiel. Cette loi qui encadre les recherches dans le domaine de la santé dispose que :

« (...) tous les projets de recherches non interventionnels (observationnels) et impliquant la personne humaine doivent être expertisés par un Comité de Protection des Personnes (CPP) et ne peuvent être mis en œuvre qu'avec l'avis favorable de celui-ci et l'autorisation de la CNIL. »¹⁷
(DRI et CCTIRS, Site du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2017).

Toute cette démarche, que j'ai pu effectuer grâce à l'accompagnement du chef de projets de recherche clinique de l'hôpital¹⁸, m'a en effet semblée très importante outre son caractère obligatoire. En premier lieu, cette démarche permettait de communiquer un message qui m'est cher, fort en matière d'éthique et qui concerne à la fois les patientes participantes et les soignants partenaires : le dispositif proposé a été soumis à l'appréciation de membres experts dans le domaine de la recherche en milieu médical, il a été validé et autorisé. Puis il s'agissait d'adopter les mêmes règles et les mêmes procédures d'autorisation de démarrage de recherche que les autres disciplines avec lesquelles nous travaillons, tout en n'enlevant rien aux spécificités de la recherche en psychologie clinique, à savoir l'étude qualitative et processuelle de la subjectivité psychique. Ensuite, cela venait donner regard et crédit aux outils de recherche, mais aussi aux résultats auprès de la communauté médicale et scientifique et des divers intervenants en santé avec lesquels nous travaillons au quotidien à l'hôpital. En effet, ces derniers disent souvent avoir du mal à se représenter comment se déroulent les recherches en psychologie clinique et les outils utilisés pour recueillir le matériel clinique. Il s'agissait alors d'une belle opportunité pour les présenter. Enfin cela permettait de tiercéiser les liens dans cette recherche : en intégrant le cadre de celle-ci dans le cadre législatif général qui régit toute recherche en milieu médical, cela apporte toute la contenance et la sécurité nécessaires à chacun pour s'engager dans un processus de transformation corporo-psychique tel que l'engendre un travail de recherche, qui plus est en sciences humaines, et davantage encore en

¹⁶ Confer Volume II, Annexe n° 2 : Certificat d'enregistrement CNIL.

¹⁷ Extrait d'un message destiné à tous les promoteurs de recherches observationnelles dans le domaine de la santé suite à la publication de la loi Jardé publié sur le site du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche par la Direction de la Recherche et de l'Innovation et le CCTIRS : https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/CCITRS/70/0/CCTIRS_loi_Jarde_667700.pdf

¹⁸ Je remercie grandement Mr Laurent Villeneuve.

« psychopathologie du somatique » selon P. Fédida (1977)¹⁹, ou en « psychopathologie clinique du somatique » selon N. Dumet (2016)²⁰.

I.3 LE PARCOURS DU CHERCHEUR

I.3.1 LA RENCONTRE AVEC LA SOCIO-ESTHETICIENNE

Comme déjà mentionné, l'un des premiers aménagements pensés dans ce nouveau Dispositif par rapport à celui du M2R a été la co-animation. Je n'envisageais en effet plus de prodiguer les soins moi-même aux patientes. N'ayant pas les compétences pour prendre soin de la peau fragilisée de patientes subissant des traitements somatiques qui l'impactent fortement, ce constat m'a permis d'envisager de prendre une place en arrière-fond du groupe garante du déroulement des soins, en référence à l'objet d'arrière-plan (Grotstein, 1981²¹ ; Delion, 2009²²) garant du portage intersubjectif et relationnel. J'avais alors d'abord contacté la socio-esthéticienne qui est en poste à temps plein à l'hôpital depuis quelques années grâce au financement de la Ligue contre le Cancer. Mais celle-ci n'a pas souhaité s'investir dans ce projet. L'association lyonnaise de socio-esthéticiennes m'a alors mise en contact avec une première personne. Nous avons travaillé en collaboration quelques mois, puis nous y avons mis un terme fin 2013, n'arrivant plus à trouver des intérêts communs satisfaisants et une place qui nous soit propre à chacune dans ce partenariat. De plus, cette personne ne détenait pas le titre de socio-esthéticienne, délivré uniquement par le CODES²³ en France, qui est valorisé et reconnu à ce jour par la Ligue contre le Cancer par exemple comme une garantie de bienveillance et de qualité des soins esthétiques apportés dans les hôpitaux. La Ligue contre le cancer délivre d'ailleurs des budgets servant à financer des postes de socio-esthéticienne et veille à ce que la personne recrutée soit bien titulaire du titre. Il paraissait alors important pour apporter crédibilité à cette recherche, vis-à-vis des grandes instances et associations œuvrant

¹⁹ Fédida, P. (1977). La question de la théorie somatique dans la psychanalyse. *Psychanalyse à l'Université*, 3, 621-648.

²⁰ Dumet, N. et Fernandez, L. (dir.). (2016). *Psychopathologie clinique du somatique : 12 études de cas*. Paris, France : In Press.

²¹ Grotstein, J. (1981). Primal Splitting, the Background Object of Primary Identification and other self-objects. Dans *Splitting and Projective Identification* (p. 77-89). New York, Etats-Unis : Jason Aronson.

²² Delion, P. (2009). Objets d'arrière-plan et interpénétration des regards. Dans *Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile* (p. 162-185). Toulouse, France : Erès.

²³ CODES : Cours d'esthétique à option humanitaire et sociale.

« Depuis 1978, le CODES a pour mission d'aider les souffrants à « dépasser leur mal-être en les réconciliant avec leur corps et leur image grâce aux soins esthétiques ». Pour ce faire, il agit en formant au titre d'État de « socio-esthéticien(ne) » dont il est à l'origine, et en promouvant la socio-esthétique comme discipline transversale et métier complémentaire dans le cadre de l'accompagnement médical et social : Récupéré du site : <http://www.socio-esthetique.fr/association.php>

pour la recherche en oncologie en France, de suivre les préconisations de la Ligue contre le Cancer, ou de l'INCa²⁴ par exemple.

L'association m'a donc ensuite rapidement mise en relation avec une professionnelle, Ariane, qui venait de terminer son cursus de spécialisation au CODES, et qui était très motivée pour la promotion de la socio-esthétique de manière générale et par ce projet précis en particulier.

Nous avons très vite travaillé ensemble pour préparer nos propositions d'ateliers, pris du plaisir à le faire, et nous avons débuté la co-animation des ateliers dans un climat d'écoute et de partage des idées, des besoins, des désirs et des vécus de l'une et de l'autre.

I.3.2 CHACUNE CHERCHE ET TROUVE SA PLACE AU FUR ET A MESURE

Dans ce projet de co-animation des ateliers, nos places respectives semblaient clairement définies : Ariane, socio-esthéticienne, experte dans la mise en œuvre des soins esthétiques animerait toute la partie des ateliers qui concerne l'utilisation des outils de médiation ; Moi, psychologue-chercheure, co-animatrice et observatrice, expérimentée dans l'accueil, l'écoute et l'analyse des événements de la vie psychique et affective en souffrance, j'avais plutôt pensé ma place comme experte dans la mise en œuvre du soin psychique individuel et groupal. Mais aussi comme personne-ressource dans le parcours de ces femmes, comme garante du cadre des groupes, et comme agent-résonateur de leur histoire par la prise de note la plus exhaustive possible, en fonction bien entendu de mes propres filtres et limites. Cette configuration de co-animation s'est bien confirmée tout au long de notre pratique. Nous avons même pu établir entre nous un jeu de théâtralisation, comme en parle A. Brun (1998)²⁵, de mise en scène de nos fonctions respectives, parfois même en jouant à se mettre dans la peau de l'autre, afin notamment de conseiller, guider, soutenir des choix, contenir, reformuler, verbaliser pour accompagner un mouvement émotionnel émergent à partir d'un toucher particulier ...

²⁴ INCa : Institut National du Cancer.

²⁵ Brun, A. (1998). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Paris, France : Dunod.

I.4 CHAMP ET OBJET DE LA RECHERCHE

I.4.1 LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE

I.4.1.1 L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE PSYCHANALYTIQUE ET LA PSYCHO-ONCOLOGIE

Cette recherche se situe dans le champ de la psychologie clinique d'orientation psychanalytique. En effet je souhaite apporter dans un premier temps un éclairage spécifique sur les enjeux psychodynamiques qui sous-tendent les processus de relibidinalisation du psychosoma attaqué et affecté par le cancer et par les soins somatiques, et ce, à partir de l'accompagnement psychocorporel proposé aux femmes dans les ateliers socio-esthétiques. Puis, dans un deuxième temps, je désire mettre à jour la manière dont ce processus peut aboutir à un travail, cette fois-ci, de restauration narcissique. Autrement dit, comment la revitalisation libidinale du corps permet la reviviscence narcissique, en faisant appel à la fois à d'anciens repères identitaires comme à la relance de processus identificatoires sur les paires et les animatrices, sources d'investissements possibles, par les nouvelles expériences de soin.

De manière plus précise encore dans le champ de la psychologie clinique et la psychanalyse, cette recherche prend place dans la lignée des travaux de la psychologie clinique du somatique qui s'intéresse aux enjeux psychiques et relationnels lorsqu'un sujet se trouve en situation de pathologie somatique. Ici, il s'agit plus précisément de la pathologie du cancer. Et encore plus précisément, cette recherche vise l'étude d'une population bien spécifique : les femmes souffrant d'un cancer gynécologique. Je vais alors m'appuyer, notamment et entre autres, sur les travaux réalisés par des psychanalystes et des psychologues qui concernent la construction de l'identité féminine, du féminin et de ses aléas pour les patientes concernées par l'étude. Je vais également étudier les travaux des psychologues travaillant dans le domaine de l'oncologie et des psychosomaticiens.

Depuis plusieurs décennies maintenant les activités de recherche et la pratique des psychologues en oncologie s'est vue spécifiée dans une discipline nommée la psycho-oncologie. La définition qu'en donne la Société Française de Psycho-Oncologie en est la suivante :

« (...) une discipline récente, qui s'est structurée dans les années 80, en réponse à l'intérêt croissant porté aux aspects psychologiques, comportementaux et sociaux, liés à la survenue d'un cancer. Son nom, traduit de l'anglais "Psycho-Oncology", témoigne de sa position à l'interface de l'oncologie, de la psychiatrie et de la psychologie. L'objectif de la psycho-oncologie est l'intégration de la dimension psycho-sociale aux soins dispensés en cancérologie, et ce à chacun des temps de la prise en charge (...) La psycho-oncologie désigne également la pratique clinique des psychologues et des psychiatres, exerçant dans des lieux de soins en cancérologie ; ils sont alors souvent appelés "psycho-oncologues". Elle implique le développement d'un ensemble de connaissances spécifiques, reposant sur des thématiques et une méthodologie de recherche propres à ces professionnels »²⁶.
(SFPO, 2019).

Cette recherche vise bien à chercher à développer des connaissances et des pratiques les plus ajustées possibles aux besoins de ces patientes de gynéco-oncologie. Elle s'inscrit donc pleinement dans le champ psycho-oncologique. J'ai également pour ambition de créer à partir de ces travaux un point de rencontre entre médecine et psychologie afin de pouvoir mettre en commun les spécificités représentationnelles et affectives différentes mais partageables auxquelles le cancer et la rencontre avec le patient cancéreux renvoient, quel que soit le rôle et la fonction que l'on occupe auprès de ce patient : prescrire, administrer un traitement chimiothérapique ou parler en après-coup d'un entretien psychologique par exemple ne provoquent pas les mêmes vécus. Néanmoins, il me semble important de faire apparaître dès à présent²⁷ que ma pratique en oncologie est régulièrement éclairée par ma pratique en obstétrique et en néonatalogie. C'est ainsi que je souhaite rester prudente sur la dimension de l'hyperspécialisation qui est inhérente à l'emploi du terme de psycho-oncologue. D'un premier abord, elle paraît rassurante pour les patientes, surtout au début des soins. Celles-ci confient leur psychisme au psychologue expert en cancérologie comme elles confient leur corps malade du cancer au médecin expert en oncologie. Ces deux spécialistes auraient déjà rencontré dans leur carrière des « cas » similaires au leur et les auraient traités. C'est bien la direction donnée aux soins de nos jours en médecine. Les spécialités médicales s'autonomisent. Un patient doit alors se rendre auprès de plusieurs spécialistes dans différents services, sans que ceux-ci ne soient en lien, hormis lorsque le patient est en capacité de le faire exister. Dans le témoignage des patientes, les femmes expriment toute leur détresse de ne pas se sentir prises en considération dans leur subjectivité globale et propre. Mirella (patiente du groupe n° 3) pouvait dire en entretien : « Je refuse d'être considérée comme toutes les autres femmes, je ne serai pas une tomate d'un rouge éclatant, toute lisse et sans goût ! ». Myrta (patiente du groupe n° 1),

²⁶ Définition proposée par le site de la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO). Récupérée le 06/02/19 sur le site : <http://sfpo.fr/la-psycho-oncologie/definition-et-enjeux.html>

²⁷ Ceci se confirmera et sera illustré dans les parties méthodologique et clinique par des références aux outils ou aux théories relatives au bébé par exemple.

quant à elle, a écrit dans un auto-questionnaire : « Merci pour ces ateliers qui prennent en compte LA PERSONNE ! », et pas seulement le cancer, l’ovaire ou le sein de la chambre n° ... Les patientes souffrent encore d’un manque d’approche subjective dans les soins. Ainsi, j’ai le sentiment qu’il est important de conserver un regard neuf à chaque nouvelle rencontre, un esprit de travail créatif au contact des patientes, qui se trouvent aux prises avec des angoisses de mort si vives et attaquant aussi pour la pensée. Cela dépend bien avant tout d’un positionnement interne particulier et non de la manière de se faire appeler certes. Néanmoins, je souhaite mettre l’accent sur le fait que nous accueillons en premier lieu des sujets, dont le corps s’exprime bruyamment au moment de notre rencontre. Ces sujets ont également la particularité d’être en soin pour un cancer, et c’est bien la spécificité du champ transféro-contre-transférentiel déployé par les patientes rencontrées à l’hôpital, par la présence du corps et de son expression malade, qui engendre de fait un type de relation particulier entre patient et soignant, qui m’intéresse dans cette recherche. C’est d’ailleurs cela qui définit l’approche psychosomatique psychanalytique (Smadja, 2008²⁸ ; Dumet, 2010²⁹). S. Ferenczi (1933)³⁰, lui-même malade et en fin de vie, écrivait déjà à son époque à ce propos l’importance de considérer le sujet, malade qui plus est, plutôt que d’envisager le traitement des symptômes du malade :

« Pour la médecine, divisée en tant de spécialités, la psychanalyse est une bénédiction, car elle recommande, dans toute forme de maladie, de traiter le malade aussi bien que la maladie. Cela fut toujours reconnu comme un principe, mais, pourtant, rarement réalisé dans la pratique par manque de connaissances psychologiques. [...] Il est certainement temps de prendre au sérieux l’expression “traitement individuel du patient” ».

(Ferenczi, 1933, p. 121).

Le terme de psychologue clinicien-psychosomaticien travaillant en oncologie permet bien quant à lui d’insister sur le travail permanent du psychologue de double-écoute psychique et corporelle, de son patient mais aussi de lui-même lorsqu’il est en relation avec son patient atteint de cancer. C’est d’ailleurs ce sur quoi M-F. Bacqué (2010)³¹ attire l’attention lorsqu’elle évoque que les psychistes (psychologues, psychiatres, psychanalystes) travaillant dans le domaine de la santé doivent prendre en considération leur propre rapport avec la spécialité du service dans lequel ils exercent :

²⁸ Smadja, C. (2008). *Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique*. Paris, France : PUF.

²⁹ Dumet, N. (2010). Le psychologue, le malade et la guérison du corps. Dans N. Dumet et H. Rousset (dir.), *Soigner ou guérir* (p. 53-76). Toulouse, France : Erès.

³⁰ Ferenczi, S. (1933). Influence de Freud sur la médecine. Dans *Œuvres complètes IV* (p. 113-124). Paris, France : Payot, 1982.

³¹ Bacqué, M-F. (2010). Complexité des psychothérapies et de la recherche clinique dans les services d’oncologie. *Psycho-oncologie*, 4, 143-147.

« (...) tout thérapeute, dans le champ médical, sera attentif à ses propres représentations et aux spécificités de la pathologie. Ces dernières diffèrent selon qu'il travaille en oncologie, en cardiologie, en diabétologie ou en psychiatrie ».
(Bacqué, 2010, p. 143).

I.4.1.2 LES GROUPE THERAPEUTIQUES A MEDIATION

Ce Dispositif de soin s'adresse à des groupes de femmes, et il est proposé en co-animation par un duo/couple composé d'une socio-esthéticienne et d'une psychologue clinicienne. Le champ d'étude du groupe est alors également sollicité tant pour l'étude du groupe dans ce que cette entité a de spécifique, pour les interactions entre les sujets du groupe, que pour ce que le groupe apporte à la connaissance du fonctionnement intrapsychique du sujet singulier. C'est ce que décrit R. Kaës (1999)³² lorsqu'il parle des trois niveaux d'étude du groupe : groupal, intersubjectif et intrasubjectif.

En plus du groupe, l'autre grand domaine de recherches dans lequel s'inscrit cette étude est celui des dispositifs cliniques à médiation, c'est-à-dire des dispositifs de soins psychiques, souvent groupaux, pensés, créés, mis en place, animés ou co-animés, pour des patients pour qui le travail d'entretien proposé classiquement en psychothérapie individuelle par la parole uniquement ne paraît pas opportun, ne prend pas sens, ou demeure ardu ou insuffisant pour ces patients pour exprimer leur souffrance spécifique dans les institutions dans lesquelles ils sont accueillis.

I.4.2 UN CHAMP DE RECHERCHE AU CARREFOUR DE PLUSIEURS DISCIPLINES

Cette recherche vient s'inscrire au carrefour de plusieurs disciplines.

Tout d'abord celle-ci concerne le champ de la médecine, et plus précisément le champ de la gynécologie oncologique.

De plus, cette étude questionne l'alliance de deux disciplines reconnues et regroupées dans les « soins de support » en oncologie : la socio-esthétique et la psychologie clinique. Ces deux disciplines font en effet partie des soins dits complémentaires en oncologie auxquels les patients peuvent avoir accès sur demande. Cependant, notons quelques différences, de place notamment, entre le psychologue hospitalier et les autres professionnels intervenant dans le cadre des soins de support dans l'hôpital dans lequel j'exerce. Le psychologue a une place

³² Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF.

reconnue auprès des patients au sein des équipes soignantes hospitalières. Celui-ci est employé par l'hôpital afin de mettre en œuvre ses compétences pour apporter un soin psychique au patient qui dépasse le soin de confort. Le professionnel intervenant dans le cadre des soins de support, socio-esthéticienne, socio-coiffeuse, art-thérapeute ou professeur de yoga est employé par la Ligue contre le cancer, qui met secondairement à disposition des patients atteints de cancer les services de ces professionnels dans les hôpitaux.

Puis au sein de la psychologie clinique, je me suis plus particulièrement intéressée à l'approche psychodynamique qu'elle peut proposer des manifestations somatiques et de la maladie grave.

Enfin, la recherche prend place dans le champ d'étude des médiations thérapeutiques pratiquées en groupes.

1.4.2.1 LA MEDECINE, SPECIALITE : GYNECOLOGIE ONCOLOGIQUE

Étymologiquement, "Gynécologie" est un mot formé par "gyné" et "logos". La définition proposée de la gynécologie dans le dictionnaire médical de l'Académie de médecine est la suivante : « Étude physiologique et pathologique de l'appareil génital féminin »³³. Dans le Larousse médical, le terme "Gynécologie" est accolé à "Obstétrique" et est défini ainsi : « Spécialité médicale consacrée à l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital, du point de vue tant physiologique que pathologique »³⁴. Cependant il introduit ensuite des spécialités dont celle de la chirurgie gynécologique qui nous concerne dans cette recherche puisque notre terrain est un service de chirurgie gynécologique : « La chirurgie gynécologique, qui gère, entre autres, les tumeurs bénignes (kyste, fibrome) ou malignes, des tumeurs génitales (ovariennes, seins, utérus) et qui a grandement bénéficié des techniques chirurgicales non invasives (comme la coelioscopie) ou la chirurgie par les voies naturelles. Cette approche permet également la prise en charge des troubles urinaires ou de la statique pelvienne (prolapsus) »³⁵.

"L'oncologie ou cancérologie ou carcinologie", est définie par le dictionnaire médical de l'Académie de médecine comme suit : « Spécialité médicale consacrée à l'étude des cancers,

³³ Définition récupérée le 06/02/19 sur le site : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=gynécologie>

³⁴ Définition récupérée le 06/02/19 sur le site : <https://www.larousse.fr/encyclopedia/medical/gynécologie-obstétrique/13438>

³⁵ Définition récupérée le 06/02/19 sur le site : <https://www.larousse.fr/encyclopedia/medical/gynécologie-obstétrique/13438>

dans leurs particularités biologiques, épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques »³⁶.

Dans cette étude, il s'agit de la gynécologie oncologique, soit l'étude et le traitement des cancers de la femme et de son appareil génital qui comprend, pour la population de recherche, le cancer du sein, le cancer de l'ovaire et le cancer du col de l'utérus.

1.4.2.2 LA SOCIO-ESTHETIQUE

Dans un article destiné à promouvoir la pratique de la socio-esthétique en oncologie, N. Keime (2012)³⁷, socio-esthéticienne, avait alors défini l'objectif de sa pratique comme suit :

« L'enjeu est alors de faire comprendre l'utilité d'une futilité qui n'est qu'apparente. » (Keime, 2012, p. 40).

Comme nous le verrons dans le chapitre IV, j'ai partagé cette préoccupation, notamment lors de la phase de lancement et de présentation de la recherche aux médecins et soignants au sein de l'hôpital, ou lors de communications. Cette phrase résume d'ailleurs l'objet de cette thèse.

Dans le domaine de l'oncologie, la socio-esthétique est une discipline qui fait partie de ce que l'on nomme les soins de support, tout comme l'accompagnement psychologique d'ailleurs, comme déjà constaté auparavant. Les soins de support visent à proposer ainsi une prise en soin hospitalière holistique pour les patients (et plus uniquement médicale). Ceux-ci sont désormais immédiatement présentés aux patientes, par exemple dans un petit livret d'information sur les traitements du cancer du sein³⁸, pour qu'elles puissent y avoir accès et en bénéficier le plus rapidement possible dans leur parcours de soin. Dans cette recherche, j'envisage le travail en synergie de ces deux disciplines des soins de support que sont la socio-esthétique et la psychologie. Ce thème vient donc bien rencontrer l'actualité puisque l'élaboration et la mise en place des soins de support répondent à l'exigence formulée depuis le premier Plan Cancer 2003-2007 par la mesure 42, puis reprise dans le deuxième Plan Cancer 2009-2013 par l'action 19.1, et encore une fois affirmée dans le dernier Plan Cancer 2014-2019 par l'objectif 7 : « Assurer des prises en charges globales et personnalisées »³⁹.

³⁶ <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=oncologie>

³⁷ Keime, N. (2012). La socio-esthétique, une aide en cancérologie. *La revue de l'infirmière*, (183), 39-40.

³⁸ *Les traitements des cancers du sein*, (2013), collection Guides patients Cancer Info, INCa, p. 22-23.

³⁹ Ce sont plus particulièrement les actions suivantes de l'objectif 7 qui concernent les soins de support :

- Action 7.6 : Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.
- Action 7.7 : Améliorer l'accès à des soins de support de qualité.

De plus, dans le discours populaire, ainsi que dans les études récentes qui évaluent la qualité de vie des patients⁴⁰, l'impact psychologique du cancer et de ses traitements entraînant par exemple dépression et baisse de l'estime de soi a été démontré, tout autant que des effets secondaires physiques, persistant encore jusqu'à cinq ans après le diagnostic. Pour répondre à cette problématique, La Ligue contre le cancer, par exemple, soutient la création et finance des postes de socio-esthéticiennes dans les hôpitaux. Dans un petit fascicule destiné aux patients et intitulé : « les soins de support. Pour mieux vivre les effets du cancer »⁴¹, la Ligue contre le cancer souligne l'aspect positif des techniques corporelles comme soutien important des personnes en soins et décrit le rôle des esthéticiennes comme suit :

« Les esthéticiennes peuvent aider à rétablir une meilleure image de soi grâce à des soins qui sont plus que des soins esthétiques. Ces soins vont, en effet, permettre au malade de retrouver l'estime de lui-même, ce qui va l'aider à se reconstruire. »
(La Ligue contre le cancer, 2009, p. 51).

Le CODES, première école historique en France à délivrer le certificat de socio-esthéticienne définit la discipline comme suit :

« La socio-esthétique est la pratique professionnelle de soins esthétiques auprès de population souffrantes et fragilisées par une atteinte à leur intégrité physique (maladie, accident, vieillesse, ...) psychique ou en détresse sociale (chômage, détention, ...) »⁴².
(CODES, 2018).

L'AFSOS (Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support) apporte quelques précisions supplémentaires concernant l'action des soins socio-esthétiques :

« Ces soins favorisent le processus de guérison par la communication, le mieux-être, le confort du patient dans le cadre d'une meilleure qualité d'hospitalisation. La socio-esthétique répond à un besoin de restauration de l'image de soi pour les personnes ayant subi des traitements pouvant porter atteinte à leur intégrité corporelle »⁴³.
(AFSOS, 2018)

Ces précisions sont communiquées au grand public et plus spécifiquement aux patients souffrant de cancer par l'intermédiaire des sites internet, des livres et revues de vulgarisation ou spécialisées. Ces différents supports d'information décrivent les objectifs de cette discipline corporelle sur le vécu et les représentations des patients atteints de cancer concernant les

⁴⁰ Les études « VICAN II et V » initiées par l'INCa ou l'étude « CANTO » promue par Unicancer par exemple.

⁴¹ La Ligue contre le cancer. (2009). *Les soins de support. Pour mieux vivre les effets du cancer*.

⁴² Définition de la discipline « socio-esthétique » telle que proposée sur le site internet du CODES et récupérée le 01/09/18 : <http://www.socio-esthetique.fr/index.php?q=la-socio-esthetique/>

⁴³ Contexte et définition proposés sur le site internet de l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques et de Support et récupérée le 01/09/18 sur le site : <http://afsos.org/-Les-differentes-composantes-html>

impacts de la maladie et des soins sur leur corps. Il a paru alors très intéressant de proposer un travail de collaboration entre la socio-esthétique et la psychologie clinique en cancérologie.

N. Bendrihen (2008)⁴⁴ décrit la mission du psychologue clinicien en oncologie comme suit :

« Le psychologue en oncologie tâche de maintenir vive une dimension de parole et de vie psychique mise à mal par la violence de la maladie, la lourdeur des traitements, la proximité fréquente de la mort. (...) il n'est pas sans savoir les limites de cette parole, parfois pour les avoir rencontrées dans son propre trajet : l'indicible autour duquel les discours tournent, butée réelle de toute symbolisation. (...). Le travail de parole est une des voies pour ce faire, jusqu'à la limite du réel du corps, comme de ce qui reste hors de portée des mots et de toute symbolisation. »

(Bendrihen, 2008, p. 132).

Et si l'approche psychocorporelle proposée à partir de l'outil socio-esthétique pouvait permettre aux patients en proie au réel du corps (Bendrihen, 2008) de relancer leurs processus de symbolisation en donnant corps à leur parole justement ? Ce sera précisément l'option défendue dans cette thèse.

I.4.3 L'OBJET DE RECHERCHE

L'objet de cette recherche s'avère double :

- Définir le rôle/la fonction thérapeutique de ce **Dispositif** particulier dans le soin psychique des femmes souffrant ou ayant souffert d'un cancer féminin.
- Modéliser le Dispositif d'accompagnement psychologique par la socio-esthétique, en mettant au travail des ajustements/variations de son cadre : **le fil cosmétologique**, ainsi qu'en proposer une grille d'observation pour faciliter le repérage des processus psychiques dans le but de les analyser : **le cosmétogramme**.

Il s'agit donc de proposer in fine un modèle qui soit le plus ajusté possible aux besoins psychothérapiques de ces femmes, à partir de l'évaluation clinique de ses effets psychiques thérapeutiques. La notion d'ajustement est à entendre selon la définition proposée par D.N. Stern (1985)⁴⁵ à propos de la mère vis-à-vis de son bébé : il s'agit de la manière dont la mère tente de rendre juste la réaction affective du bébé, c'est-à-dire la plus adaptée à la situation, telle qu'elle l'imagine : ici, c'est la manière dont les animatrices tentent de rendre justes, tels qu'elles les imaginent, les effets produits par les aménagements du Dispositif en fonction des réactions psychoaffectives des femmes participantes.

⁴⁴ Bendrihen, N. (2008). En cancérologie : l'épreuve du réel. Dans C. Doucet (dir.), *Le psychologue en service de médecine. Les mots du corps* (p. 117-133). Paris, France : Elsevier-Masson.

⁴⁵ Stern, D.N. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris, France : PUF.

C'est ainsi que je reprendrai les grandes étapes de pensée, de construction, puis de remaniements du cadre du Dispositif, les données qui ont été choisies à faire varier, puis les outils retenus ou créés de recueil des données dans le chapitre méthodologique suivant. Après avoir repéré les effets des différents dispositifs dans les chapitres cliniques, je proposerai de questionner les processus psychiques mis au travail par le Dispositif et d'en évaluer leurs effets psychiques thérapeutiques dans le cinquième chapitre.

Mais tout d'abord, je propose de passer en revue les grands axes théoriques que j'identifie comme étant ceux dans lesquels s'inscrit la recherche.

I.5 ÉTAT DE LA QUESTION : LE CANCER ENTRE MEDECINE ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE

I.5.1 LE CANCER ET LES SOINS EN ONCOLOGIE

Depuis 2003, date de lancement par le gouvernement français du premier Plan cancer, la lutte contre le cancer et l'amélioration de la prise en charge des malades sont devenues des actions prioritaires de santé publique. En effet, le cancer représente au vingt-et-unième siècle la première cause de mortalité chez l'homme, et la seconde cause chez la femme, après les maladies cardio-vasculaires. Il s'agissait donc d'en faire un enjeu majeur de santé publique. L'objectif principal du Plan cancer 2003-2007 a été de développer une première stratégie globale de lutte contre le cancer ; le deuxième Plan cancer 2009-2013 avait pour but d'introduire la notion de prise en charge personnalisée. Enfin le troisième Plan cancer vise l'accélération des innovations de soin au service des malades, et place au cœur des préoccupations l'égalité des soins pour tous. Cette recherche ayant démarré en 2013, son Dispositif innovant venait alors s'inscrire dans le mouvement de développement des soins de support pour favoriser des soins dans une approche plus subjective.

I.5.1.1 LES TEMPS FORTS DE L'EXPERIENCE CANCEREUSE POUR LE SUJET : DE L'ANNONCE A L'APRES-CANCER

Je vais m'appuyer sur mon expérience de travail en cancérologie gynécologique et d'accompagnement psychologique de patientes en soins pour un cancer féminin. Au début de ma pratique il y a une dizaine d'années en service de chirurgie gynécologique, l'organisation des soins de l'époque faisait que j'étais amenée à rencontrer les patientes à différents moments de leur prise en charge médicale, idéalement, quand cela s'avérait être le bon moment pour

elles : après l'annonce, au début des soins hospitaliers, en cours de chimiothérapie ou radiothérapie, ou après la fin des soins hospitaliers. En effet, l'organisation hospitalière était telle que le service de chirurgie, qui demeure encore aujourd'hui fréquemment le service d'entrée des patientes dans l'univers hospitalier, était un service « ressource » : les patientes y étaient hospitalisées pour la/les chirurgies d'ablation de tumeurs et de reconstruction bien sûr, mais aussi pour leurs cures de chimiothérapie, et chaque fois que leur état le nécessitait. Depuis quelques années maintenant, la prise en charge hospitalière a évolué et propose aux patientes de séjourner dans différents services, qui sont la chirurgie, le service ambulatoire d'oncologie pour les cures de chimiothérapie, le service d'oncologie médicale si leur état général exige un temps d'hospitalisation, le service de radiothérapie ... Dorénavant, chaque service compte dans son équipe un psychologue, ce qui enrichit considérablement les possibilités de faire appel à chaque étape du parcours de soin du malade. Cependant, l'aspect négatif réside dans le fait que les liens peuvent tout aussi bien se diluer rapidement lorsque la relation transférentielle n'a pas encore pu s'installer ou être vécue comme sécurisante, les femmes n'osant plus ou ne se sentant plus légitimes de revenir consulter le psychologue dans un service qu'elles auraient désormais quitté. Il est évident que cela parle du mode d'investissement relationnel propre à chaque patiente, et à sa liberté de s'engager dans un travail d'accompagnement psychologique, mais il me semble tout de même que la multiplication de services hyperspécialisés, et donc d'interlocuteurs pas toujours très en lien entre eux, peut générer des vécus de morcellement et de dissolution relationnelle. En pratique, je suis désormais amenée à rencontrer les patientes après la consultation avec le chirurgien ou au moment de leur passage en service de chirurgie, ce qui représente pour la majorité des femmes la première étape des soins hospitaliers.

Lors de notre première rencontre, les patientes font souvent le récit du parcours diagnostic et de la manière dont « on » (médecin généraliste, radiologue à l'occasion d'une mammographie, chirurgien, gynécologue pour nos patientes) leur a appris qu'elles souffraient d'un cancer. Peu importe les doutes qu'elles pouvaient avoir avant, ce que leur intuition pouvait leur dire, l'angoisse avec laquelle elles attendaient leurs résultats d'examen, le moment de l'annonce reste toujours traumatique. Tout se passe comme si rien ne pouvait préparer le sujet, l'aider à supporter d'apprendre son état malade et par conséquent sa finitude potentielle.

M. Ruszniewski et C. Bouleuc (2012)⁴⁶ parle de l'annonce comme d'un moment qui provoque un coup d'arrêt, un vécu de rupture dans la continuité de la vie du sujet :

⁴⁶ Ruszniewski, M. et Bouleuc, C. (2012). L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec*, 2(60), 24-37.

« Il y a un « avant l'annonce » et un « après ». Le cours de la vie en est transformé. Il n'y a pas de retour en arrière possible. Le sujet est paralysé par l'effroi, par l'horreur qui lui tombe dessus, qui l'écrase ».
(Ruszniewski et Bouleuc, 2012, p. 27).

Puis les patientes s'engagent ensuite dans ce que l'on nomme le parcours de soins hospitaliers : une chirurgie, bien souvent, avec une analyse des pièces anatomiques prélevées. Le temps d'attente, incompressible, des résultats provenant du laboratoire d'anatomopathologie est souvent très mal supporté. Les premiers interlocuteurs médecins ont déjà généralement communiqué quelques indices repérés lors des examens complémentaires ou lors de la chirurgie, mais rien ne peut être déterminé encore pour la suite à donner aux traitements. Cette analyse très fine va pouvoir donner des informations plus précises sur le type de cancer, l'extension de la maladie (son stade), son degré d'agressivité (son grade), sa sensibilité à certains traitements. Lorsque le chirurgien reçoit les résultats, une réunion médicale nommée réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupant des chirurgiens-gynécologues, des oncologues et des radiothérapeutes peut être organisée afin que les traitements les plus adaptés à la pathologie dont souffre les femmes puissent être décidés de manière collégiale, et également en tenant compte de quelques caractéristiques personnelles comme l'état général, le fait d'être ménopausée, ou des contre-indications éventuelles à certain traitements. Cette proposition de plan de soin personnalisé est ensuite soumise aux patientes. J'en donnerai quelques représentations dans la partie suivante. Cette phase des soins dits hospitaliers s'avère très sollicitante, autant physiquement que psychologiquement, mais relativement moins angoissante que l'attente qui laisse les patientes aux prises avec leurs représentations et leur imaginaire. Le processus de soin engagé, les patientes suivent leur programme, au gré des rendez-vous pour recevoir les traitements, et des convocations aux examens de contrôle.

Enfin ce moment tant attendu des dernières séances de radiothérapie ou de chimiothérapie arrive. Les médecins donnent rendez-vous aux patientes pour la prochaine consultation six mois plus tard. Les proches leur demandent moins de nouvelles. Les témoignages des femmes participant à ce dispositif de recherche et qui avaient terminé les soins hospitaliers est sans appel : il est très difficile de retrouver alors à ce moment-là une vie quotidienne tant le sentiment de solitude est fort et l'angoisse importante consécutivement à un vécu de lâchage de la part des soignants. A. Lehmann (2014)⁴⁷ évoque d'ailleurs le fait que la fin des traitements provoque un effondrement psychique, quoique nécessaire, à la reconstruction de soi post-cancer, qui nécessite un accompagnement psychologique.

⁴⁷ Lehmann, A. (dir.). (2014). *L'atteinte du corps. Une psychanalyste en cancérologie*. Toulouse, France : Erès.

L'interrogation s'avère souvent être la même : comment re/trouver une vie quotidienne classique, « normale », après cette expérience du cancer si transformatrice vis-à-vis de soi, des autres et de la temporalité de la vie ?

*1.5.1.2 LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DU CANCER GYNECOLOGIQUE*⁴⁸

Dans cette étude, j'ai rencontré majoritairement des femmes en soins pour un cancer du sein, mais aussi d'autres femmes en soins pour un cancer de l'ovaire ou du col de l'utérus⁴⁹. Je vais tenter de donner une représentation précise des propositions de traitements qui sont faites aux patientes, bien qu'il soit évident que chaque parcours de soin reste personnalisé et adapté à la pathologie. A noter que l'ensemble des patientes, quelle que soit leur pathologie cancéreuse, ont accès à l'espace de soins de support de l'hôpital, financé par la Ligue contre le cancer, qui propose des prestations gratuites de socio-esthétique, de socio-coiffure, d'art-thérapie et de réflexologie plantaire en individuel, d'acupuncture, de gymnastique douce et de yoga en individuel ou en petits groupes.

1.5.1.2.1 Pour un cancer du sein

Le traitement d'un cancer du sein repose principalement sur la chirurgie qui peut être complétée, selon les cas, par une chimiothérapie et/ou une radiothérapie et/ou une hormonothérapie.

La chirurgie consiste le plus souvent à retirer uniquement la tumeur en conservant le sein. Elle peut parfois être plus large et nécessiter une mastectomie (ablation totale du sein). Dans certains cas, les ganglions de l'aisselle sont également prélevés. Le choix entre une chirurgie conservatrice et une mastectomie est fait en concertation avec la patiente selon les caractéristiques de sa pathologie. Si la totalité du sein est enlevée, différentes techniques de reconstruction mammaire sont proposées. Certaines peuvent être réalisées immédiatement au moment de la mastectomie, d'autres à distance des soins radiothérapiques.

⁴⁸ Cette partie a été rédigée d'après les parcours de soin de nos patientes, mais aussi grâce au support explicatif fourni par les trois guides suivants : « Guide patient – Affection de longue durée. La prise en charge d'un cancer du sein », « Guide patient – Affection de longue durée. La prise en charge d'un cancer de l'ovaire », « Guide patient – Affection de longue durée. La prise en charge d'un cancer invasif du col utérin ». Ces guides sont disponibles sur le site de la Haute Autorité de Santé : <https://www.has-sante.fr>, et ont été rédigés en partenariat avec l'INCa.

⁴⁹ Dans le chapitre III, je définirai précisément le nombre de femmes concerné par chaque type de cancer gynécologique, et je mettrai aussi en évidence d'autres éléments qui caractérisent spécifiquement la population de recherche.

La chimiothérapie utilise des médicaments anticancéreux injectables qui agissent dans l'ensemble du corps sur toutes les cellules cancéreuses, y compris celles qui ne sont pas repérables par les examens d'imagerie par exemple. La chimiothérapie est le plus souvent utilisée après la chirurgie afin de réduire le risque de rechute de la maladie (chimiothérapie adjuvante). Elle peut aussi être réalisée avant la chirurgie en vue de réduire la taille de la tumeur et faciliter ainsi l'intervention chirurgicale (chimiothérapie néo-adjuvante).

La radiothérapie utilise des rayons pour détruire localement les éventuelles cellules cancéreuses résiduelles.

Enfin, l'hormonothérapie est proposée pour les cancers du sein ayant des récepteurs hormonaux dits hormonosensibles. Elle utilise des médicaments qui empêchent l'action stimulante des hormones féminines sur la croissance des cellules cancéreuses.

1.5.1.2.2 Pour un cancer de l'ovaire

Le traitement d'un cancer de l'ovaire repose principalement sur la chirurgie. L'intervention consiste à enlever les deux ovaires, les trompes utérines et l'utérus, une partie du péritoine, l'appendice et les ganglions pelviens. Ils sont ensuite analysés pour déterminer l'étendue du cancer. Une chirurgie conservatrice de l'ovaire sain et de l'utérus peut éventuellement être envisagée si le cancer est diagnostiqué très tôt et que la femme désire avoir des enfants.

La chirurgie peut être complétée par une chimiothérapie adjuvante ou néo-adjuvante.

1.5.1.2.3 Pour un cancer du col de l'utérus

Trois types de thérapies peuvent être utilisées, seules ou en association dans le traitement d'un cancer du col utérin :

La chirurgie consiste à enlever la tumeur et les tissus ou organes voisins. Son étendue dépend de l'extension du cancer : ablation d'un fragment du col de l'utérus (conisation), de l'utérus (hystérectomie), des ovaires (ovariectomie), des ganglions lymphatiques (curage ganglionnaire) ... Chez une femme désirant garder la possibilité d'avoir des enfants, une chirurgie conservatrice consistant à n'enlever que le col de l'utérus peut être envisagée.

La radiothérapie peut être externe ou interne. Il s'agit alors d'une curiethérapie (traitement local du cancer qui a pour but de détruire les cellules cancéreuses au moyen de rayons produits par des substances radioactives. Celles-ci sont insérées dans un applicateur spécial introduit dans le col de l'utérus).

Et enfin la chimiothérapie qui est administrée par voie injectable.

Dans certains cas, la chimiothérapie et la radiothérapie peuvent être administrées de manière concomitante.

1.5.1.3 VIE PSYCHIQUE ET CANCER

1.5.1.3.1 Repères historiques en psychosomatique

Le cancer, en tant que « maladie somatique par excellence » (Reich, 2008⁵⁰, p. 253), intéresse les psychanalystes et plus encore les psychosomaticiens depuis de nombreuses années. Il semble alors pertinent de prendre connaissance des théories développées dans le champ de la clinique du somatique, pour introduire un éclairage des enjeux de survenue et des retentissements psychiques sur le sujet malade générés par le cancer et les soins nécessaires à le traiter.

Je vais d'abord rappeler rapidement l'évolution des recherches et des découvertes de l'École de Psychosomatique de Paris (IPSO) à partir des travaux initiaux de P. Marty, M. de M'Uzan et C. David (1963a)⁵¹ notamment, ainsi que de quelques successeurs et autres penseurs autour des troubles psychosomatiques.

Le courant psychosomatique en France se développe à partir de la pensée de F. Alexander de l'école de Chicago dans les années post-seconde guerre mondiale qui postule qu'une maladie (psycho)somatique se déclenche chez un individu si nous pouvons repérer l'intervention simultanée chez lui de trois facteurs qui sont la vulnérabilité constitutionnelle de l'organe, des conflits spécifiques, et une situation de vie réactivant ces conflits.

P. Marty (1963b, 1980, 1991, 1994)⁵² développe au départ l'idée qu'il existerait une structure de personnalité psychosomatique. Cette structure psychosomatique est une troisième forme de structure de la personnalité, supplémentaire par rapport aux deux structures de personnalité déjà décrites à l'époque que sont la structure névrotique et la structure psychotique. Le sujet aurait alors comme solution de décompensation de sa personnalité à sa disposition préférentiellement la somatisation. P. Marty parle des patients somatisants comme souffrant de névroses de caractère mal mentalisées. D'après ce point de vue, la somatisation s'avère être

⁵⁰ Reich, M. (2008). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. Travail présenté lors des 27es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Lille 24-27 septembre 2008. *L'information psychiatrique*, 3(85), 247-254.

⁵¹ Marty, P., De M'Uzan, M. et David, C. (1963a). *L'investigation psychosomatique*. Paris, France : PUF, 2015.

⁵² Marty, P. et De M'Uzan, M. (1963b). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, (27), 345-356.

Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Paris, France : Payot.

Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris, France : Les empêcheurs de penser en rond.

Marty, P. (1994). *La mentalisation*. Paris, France : Les empêcheurs de penser en rond.

« une défaite du psychisme » (P. Marty, 1991⁵³) chez le sujet qui, ne pouvant traiter ses conflits psychiques par la voie mentale, n'a d'autres recours que de décharger/gérer les tensions et excitations en excès par la voie somatique. Il met plutôt l'accent dans ses travaux sur la dimension économique, la somatisation apparaissant comme résultat de la décharge dans/par le corps d'un trop-plein d'excitations psychiques non symbolisables. Il s'agit du processus de démentalisation. P. Marty pointe les carences représentatives et oniriques chez le sujet somatisant, et les déficits psychiques du préconscient notamment. Il élabore par la suite ce qu'il nomme « l'ordre psychosomatique » (Marty, 1980⁵⁴) et qui est la description d'une organisation hiérarchisée du fonctionnement humain allant du plus élémentaire (corporel, comportemental) au plus complexe (fonctions mentales). Il développe le concept de pensée opératoire (1963), pensée concrète, rationnelle et logique, désaffectivée, fantasmatiquement pauvre et basée sur le récit d'éléments factuels, que l'on retrouverait de manière caractéristique dans les entretiens avec des patients somatisants. Il décrit aussi une forme de dépression négativant la pulsion de mort, blanche et sans objet, annoncée par des angoisses diffuses non conscientes dont le sujet ne peut rien dire, et qu'il nomme la dépression essentielle (Marty, 1995⁵⁵). M. Fain (1971a, 1971b, 1974)⁵⁶ travaille quant à lui sur la notion de traumatisme dans la relation du tout jeune enfant à son environnement qui empêche l'avènement de la structure œdipienne et génère un état de déliaison pulsionnelle qui rompt l'équilibre psychosomatique, et qui est à l'origine des somatisations comme destin singulier de la pulsion.

Par la suite, C. Smadja et G. Szwec (1992)⁵⁷ affirment la mise en évidence d'un lien de cause à effet entre états traumatiques et affections somatiques :

« Les états traumatiques sont souvent suivis, dans leur évolution, d'affections somatiques ».

(Smadja et Szwec, 1992, p. 3)

En écart avec les théories qui postulent des carences dans les processus de mentalisation des sujets somatisants, et considérant ainsi qu'il s'agirait de sujets ayant un fonctionnement mental et une structure de personnalité particulière, les travaux d'autres chercheurs mettent en avant l'aspect éminemment intersubjectif dans l'apparition des troubles somatiques.

⁵³ Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris, France : Les empêcheurs de penser en rond.

⁵⁴ Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Paris, France : Payot.

⁵⁵ Marty, P. (1995). La dépression essentielle. *Revue française de psychosomatique*, 2(8), 209-214.

⁵⁶ Fain, M. (1971a). Prélude à la vie fantasmatique. *Revue française de psychanalyse*, 2-3(35), 291-364.

Fain, M. et Braunschweig D. (1971b). *Éros et Antéros*. Paris, France : Payot.

Kreisler, L., Fain, M., Soulé, M. et Lebovici S. (1974). *L'enfant et son corps : études sur la clinique psychosomatique du jeune âge*. Paris, France : PUF.

⁵⁷ Smadja, C. et Szwec, G. (1992). Argument. *Revue française de psychosomatique*, 1(2), 3-4.

M. Sami-Ali (1980)⁵⁸ avance l'idée que l'extérieur, l'environnement prend la forme d'un surmoi corporel qui impose au sujet de se conformer aux attentes familiales inconscientes. Le sujet n'a d'autre choix que l'adaptation au réel, l'éviction de l'imaginaire, ce que M. Sami-Ali nomme le banal. Ce dernier développe aussi le concept d'« impasse relationnelle » (Sami-Ali, 2000⁵⁹) qui se définit par l'existence d'un conflit impensable, sans issue, organisé autour de la contradiction suivante : « s'il dit oui, c'est mauvais pour lui ; s'il dit non, c'est mauvais aussi, et il n'y a pas de troisième terme » (Sami-Ali, 2013⁶⁰, p. 6). Pour faire face à cet impossible, le sujet psychotique a la solution du délire, le sujet somatisant, lui, ne trouve pas de solution psychique, il tombe alors malade somatiquement. Cet auteur développe aussi l'idée que selon la prépondérance ou l'absence de l'imaginaire et de la projection, un sujet peut traverser des phases d'alternance entre troubles de conversion et troubles somatiques (Sami-Ali, 1987⁶¹). Des travaux contemporains ont alors vu le jour et les chercheurs se sont concentrés sur la dimension expressive de la somatisation pour le sujet en plaçant le corps et les manifestations corporelles au centre de l'observation, au même titre que les symptômes psychiques et les agirs comportementaux.

M. Sapir (1986)⁶² avait évoqué en premier l'idée selon laquelle : « Nous sommes tous des psychosomatiques ». Par la suite, G. Harrus-Revidi (1997)⁶³ a poursuivi cette réflexion et a développé le fait que ce ne sont pas les maladies qui peuvent être qualifiées de psychosomatiques mais les individus. Ceci engendre donc que le recours à la somatisation pour le sujet s'avère être une solution d'expression de conflits psychiques, voire de traitement de ceux-ci par l'exigence de travail de réorganisation psychique qu'elle impose au sujet. R. Debray (2002)⁶⁴ poursuit dans cette perspective en disant :

« L'expression somatique (...) peut être souvent comprise comme une richesse plutôt que comme une fragilité. (...). C'est ainsi qu'une somatisation, brutalement apparue, peut aussi constituer dans un deuxième temps un palier de réorganisation et contribuer alors au maintien de la vie. »

(Debray, 2002, p. 30)

⁵⁸ Sami-Ali, M. (1980). *Le Banal*. Paris, France : Gallimard.

⁵⁹ Sami-Ali, M. (2000). *L'impasse relationnelle. Temporalité et cancer*. Paris, France : Dunod.

⁶⁰ Sami-Ali, M. (2013). Introduction. Dans M. Sami-Ali (dir.), *Cancer et psychosomatique relationnelle* (p. 5-12). Paris, France : EDK.

⁶¹ Sami-Ali, M. (1987). *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*. Paris, France : Dunod.

⁶² Sapir, M. (1986). *Nous sommes tous des psychosomatiques*. Paris, France : Dunod-Bordas.

⁶³ Harrus-Revidi, G. (1997). *L'hystérie*. Paris, France : PUF.

⁶⁴ Debray, R. (2002). Psychopathologie et somatisation. Dans R. Debray, C. Dejours et P. Fédida, *Psychopathologie de l'expérience du corps* (p. 3-62). Paris, France : Dunod.

Déjà avant elle, J. McDougall (1992)⁶⁵ estimait que « la somatisation comme réponse à la douleur mentale » (McDougall, 1992, p. 69) peut être considérée comme une réponse psychique banale chez un sujet. Elle évoque aussi l'idée que les patients atteints de pathologies somatiques présentent davantage de traits de fonctionnement psychique communs avec les patients souffrant de carences narcissiques-identitaires plutôt qu'avec des patients névrosés. Dans son travail d'élaboration d'une troisième topique, C. Dejours (1989, 2001)⁶⁶ apporte entre autres un éclairage sur ce que représente la solution somatique à laquelle peut avoir recours un sujet, qui provoque des dommages corporels dus à une décompensation somatique, mais qui sert avant tout à limiter la déstructuration du moi. Celui-ci fait apparaître dans sa modélisation l'existence de deux types d'inconscient : l'inconscient dit originaire, sexuel, alimenté par le refoulement de représentations, se manifestant au sujet par des symptômes de retour du refoulé, et l'inconscient amental dont les manifestations prennent la forme de la violence, du passage à l'acte, certaines formes de perversion et des somatisations. Le contenu de cet inconscient amental se forme en-dehors de toute pensée, et contient des vécus sensoriels et corporels non psychisés et qui concernent notamment les zones du corps exclues du processus de subversion libidinale, processus conduisant à la formation du corps érotique, que je serai amenée à développer dans le chapitre V. Cette hypothèse de l'inconscient amental réaffirme le point de vue freudien de l'étayage de la construction de l'appareil psychique à partir du soma. Il développe aussi la notion de « somatisation symbolisante », c'est-à-dire de somatisation qui constituerait une opportunité d'amener et de traiter sur la scène psychique un pan de l'histoire traumatique jusqu'alors clivée dans l'inconscient amental et qui génèrera des effets de réorganisation psychique.

J. Chemouni (2000)⁶⁷ développe de son côté la notion de « situation psychosomatique » et met en lumière des enjeux relationnels infantiles articulés à/réactivés par des événements de vie ou des relations actuelles. R. Debray (2001)⁶⁸ parle quant à elle de « conjonction explosive » entre l'apparition simultanée chez le sujet d'un mouvement de désorganisation psychique, d'une potentialité somatique liée à une fragilité somatique quelconque, et d'une perte d'étayage dans la réalité externe au niveau des objets privilégiés investis par le sujet. Pour M-C Célérier (1997)⁶⁹, la somatisation d'un sujet parle d'une crise dans l'économie familiale qu'elle soit manifeste ou latente. Le sujet se sent coincé entre exprimer son désir

⁶⁵ McDougall, J. (1992). Corps et langage. Du langage du soma aux paroles de l'esprit. *Revue française de psychosomatique*, 1(2), 69-96.

⁶⁶ Dejours, C. (1989). *Les dissidences du corps*. Paris, France : Payot & Rivages, 2009.

Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord. Corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris, France : Payot, 2003.

⁶⁷ Chemouni, J. (2000). *Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte*. Paris, France : Nathan.

⁶⁸ Debray, R. (2001). *Épître à ceux qui somatisent*. Paris, France : PUF.

⁶⁹ Célérier, M-C. (1997). *Psychothérapie des troubles somatiques*. Paris, France : Dunod.

personnel et se conformer au désir de ses proches. Le corps devient alors la surface d'inscription d'un impossible à dire transpersonnel, la lésion somatique en est le signe.

Tous ces auteurs réaffirment les enjeux plurifactoriels qui augurent de la décompensation somatique chez un sujet. Ces enjeux concernent notamment l'histoire infantile du sujet, la manière dont il a appris à investir libidinalement son corps et dont il continue à le faire, ses relations actuelles avec son environnement et les événements de vie auxquels il doit faire face. Les travaux de N. Dumet (2002)⁷⁰ développent la notion d'événements désorganisateurs de l'équilibre psychosomatique. La potentialité traumatique et désorganisatrice d'un événement ne peut être définie qu'en après-coup et en regard de l'histoire passée, infantile, subjective de chaque sujet. N. Dumet développe alors l'idée que la somatisation, certaines formes notamment, peut apparaître comme :

« (...) la rémanence d'expériences subjectives passées, vécues, engrammées mais non enregistrées psychiquement, autrement dit d'expériences en attente d'historicisation » (Dumet, 2014⁷¹, p. 72).

Si nous nous représentons l'expressivité d'un sujet sous la forme d'une échelle, les manifestations somatiques peuvent ainsi se situer à l'une des bornes, et les manifestations psychiques à l'autre. Le sujet pourrait alors avoir recours à toute la gamme de modalités d'expression de sa subjectivité qui se situe entre ces deux extrémités. L'expressivité somatique appelle à une forme primaire de symbolisation et non à la monstration simple d'un déficit des capacités de symbolisation chez un sujet. L'expression somatique du sujet constitue donc l'une des modalités d'expression de la vie psychique parmi les autres, que le sujet peut utiliser tout au long de sa vie, plus ou moins, selon la construction de sa personnalité, son mode d'organisation et d'être au monde et à lui-même, et selon ce que les situations qu'il va rencontrer au cours de sa vie vont réactualiser de sa vie infantile. D'après N. Dumet (2013)⁷², la somatisation ne peut pas être considérée uniquement comme indicatrice de carences dans les processus de mentalisation du sujet :

« La subjectivité et ses tourments s'expriment aussi à la faveur d'autres modalités, d'autres expressions, phénomènes, productions, langages même, s'étendant (certes) des plus psychiques et mentalisés aux moins d'entre eux, mais s'étendant encore aux formes comportementales, corporelles et même somatiques, sans que celles-ci soient pour autant systématiquement synonymes ou corrélats de déficits ou lacunes psychiques chez l'individu. »
(Dumet, 2013, p. 28).

⁷⁰ Dumet, N. (2002). *Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique*. Paris, France : Dunod.

⁷¹ Dumet, N. (2014). Somatisations et/ou symbolisations ?. Dans A. Brun et R. Roussillon (dir.), *Formes primaires de symbolisation* (p. 65-82). Paris, France : Dunod.

⁷² Dumet, N. (2013). Corps et contre-transfert. Le psychosoma du clinicien. Dans S. Kirsch et J. Van Wynsberghe (dir.), *Les théâtres de Joyce McDougall* (p. 169-193). Toulouse, France : Erès.

Ce propos s'inscrit alors bien dans ce courant de pensée. Comme nous le constaterons dans les chapitres III et IV, la clinique psycho-socio-esthétique s'avère extrêmement riche. La décompensation cancéreuse actuelle dont les femmes souffrent est le symptôme qui crée notre rencontre. Je vais ainsi explorer plus avant ci-après les spécificités du fonctionnement psychique que les chercheurs ont mis en évidence chez les patients souffrant de la pathologie du cancer, et mener ensuite une réflexion sur les procédés psychothérapeutiques qui pourraient être les plus opérants pour les accompagner dans ce moment particulier de leur vie.

1.5.1.3.2 Éléments psycho-oncologiques

En psycho-oncologie, il existe plusieurs axes d'étude et de recherche cliniques, souvent mêlés et articulés les uns aux autres, comme dans notre recherche. Je pense notamment côté patient à l'étude des prédispositions psychiques à la survenue d'un cancer et de ce que celui-ci peut représenter subjectivement dans le parcours de vie du sujet, à l'étude des effets du cancer et des soins sur l'organisation de la vie psychique. Côté soignant, je pense à l'étude de la manière d'envisager le travail d'accompagnement psychologique des patients, le positionnement thérapeutique, l'élaboration et la réflexion sur les dispositifs de soin ?

Pour ce qui concerne plus spécifiquement le cancer féminin, notamment le cancer du sein, une des premières études marquantes dans l'histoire de l'approche psychosomatique reste à ce jour celle menée par P. Marty et collaborateurs dans les années 1980 (Jasmin, Lê, Marty et Herzberg, 2007⁷³). Dans cette étude, les psychosomaticiens ont proposé de mettre en œuvre une méthodologie subjective, l'évaluation psychosomatique, comme une méthode de repérage des profils psychosomatiques de femmes présentant un risque (élevé ou faible) de développer un cancer du sein. Les auteurs de cette recherche ont mis en évidence dans leurs conclusions qu'il existe une corrélation entre des facteurs psychologiques et le risque de développer un cancer du sein. Ces facteurs psychologiques mis en évidence sont : une structure psychique de base névrotique peu organisée, un deuil récent non élaboré, le moi-idéal prédominant, et des traits de caractère hystérique. Dans la suite de ces travaux, J. Lanouzière (2007)⁷⁴ fait l'hypothèse d'une prédisposition dépressive chez la femme liée aux particularités que sa construction narcissique exige compte tenu de ses caractéristiques anatomiques et de l'investissement de celles-ci par son environnement.

⁷³ Jasmin, C., Lê, M.G., Marty, P. et Herzberg, R., Groupe de Psycho-oncologie (GPO). (2007). Facteurs psychologiques et risque du cancer du sein : résultats d'une étude cas-témoins. *Revue française de psychosomatique*, 1(31), 155-171.

⁷⁴ Lanouzière, J. (2007). Peines de cœur, peines de seins ? Notes sur les rapports entre le sein et la dépressivité féminine. *Revue française de psychosomatique*, 1(31), 41-58.

Il ne s'avère plus nécessaire de montrer désormais que l'annonce d'une pathologie cancéreuse vient bouleverser la manière dont le sujet avait construit son identité. Son corps peut devenir un objet, qui plus est inquiétant, qui subit des transformations à cause de la maladie ou des soins. Le sujet se confronte alors à de nouvelles images de lui (corporelle, mais aussi psychique) et il doit donc envisager des remaniements identitaires importants drainant des mouvements pulsionnels intimes forts dans le rapport à soi et dans le rapport aux autres. En effet d'après D. Deschamps (1997)⁷⁵ :

« Tomber cancéreux, c'est « tomber-mourir » dans un univers déchaîné, désaffecté. C'est éclater en mille morceaux cancérisés, métastasés dans un océan d'indifférence alors que le monde réel continue imperturbablement de tourner. »
(Deschamps, 1997, p. 6)

En cancérologie, nous avons affaire à ce que G. Raimbault (1982)⁷⁶ nomme une « clinique du réel », le réel, soit le roc biologique du soma. A. Lehmann (2014)⁷⁷ précise d'ailleurs que ce sont les traitements et les soins qui « dégoupillent » ce réel, à l'image d'une émergence explosive générée par le vécu des soins qui peuvent rendre malades, alors que le cancer n'avait jusque-là provoqué aucun symptôme d'inconfort. Blanche, une patiente de l'étude, en réponse aux interrogations inquiètes de Marion⁷⁸ quant à la chimiothérapie, avait d'ailleurs bien témoigné de cela : « Je me suis sentie bien avant et pendant toutes les séances, c'est après que je ressentais de la fatigue et des douleurs. Moi je ne me sentais pas malade, c'est les traitements qui nous rendent malade ! ». Ainsi le corps même malade à cause du cancer peut rester silencieux pour le sujet. Celui-ci vient à s'exprimer au sujet par les effets secondaires des traitements, ce qui peut parfois renforcer le sentiment d'irréalité de la maladie, non pas révélée par des symptômes cliniques mais uniquement par imagerie. Pour d'autres patientes, un signe palpable telle une boule, ou un symptôme fonctionnel comme des saignements, avaient alerté et provoqué une consultation médicale et des examens complémentaires.

Le sociologue R. Mendjeli (2009)⁷⁹ travaille sur le sens que peut prendre la traversée du cancer pour un sujet. Selon lui, la maladie pourrait constituer une opportunité pour le sujet d'un travail d'expression métaphysique et émotionnelle pour une part de soi, et de restauration narcissique. Il considère que le cancer relève d'un « souci de soi », et peut représenter l'expérience d'une forme moderne de « quête de la vérité de soi » (Mendjeli, 2009, p. 169).

⁷⁵ Deschamps, D. (1997). *Psychanalyse et cancer. Au fil des mots ...*. Paris, France : L'Harmattan.

⁷⁶ Raimbault, G. (1982). *Clinique du réel : la psychanalyse et les frontières du médical*. Paris, France : Éditions du Seuil.

⁷⁷ Lehmann, A. (dir.). (2014). *L'atteinte du corps. Une psychanalyste en cancérologie*. Toulouse, France : Erès.

⁷⁸ Blanche et Marion sont deux patientes qui ont participé au groupe n° 7.

⁷⁹ Mendjeli, R. (2009). Le cancer comme souci de soi. Dans C. Hervé, P.A. Molinari, M-A. Grimaud et E. Laforêt (dir.), *L'humain, l'humanité et le progrès scientifique* (p. 159-172). Paris, France : Dalloz.

Mais de quelle vérité subjective est-il question ici ? P. Cazenave (1994)⁸⁰ y avait répondu, en partie à notre sens et de manière non exhaustive bien sûr, quand il avait qualifié le cancer comme étant « la maladie du nourrisson dans l'adulte ». Le cancer viendrait alors faire émerger, donner une forme à des vécus en souffrance, relevant pour partie de la « part bébé du soi » (Ciccone, 2012a⁸¹) afin que le sujet ait l'opportunité de pouvoir les traiter psychiquement, les symboliser et surtout les subjectiver.

1.5.1.3.3 La spécificité du travail et du positionnement du clinicien auprès de patients souffrant de cancer

Rejoignant ce dernier point de vue et évoquant la direction que peut prendre le travail psychothérapeutique avec un patient cancéreux afin de favoriser des effets de réorganisation psychosomatique, C. Smadja (2007)⁸² évoquait pour sa part l'importance de prendre en considération « la maladie d'avant la maladie », forme de dépression inachevée en regard de l'histoire de vie globale du sujet, notamment de son histoire avant le cancer :

« Parmi les facteurs qui influencent l'évolution d'une maladie aussi grave et complexe qu'un cancer, nous avançons l'hypothèse que le traitement de la maladie d'avant la maladie peut avoir des effets précieux sur le processus de réorganisation psychosomatique ».
(Smadja, 2007, p. 39).

Il s'agirait alors pour lui de ne pas rester uniquement dans le travail psychothérapeutique dans l'accompagnement de l'actualité de la pathologie somatique du sujet, comme certains le préconisent comme nous le verrons ci-après, mais bien de pouvoir tisser des liens avec sa vie d'avant le diagnostic et les soins, voire de proposer un espace de mise en perspective de l'histoire du sujet.

Nombre de psychanalystes s'accordent à ce jour pour dire que le travail d'accompagnement psychothérapeutique auprès de patients atteints d'une maladie somatique grave pouvant se révéler létale, comme le cancer, consiste à entendre l'expression des deux corps du sujets : le soma, entité biologique et malade qui subit des traitements, et le corps subjectif, tel que le patient a appris à l'investir, à le subvertir libidinalement (Dejours, 1989⁸³), à se le représenter et à l'envisager, à vivre avec. En évoquant le travail du psychanalyste auprès

⁸⁰ Bigras, J., Cazenave, P. et Bessis, F. (1994). A propos du cancer. La maladie du nourrisson dans l'adulte. *Revue française de psychosomatique*, 1(5), 47-64.

⁸¹ Ciccone, A. (dir.). (2012a). *La part bébé du soi. Approche clinique*. Paris, France : Dunod.

⁸² Smadja, C. (2007). La maladie avant la maladie. *Revue française de psychosomatique*, 1(31), 29-40.

⁸³ Dejours, C. (1989). *Les dissidences du corps*. Paris, France : Payot & Rivages, 2009.

du patient somatisant, D. Cupa (2010)⁸⁴ décrit finalement la spécificité d'une écoute psychosomatique que nous pourrions qualifier de psychodynamique avec des patients somatisants :

« (...) notre travail clinique nous fait percevoir à la fois le corps dans son aspect « somatique », biologique, corps qui nous échappe et le corps dans sa dimension « corporelle », le corps approprié par les investissements/désinvestissements de la libido et sa gamme de sensations et d'affects ».
(Cupa, 2010, p. 132).

S'inspirant de la théorie relationnelle de M. Sami-Ali, M. Bensoussan (2013)⁸⁵ définit quelques axes de travail thérapeutique : favoriser une articulation somatopsychique, autrement dit entre les deux corps du sujet, nouer un espace relationnel avec le patient bien sûr, mais aussi entre les différents partenaires impliqués auprès du patient dans les soins, et effectuer un travail de miroir affectif pour le patient. Il décrit finalement la double nécessité d'articuler le corps et le soma, ainsi que de favoriser l'instauration d'un lien transféro-contre-transférentiel.

J. Alric (2004)⁸⁶ décrit 2 postures d'écoute possibles à l'hôpital : la posture d'écoute médico-psychologique dont le risque est de chercher une causalité entre un événement somatique et les circonstances de son apparition, et la posture d'écoute psychanalytique centrée sur la réalité psychique :

« La visée de la démarche analytique, comme on l'a vu, n'est autre que de permettre que l'inconscient se déploie dans la parole. Cette liberté de dire (de s'entendre dire... de dire ce que l'on veut) pour exister en tant que sujet est la seule manière de reconnaître le patient, fût-il somatiquement affecté, en tant que personne désirante ».
(Alric, 2004, p. 139).

L'enjeu principal du travail psychothérapeutique psychodynamique auprès de patients souffrants de cancer qui semble émerger est l'accompagnement du patient à devenir sujet de la/sa maladie et dans les/ses soins, dans son histoire de vie, de sa vie, « aider les malades à retrouver leur puissance d'agir sur leur vie » (Ben Soussan, 2016⁸⁷, p. 16).

M-F. Bacqué (2015)⁸⁸ avait proposé que le travail du psychologue accueillant des patients en oncologie consiste à offrir un espace de pensée pour construire l'histoire propre à chaque patient

⁸⁴ Cupa, D. (2010). La complexité psychosomatique dans un service de médecine. Dans P-H. Keller (dir.), *Le corporel* (p. 129-154). Paris, France : Dunod.

⁸⁵ Bensoussan, M. (2013). Quelle place pour la psychothérapie dans la thérapeutique du cancer ? Dans M. Sami-Ali (dir.), *Cancer et psychosomatique relationnelle* (p. 13-19). Paris, France : EDK.

⁸⁶ Alric, J. (2004). Qui écoute quoi ? Essai de repérage de deux postures d'écoute possible à l'hôpital. Dans P. Ben Soussan (dir.), *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte* (p. 129-139). Toulouse, France : Erès.

⁸⁷ Ben Soussan, P. (2016). Édito. *Cancer(s) et Psy(s)*, 1(2), 8-16.

⁸⁸ Bacqué, M-F. (2015). Évolution historique des psychothérapies analytiques en oncologie. Dans M-F. Bacqué et S. Pucheu (dir.), *Psychothérapies analytiques en oncologie* (p. 1-23). Paris, France : Lavoisier.

de son expérience du cancer et de ses conséquences, mais aussi de préserver des zones narcissiques non atteintes :

« [...] permettre l'élaboration de la souffrance psychique liée au cancer et aux pertes qui y sont associées. Il ne s'agit pas d'expliquer le cancer par une causalité psychique mais de laisser advenir, par les associations du patient, une histoire, la sienne, qui puisse donner sens à la maladie. Le travail d'interprétation du thérapeute cherche à favoriser un "équilibre entre élaboration et oubli" de la souffrance psychique ; à aider les sujets à "penser" leur expérience du cancer, à la "contenir" afin de refermer la blessure narcissique qu'elle a pu ouvrir. »
(Bacqué, 2015, p. 20).

Pour cela, M. Aisenstein (1993)⁸⁹ avait évoqué ce qu'elle nomme « l'art de la conversation » qui consiste pour le thérapeute à rechercher et à s'accorder aux capacités d'élaboration du sujet afin de l'intéresser à sa vie psychique. En effet, A. Ferrant (2008)⁹⁰ met en alerte sur le désir thérapeutique du clinicien et sur son idéal de soin qui ne doit pas faire fi du désir du patient et de ses capacités réflexives :

« Le psychologue clinicien n'a pas pour mission de contraindre un sujet à sentir, voir ou entendre ce qu'il est incapable de sentir voir et entendre. Le psychologue clinicien est là pour accompagner la transformation si elle s'engage, ou respecter le non-changement tout en aidant malgré tout le sujet à vivre, même si cela paraît regrettable de rester coupé d'une partie de soi-même ».
(Ferrant, 2015/2008, p. 206).

Il peut s'avérer ainsi nécessaire de partir du soma, dont la présence s'impose lors des entretiens hospitaliers par plusieurs sens comme la vue bien sûr, mais aussi par les odeurs, et parfois par le bruit que peuvent faire appareillages et machines, afin d'aider le patient à réinvestir, revitaliser son corps, à le relibidinaliser (Fine, 1998⁹¹). Le symptôme psychosomatique révélerait l'échec de la liaison psychique des excitations et de la mise en représentation d'éléments de la scène actuelle du sujet car ces derniers font appel aux ratés de l'érogénéisation du soma, contrairement au symptôme hystérique qui a à voir avec la scène infantile et la sexualité psychique (Del Volgo, 1997⁹²). K-L. Schwering (2014a)⁹³ parle d'engager un travail de désomatisation (McDougall, 1989⁹⁴), c'est-à-dire d'hystérisation du soma, de sexualisation

⁸⁹ Aisenstein, M. (1993). D'un certain regard sur la question psyché-soma. *Revue française de psychosomatique*, 3, 79-92.

⁹⁰ Ferrant, A. (2008). Honte et cancer. Dans A. Ciccone et A. Ferrant, *Honte, culpabilité et traumatisme* (p. 189-209). Paris, France : Dunod, 2015.

⁹¹ Fine, A. (1998). Apport dans un débat. Dans A. Fine et J. Schaeffer (dir.), *Interrogations psychosomatiques* (p. 71-83). Paris, France : PUF.

⁹² Del Volgo, M-J. (1997). *L'instant de dire. Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne*. Toulouse, France : Erès, 2012.

⁹³ Schwering, K-L. (2014a). Symbolisation primaire et subversion libidinale dans la maladie grave. Dans A. Brun et R. Roussillon (dir.), *Formes primaires de symbolisation* (p.167-189). Paris, France : Dunod.

⁹⁴ McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps*. Paris, France : Gallimard.

du corps pour un accompagnement dans la relance du processus de subversion libidinale. C'est le travail proposé aux patientes grâce à ce Dispositif. Nous verrons cependant combien celui-ci peut s'avérer pourvoyeur d'affects honteux, notamment sur la scène hospitalière. Il semblerait que bon nombre d'auteurs préconisent de ne pas mettre en œuvre un travail d'interprétation comme il pourrait s'instaurer classiquement dans une perspective psychanalytique. La crainte se révèle être la violence que cela pourrait faire vivre au patient, qui pourrait résonner comme un nouveau trauma, en réactivant d'autres plus anciens, et qui risqueraient d'aggraver la décompensation somatique, sans atteindre son but de mise en jeu psychique chez le patient. M. Dechaud-Ferbus (2016)⁹⁵ préconise que l'analyste puisse être perçu comme un objet secourable en psychothérapie psychanalytique corporelle, ce qui permettra au patient de se mettre à porter attention à son propre corps par l'auto-observation, et favorisera la mobilisation des mécanismes réflexifs par étayage sur la fonction de l'analyste. Avec les patients somatisants, il s'agit d'avantage d'un travail sur les processus primaires, ou plutôt d'articulation et de passage entre processus primaires, sensations corporelles et préreprésentatifs, et processus secondaires liés à leur perception donnant des figurations de celles-ci. Nous pourrions voir dans le quatrième chapitre notamment la manière dont le Dispositif d'accompagnement psychologique par la socio-esthétique fournit des supports d'expression sensori-motrice et affective aux patientes et contribue à donner forme à leurs vécus corporels bruts, forme qui soit partageable et potentiellement transformable.

1.5.1.3.4 La place et le rôle des thérapies corporelles en oncologie

Comme déjà souligné, l'offre de soin faite au patient atteint de cancer s'est considérablement étoffée depuis la mise en œuvre du premier Plan cancer et la promotion des soins de support. Bien que la proposition de ceux-ci reste limitée en milieu hospitalier, et parfois encore décriée par certains médecins, nous assistons cependant à une forme d'ouverture d'esprit. Pour preuve, la possibilité pour les patients d'avoir accès à des thérapies dites complémentaires (Arnault, 2016⁹⁶) aux soins somatiques classiques comme l'acupuncture, l'ostéopathie, l'homéopathie. L'activité physique adaptée a également connu un essor important récemment permettant aux patients de retrouver des sensations corporelles, motrices et de mettre en mouvement leur corps par la pratique sportive accompagnée.

⁹⁵ Dechaud-Ferbus, M. (2016). Perception et relaxation analytique : une pause créatrice. *Revue française de psychosomatique*, 1(49), 147-162.

⁹⁶ Arnault, Y. (2016). Avant-propos. *Cancer(s) et Psy(s)*, 1(2), 17-21.

D'autres soins de support corporels sont également valorisés en cancérologie comme apportant du soutien psychologique aux patients par une action renforçatrice du sentiment d'estime de soi⁹⁷ : j'ai déjà évoqué bien sûr la socio-esthétique, mais il existe aussi la socio-coiffure, l'art-thérapie (avec des pratiques de body-painting par exemple), la relaxation et la sophrologie. Ces deux dernières disciplines destinées à articuler détente physique et détente mentale, font le lien avec les soins de support psychothérapiques. En effet, comme je l'ai déjà rappelé, l'accompagnement psychologique se trouve être cité dans ce même groupe d'activités de soutien. Quelles spécificités pourrait-on alors mettre en évidence pour différencier les apports en termes de soutien psychologique du soin de support dispensé par le psychologue et celui apporté par les autres intervenants ?

Dans le champ des psychothérapies, nous assistons également à l'essor de plusieurs disciplines telles la kinésiologie psycho-émotionnelle, l'analyse bioénergétique, l'intégration posturale. Les patients peuvent consulter ces différents professionnels en libéral. Bien que mon cadre de pratique soit bien différent, je rapproche tout de même celui du Dispositif d'accompagnement psychologique par la socio-esthétique et ma théorie du soin plutôt de celle des psychothérapies psychanalytiques corporelles que présente M. Dechaud-Ferbus et ses collaborateurs. En effet, pour ces derniers, le psychanalyste rencontre ses patients dans un cabinet classique, mais le cadre des thérapies est aménagé : par exemple, le psychanalyste est amené à se positionner différemment dans l'espace. M. Dechaud-Ferbus (2011a, 2011b)⁹⁸ parle de « cet autre divan » ou de « divan par devant ». Les patients atteints de cancer, entre autres, sont notamment les patients à qui s'adresse ce type de dispositif de psychothérapie psychanalytique corporelle car celui-ci permet d'opérer un travail de restauration narcissique par un mouvement introjectif des qualités de l'objet-analyste qui vient suppléer aux carences de l'objet interne maternel défaillant et soutenir les capacités de création, et de transformation du patient à partir du travail d'attention et de partage sensoriel et affectif. A l'image de la psychothérapie psychanalytique corporelle qui se révèle être une forme d'aménagement particulier de la cure classique devant son inefficacité pour certains patients que nous pouvons nommer désormais comme souffrant de troubles narcissiques-identitaires, le Dispositif ici proposé s'avère être un aménagement, ou une offre de soin psychique supplémentaire, à la proposition de psychothérapie classique par la parole en milieu hospitalier, en face à face au chevet du patient ou dans un bureau de consultation. La proposition d'ateliers en groupe, comme nous le verrons par la suite, s'avère être un autre aménagement de la cure

⁹⁷ Le terme « estime de soi » sera défini dans le paragraphe suivant.

⁹⁸ Dechaud-Ferbus, M. (2011a). *Cet autre divan. Psychanalyse de la mémoire du corps*. Paris, France : PUF.
Dechaud-Ferbus, M. (dir). (2011b). *La psychothérapie psychanalytique corporelle : l'inalysable en psychanalyse : le divan par devant*. Paris, France : L'Harmattan.

psychanalytique décrit à l'origine par D. Anzieu et R. Kaës (1972)⁹⁹ notamment. Enfin nous verrons dans une partie ci-après que ce Dispositif introduit également le champ de la médiation psychothérapeutique. L'utilisation d'une technique (ou médiation) du corps (Allouch, 2011¹⁰⁰) met en jeu le corps propre des femmes avec le soutien de produits et d'objets médiateurs tels les tissus ou les accessoires. Cette technique, médiation du corps est génératrice et attractrice de sensations spécifiques notamment épidermiques, qui viendront alors constituer un étayage intéressant pour la mise au travail de création de représentations du Moi-corps et de remaniement des enveloppes psychiques et du Moi-peau notamment. A. Molard (2016)¹⁰¹ part du principe que les sensations corporelles sont au commencement et représentent le point de nouage avec la vie psychique du sujet. Ainsi partir du corps pour mettre en mouvement la vie psychique du sujet semble s'ajuster aux besoins primaires restés en souffrance, chez le patient somatisant, de liaison et d'articulation somatopsychique, et semble s'adapter à ses capacités expressives. Le travail de la médiation va servir alors à mettre en lien des sensations corporelles produites lors de la séance avec des éprouvés corporels actuels, mais aussi avec des éprouvés corporels plus anciens, inscrits dans l'histoire du sujet.

I.5.2 ESTIME DE SOI ET NARCISSISME

I.5.2.1 DEUX CONCEPTS A ARTICULER

Le concept d'estime de soi est très employé par les médecins, les soignants, les professionnels du champ social et par les intervenants en soins de support tels les socio-esthéticiennes qui parlent de leur discipline comme particulièrement agissante sur ce domaine. Nous retrouvons dans les travaux de S. Freud (1914)¹⁰² le terme d'estime de soi qu'il met en tension dans ses rapports avec le narcissisme comme nous le verrons ci-après.

Cette notion a été beaucoup travaillée dans le champ de la psychologie sociale, et aujourd'hui c'est un incontournable du domaine très large et prolixe à notre époque que l'on nomme le développement personnel. L'objectif de cette partie n'est pas de recenser de manière exhaustive les travaux pléthoriques qui concernent l'estime de soi et le narcissisme, mais de

⁹⁹ Anzieu, D. et Kaës, R. (dir.). (1972). *Le travail psychanalytique dans les groupes, I, Cadre et processus*. Paris, France : Dunod, 1982.

¹⁰⁰ Allouch, E. (2011). Psychothérapie et médiations corporelles : vers une poétique du corps. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 89-100). Toulouse, France : Erès.

¹⁰¹ Molard, A. (2016). Transferts et médiations corporelles : comment passer de la sensation à la représentation ?. *Cliniques*, 2(12), 42-62.

¹⁰² Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Paris, France : In Press, 2013.

Je vais être amenée à citer plusieurs fois cet ouvrage dans le paragraphe suivant. Ainsi, lorsque j'évoquerai les travaux de S. Freud (1914), cela correspondra toujours à la référence citée ci-dessus.

mettre en évidence une articulation de ces deux concepts afin de pouvoir ensuite proposer une application de cette liaison dans les dispositifs thérapeutiques et en analyser les effets sur la vie psychique des patientes.

W. James (1890)¹⁰³, psychologue et philosophe américain, semble avoir la paternité de cette notion en évoquant l'action d'auto-évaluation d'un sujet d'après la comparaison entre ses désirs et ce qu'il parvient à réaliser dans sa vie. Puis C.H. Cooley (1902)¹⁰⁴, sociologue américain, et G.H. Mead par la suite, introduisent la notion de miroir social : un individu ne peut se forger une image de lui-même qu'à partir des interactions qu'il développe avec son entourage dès l'enfance. Autrement dit, l'estime de soi se construit grâce à la qualité des relations intersubjectives, depuis la période néonatale et tout au long de la vie du sujet. R. L'Ecuyer (1994)¹⁰⁵, psychologue social s'est d'ailleurs attaché tout au long de son œuvre à étudier ce qu'il nomme « l'expérience personnelle de soi » telle que vécue et verbalisée, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse. A.H. Maslow (1943)¹⁰⁶, définit l'estime de soi comme l'une des cinq grandes catégories de besoins à satisfaire pour un sujet afin de soutenir sa motivation. Il cite la satisfaction des besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime de soi comme étant le besoin de réussir, de se sentir compétent et d'être reconnu par les autres. Il cite pour finir les besoins d'accomplissement.

Enfin voici la définition que propose M. Larivey (2002)¹⁰⁷ de l'estime de soi :

« (...) L'estime de soi se manifeste par la fierté que nous avons d'être nous-même et repose sur l'évaluation continue de nos actions. (...) Ainsi, l'estime de soi est une valeur fragile et changeante. Elle augmente chaque fois que nous agissons en respectant nos standards et diminue chaque fois que notre comportement les contredit. Il est donc possible qu'elle soit très haute ou très basse selon les périodes de notre vie ».
(Larivey, 2002).

Le sentiment d'estime de soi revêt donc plusieurs caractéristiques comme sa hauteur, sa stabilité/son instabilité, sa place occupée dans la vie d'un sujet, sa fragilité, ses fluctuations potentielles ... auxquelles je rajoute les événements de vie rencontrés par le sujet. L'expérience cancéreuse constitue une période de vie qui peut avoir un impact négatif majeur sur le sentiment d'estime de soi.

¹⁰³ James, W. (1890). *Principes de psychologie*. Paris, France : L'Harmattan, 2007.

¹⁰⁴ Cooley, C.H. (1902). *The looking-glass self. Social theory: the multicultural readings*. Philadelphia, États-Unis : Westview Press, 2010.

¹⁰⁵ L'Ecuyer, R. (1994). *Le développement du concept de soi : de l'enfance à la vieillesse*. Montréal, Canada : Presses de l'Université de Montréal.

¹⁰⁶ Maslow, A.H. (1943). *L'accomplissement de soi : de la motivation à la plénitude*. Paris, France : Eyrolles, 2003.

¹⁰⁷ Larivey, M. (2002). L'estime de soi. *La lettre du psy*, 6(3c). Récupérée le 07/02/19 sur le site : <http://www.redpsy.com/infopsy/estime.html>.

Il me semble à présent important de mettre en perspective ce concept d'estime de soi avec celui de narcissisme, qui est plus familier dans le champ de la psychologie clinique. Comme déjà dit, S. Freud (1914) avait évoqué la question de l'estime de soi dans son article inaugural : « Pour introduire le narcissisme ». Il y définit deux types de processus narcissique : le narcissisme primaire qui se développe lors du stade anoblectal dans lequel le moi est immature. Il le décrit comme un lieu, un espace plutôt qu'une instance psychique, puisque toute la libido est dans le ça, et le moi se développe par l'action autoérotique. Puis ce qui caractérise le narcissisme secondaire, c'est le désinvestissement de la libido porté à l'objet pour un report de celle-ci sur le moi. Il qualifie ensuite le sentiment d'estime de soi comme « l'expression de la grandeur du moi » qui dépendrait directement de la libido narcissique.

S. Tisseron (1999)¹⁰⁸ emploie comme synonyme les termes de narcissisme secondaire et estime de soi :

« Le narcissisme a en effet deux aspects et non pas un seul. Le mot désigne d'une part la sécurité psychique de base (encore appelée « narcissisme primaire » par les psychanalystes) et d'autre part l'estime de soi (encore appelée « narcissisme secondaire »).

(Tisseron, 1999, p. 63).

Dans ce sens, le sentiment d'estime de soi dépendrait ainsi directement du/des reflets proposés par le miroir que constitue l'environnement du sujet. S. Freud (1914) avait défini trois sources au sentiment d'estime de soi :

« Une part du sentiment d'estime de soi est primaire, c'est le reste du narcissisme infantile, une autre partie a son origine dans ce que l'expérience confirme de notre toute-puissance (accomplissement de l'idéal du moi), une troisième partie provient de la satisfaction de la libido d'objet ».

(Freud, 2013/1914, p. 104).

Ainsi pour S. Freud, le sentiment d'estime de soi est l'héritier de la qualité de la relation primordiale, de la réussite de l'exercice de la pulsion d'emprise du sujet sur son environnement et enfin du retour d'amour et de satisfaction de la part des objets avec qui celui-ci est en lien. La première partie situe la naissance du sentiment d'estime de soi dans la période archaïque régie par la problématique de différenciation moi/non-moi, la deuxième dans la partie infantile régie par la problématique de différences des sexes et de génération, et la troisième partie démontre alors que ce sentiment évolue pour un sujet tout au long de sa vie, en fonction des rencontres qu'il va faire et des liens qu'il va tisser.

A. Green (1983)¹⁰⁹ consacre une grande partie de ses recherches à poursuivre la

¹⁰⁸ Tisseron, S. (1999). Nos objets quotidiens. *Hermès*, 3(25), 57-66.

¹⁰⁹ Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*. Paris, France : Éditions de Minuit.

conceptualisation du narcissisme dans la suite des travaux de S. Freud. Il reprend les aspects dits positifs du narcissisme comme son but qui vise l'unité du moi soutenu par la libido. Puis il postule également l'existence d'un narcissisme négatif, dit narcissisme de mort, dont le but serait quant à lui de viser l'annihilation du moi par l'abaissement, l'effacement, l'annulation de la libido vers le degré zéro. Nous verrons que la pensée d'A. Green apporte des éléments aidant pour la compréhension de toute une partie de la clinique, que je pourrais qualifier de clinique blanche, clinique du vide, clinique opératoire pour reprendre le terme des psychosomaticiens de l'IPSO, et aidant pour l'élaboration à partir de celle-ci des hypothèses de fonctionnement des processus psychiques qui ne se limitent pas à la mise en évidence de carences ou de déficits.

R. Roussillon a lui aussi consacré une grande partie de ses travaux à améliorer la compréhension des pathologies prédominantes de notre époque qu'il qualifie de narcissiques-identitaires. Celles-ci s'inscrivent dans une « clinique des situations limites et extrêmes » (Roussillon dans Missonnier, 2007¹¹⁰) ou des « cliniques de l'extrême » (Korff-Sausse, 2016¹¹¹) qui concernent :

« (...) traumatismes, handicap, maladie somatique, soins palliatifs, maladie d'Alzheimer, périnatalité, grands prématurés, vieillissement, déportés, torture, traumas de guerre, cérébro-lésés, précarité sociale, grande criminalité, etc.) qui proviennent de domaines différents mais dont le point commun est la notion de l'extrême, c'est-à-dire ce qui nous amène aux frontières de ce qui est pensable, de ce qui est symbolisable ou subjectivable, de ce qui est partageable (...) ».
(Korff-Sausse, 2016, p. 55).

Cette meilleure compréhension permet de développer l'offre de soin par les nombreux apports métapsychologiques qu'il a théorisés. Selon lui, la problématique archaïque, identitaire, qui met en jeu la différenciation moi/non-moi est prédominante chez les sujets en souffrance narcissique. Dans le processus classique du narcissisme primaire et qui participe au développement du moi, le bébé rencontre son objet primaire qui exerce dans la relation sa fonction narcissique et identifiante, sa fonction miroir, afin de favoriser « l'investissement du corps propre et de son fonctionnement chez le bébé » (Roussillon, 2007¹¹², p. 80). Je serai amenée à détailler cette fonction miroir dans les chapitres suivants. Cependant, l'objet primaire dit narcissique peut se montrer décevant, pas suffisamment médium malléable (Roussillon, 2008a¹¹³) pour s'ajuster aux besoins du bébé et lui renvoyer une image de lui-même, ce qui va provoquer la perte du sujet, qui peut se sentir exproprié de lui-même par l'ombre de l'objet qui

¹¹⁰ Missonnier, S. (2007). Questions à René Roussillon. *Le carnet Psy*, 6(119), 52-57.

¹¹¹ Korff-Sausse, S. (2016). Les cliniques de l'extrême, *Chimères*, 88(1), 54-69.

¹¹² Roussillon, R. (2007). La réalité psychique de la subjectivité et son histoire. Dans R. Roussillon (dir.), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (p. 3-223). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

¹¹³ Roussillon, R. (2008a). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris, France : PUF.

tombe sur son moi. R. Roussillon (2004)¹¹⁴ explique que le narcissisme secondaire, (je rajoute) garant du sentiment d'estime de soi, se développe grâce au processus de deuil de l'objet narcissique premier. Or comme nous venons de le voir, le processus du deuil est entravé dans cette problématique de type mélancolique : comment renoncer à l'objet primaire sans renoncer de fait à une partie de soi, qu'elle soit plutôt corporelle ou plutôt psychique ? Nous commençons alors à percevoir comment les aléas de la relation à l'objet primordial impactent la construction du narcissisme, la manière qu'a un sujet d'investir son corps et sa psyché, et génèrent secondairement des troubles dans le sentiment d'estime de soi. Ainsi là où les thérapies actuelles proposent d'intervenir sur le niveau d'estime de soi et donc sur les processus du narcissisme secondaire, je propose dans ce dispositif d'accompagner en plus la reprise d'expériences primaires afin de permettre aux femmes de travailler toute « la question de l'auto-investissement du moi et des processus qui lui assurent cohérence et cohésion » selon la définition que donne R. Roussillon (2014, p. 68)¹¹⁵ du narcissisme.

1.5.2.2 LE NARCISSISME FEMININ

S. Freud (1914) définit une trajectoire différente dans la construction du narcissisme selon le sexe du sujet. Il décrit en effet des différences entre le développement du narcissisme chez l'homme et chez la femme. Chez l'homme, le choix d'objet se fait de manière caractéristique par étayage sur le narcissisme originaire, c'est-à-dire qu'il y a un phénomène d'appauvrissement de la libido du moi au profit de la libido pour l'objet. Chez la femme, il décrit un processus inverse : à la puberté, le développement des organes génitaux en latence provoque une augmentation du narcissisme originaire, défavorable à un amour d'objet régulier s'accompagnant de surestimation sexuelle : les femmes se suffisent alors à elles-mêmes. Si tel n'est pas le cas, S. Freud décrit alors leur manière d'investir la libido de façon masculine. L'issue que peut trouver la femme dans son choix d'objet est alors d'avoir un enfant car celui-ci va nécessiter un investissement libidinal objectal mais sur lequel elle va projeter sa libido du moi.

C. Yorke et A-L. Hacker (2014)¹¹⁶ ont retravaillé ce texte de S. Freud. Ils proposent notamment de différencier les définitions du moi et du soi. Ils considèrent le moi comme une structure adaptative et représentative, et le soi comme une représentation dans l'esprit.

¹¹⁴ Roussillon, R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire en double. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(2), 421-439.

¹¹⁵ Roussillon, R. (2014). Narcissisme et complexification. *Revue française de psychanalyse*, 1(78), 68-82.

¹¹⁶ Yorke, C. et Hacker, A-L. (2014). Pour introduire le narcissisme : une lecture pédagogique. *Revue française de psychanalyse*, 1(78), 44-60.

Ils proposent aussi de penser le surmoi comme non seulement une instance qui fixe les règles et les normes auxquelles le sujet est soumis sous peine de faire éprouver un sentiment de culpabilité, mais aussi comme ce qui lui apporte également amour et approbation. Ils envisagent ensuite l'origine du refoulement comme l'estime de soi qu'a le moi. Ils insistent sur l'importance selon eux de ne pas confondre narcissisme et estime de soi, en expliquant que le narcissisme ne représente qu'une des trois composantes, celle-ci pulsionnelle, de l'estime de soi, comme nous l'avons décrit auparavant. Ils ont ensuite développé ce passage freudien sur la spécificité du développement du narcissisme chez la femme. Le narcissisme originaire grandit au moment de la puberté, et en plus l'objet d'amour est choisi par la femme pour répondre en premier lieu au besoin d'être aimée, ce qui renforce encore, de l'extérieur cette fois-ci, le narcissisme. Ainsi l'amour de la femme pour l'objet vient en réponse au fait de se sentir aimée :

« Il ne fait aucun doute que nous serions tentés de considérer que, tandis que l'homme tire son excitation sexuelle de ce qu'il trouve la femme elle-même excitante, chez la femme, l'excitation sexuelle provient du fait qu'elle peut exciter l'homme ».
(Yorke et Hacker, 2014, p. 52).

J. Lanouzière (2007)¹¹⁷ reprend également les travaux de S. Freud et met en avant une partie de la définition que celui-ci donnait du narcissisme, à savoir l'amour que l'individu porte à son propre corps, le traitant comme un objet sexuel, prenant plaisir à le regarder et à l'investir. Elle souligne aussi que S. Freud (1905)¹¹⁸ avait déjà repéré que l'atteinte des organes génitaux blesse la fierté féminine et son amour propre, ce qui peut générer un fort vécu d'humiliation. Dans son travail, J. Lanouzière met en corrélation notamment la dépressivité et le cancer du sein. Elle fait alors apparaître que les pathologies gynécologiques qui nécessitent une ablation d'organes (hystérectomies, mastectomies) déprécient fortement le regard que les femmes portent sur elles-mêmes, et peuvent avoir un effet qui déstabilise complètement les assises identitaires. La femme a besoin du regard de l'autre pour y trouver la confirmation de son propre amour, ou le cas échéant de son « non-amour » ou « désamour ».

D. Guyomard (2009)¹¹⁹ qui travaille sur la dimension maternelle chez la femme, parle quant à elle de la coexistence de deux narcissismes chez la femme, au-delà de la différence classiquement énoncée entre narcissisme primaire et narcissisme secondaire :

« (...) l'un à la possibilité du don d'elle-même, qui est celui du vivant de l'espèce en elle et donc de sa fécondité ; l'autre à l'assomption « phallique » de sa personne comme femme, sujet féminin, à faire exister, à créer ».
(Guyomard, 2009, p. 129).

¹¹⁷ Lanouzière, J. (2007). Peines de cœur, peines de seins ? Notes sur les rapports entre le sein et la dépressivité féminine. *Revue française de psychosomatique*, 1(31), 41-58.

¹¹⁸ Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris, France : Payot & Rivages, 2014.

¹¹⁹ Guyomard, D. (2009). *L'effet-mère : l'entre mère et fille, du lien à la relation*. Paris, France : PUF.

Il semble que ces deux narcissismes ont pour caractéristique commune leur potentialité créatrice, mais l'un serait tourné vers l'objet avec la dimension du don, et l'autre vers des intérêts propres alimentant la subjectivité de la femme elle-même. J. Godfrind (1997)¹²⁰ avait d'ailleurs défini cette deuxième forme de narcissisme féminin comme la volonté de se réaliser en tant que femme, d'être femme à part entière, d'être une vraie femme.

Je reviendrai sur quelques théories de la féminité dans la partie suivante, dans laquelle je reprendrai des notions liées à la spécificité du narcissisme et du sentiment d'identité féminine chez la femme.

L'expérience cancéreuse constitue une période de vie qui peut avoir un impact négatif majeur sur le sentiment d'estime de soi. Il paraît alors important de pouvoir apporter un soin nourrissant le narcissisme des femmes afin de pouvoir avoir une action non seulement sur le sentiment d'estime de soi, qu'il puisse être conscient et inconscient, mais aussi sur ses capacités de réflexivité psychique, notion que je développerai plus loin.

I.5.3 LA FEMINITE, L'IDENTITE FEMININE, LE FEMININ ET LA FEMELLITE

Cette recherche concerne une population de femmes spécifiquement. Il paraissait alors important de définir les différents termes que nous emploierons et qui sont tous dérivés du substantif « Femme ». La féminité, l'identité féminine, le féminin, la fémellité, des termes différents qui ne recouvrent pas exactement les mêmes notions ou dimensions selon les champs dans lesquels ils sont explorés.

I.5.3.1 COMMENT DEFINIR LA FEMINITE ?

Dans le discours commun, la féminité se définit par un : « Ensemble des caractères spécifiques – ou considérés comme tels – de la femme ». Les antonymes proposés sont « masculinité, virilité »¹²¹. Il est intéressant de constater que l'idée de la féminité fonctionne en couple d'opposition avec la masculinité, voire avec la virilité qui est mise en avant dans cette définition, et qui désigne tout à la fois les caractéristiques physiques de l'homme adulte mais aussi sa puissance sexuelle et sa capacité à procréer. Dans les travaux des trente dernières

¹²⁰ Godfrind, J. (1997). La bisexualité psychique : guerre et paix des sexes. Dans A. Fine, D. L'Heureux Le Beuf, A. Le Guen (dir.), *Bisexualité* (p. 131-146). Paris, France : PUF.

¹²¹ Définition récupérée le 07/02/19 du site du CNTRL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) : <http://www.cnrtl.fr/definition/féminité>

années dans le champ psychanalytique, il a plutôt été découvert que la vie psychique naissait sur un fond féminin commun aux deux sexes, puis, seulement à partir de cela, la féminité ou la masculinité du sujet pouvait ensuite se construire. Nous verrons par la suite que dans le fonctionnement psychique, le couple d'opposés masculin/féminin propose plutôt des alliances et constitue des traits de personnalité propres à chacun, et non réellement une alternance. Cette position se retrouve dans le concept complexe de la bisexualité psychique.

1.5.3.2 LA QUESTION DE L'IDENTITE FEMININE : IDENTITE SEXUEE, IDENTITE DE GENRE ?

Plusieurs auteurs ont par la suite cherché à définir de quelles manières se construit l'identité sexuée d'un individu en fonction de son sexe anatomique, c'est-à-dire par quels processus un sujet se sent homme dans un corps d'homme ou femme dans un corps de femme ? Par « sexuée », j'entends utiliser le terme employé par C. Chiland (1988)¹²² qui le différencie du sexuel comme suit : Au sexuel correspond la dimension libidinale telle qu'elle peut également se manifester par le choix d'objet sexuel. Le sexué rend compte du sentiment d'identité sexuée. Le sexué est étayé sur le génital somatique et sur le pulsionnel de conservation de l'espèce. En traduisant l'identité d'appartenance en référence à un groupe sexué masculin ou féminin, le sexué renvoie à un lien psychique d'affiliation. Le genre sexué représente donc une affiliation à un groupe. L'appartenance caractérise une inclusion à un territoire identitaire délimitée par une enveloppe commune, un contenant identitaire. Cette distinction reste évidemment pratique pour la démonstration, mais artificielle car il paraît évident que le sexué et le sexuel sont toujours entremêlés.

R. Stoller (1989)¹²³ nomme le produit de la construction de l'identité sexuée l'identité de genre dans le courant des travaux de J. Money portant sur la population intersexuée¹²⁴. Ce dernier avait mis en évidence que l'identité de genre dépend du sexe investi par le bain familial dans lequel l'enfant grandit. R. Stoller, quant à lui, a beaucoup travaillé auprès de la population transsexuelle¹²⁵. Il a justement voulu étudier une population pour laquelle il y a un désaccordage entre sexe anatomique et sentiment interne de se sentir appartenir à l'autre sexe. Selon lui, l'identité de genre se construit d'après l'expérience sensorielle corporelle que fait l'enfant de

¹²² Chiland, C. (1988). Enfance et transsexualisme. *La psychiatrie de l'enfant*, 31(2), 313-373.

¹²³ Stoller, R. (1989). *Masculin ou féminin ?*. Paris, France : PUF.

¹²⁴ L'intersexualité, ou intersexuation, est pour un sujet le fait de naître avec les deux sexes anatomiques atrophiés, ce qui empêche de déterminer l'appartenance biologique à l'un ou à l'autre, ainsi que l'incapacité à procréer.

¹²⁵ « Une personne transsexuelle est une personne qui s'estime appartenir sur les plans psychique, social et sexuel à l'autre sexe que celui qui lui a été attribué à la naissance » selon la définition récupérée le 07/02/19 proposée par le site : <http://www.infotransgenre.be/m/identite/diversite-de-genre/transsexualite/>

son corps et de son propre sexe. En effet, par les soins primaires, la mère stimule l'érogénité du corps tout entier de son bébé. L'investissement conscient et inconscient du bébé et de son sexe qu'en font les parents influe également fortement sur le sentiment d'identité de genre chez le sujet.

L'identité sexuelle serait donc en partie déterminée par la transmission inconsciente biparentale dès le début de la vie, dès la grossesse même d'après J. McDougall citée par C. Bergeret-Amselek (2013)¹²⁶. La féminité : « se transmet comme un flambeau de mère en fille, même si le père a aussi un grand rôle à jouer » (Bergeret-Amselek, 2013, p. 148). Au-delà des mots, au travers des soins primaires, la mère fait passer des messages à son bébé-fille, relatifs à la valeur que la mère accorde elle-même à son corps et à son espace intime. Ces messages maternels vont produire l'effet de prendre en considération, valoriser, porter la féminité de sa fille, ou au contraire de l'éviter, la dénigrer, la dénier, en fonction de ses propres capacités à se représenter et à vivre la sienne. A la suite de ces travaux et s'appuyant sur ceux-ci, J. Godfrind (1997)¹²⁷ développe l'idée que l'identité sexuée s'avère coextensive de l'identité. Ceci signifie que pour elle le narcissisme est sexué : vouloir se réaliser en tant que femme, être femme à part entière, être une vraie femme relèverait donc d'un narcissisme dit féminin.

1.5.3.3 LES ORIGINES PSYCHANALYTIQUES DE LA CONSTRUCTION DE LA PSYCHOSEXUALITE CHEZ LA FILLE

« Un autre caractère de la sexualité infantile précoce est que l'organe sexuel proprement féminin n'y joue encore aucun rôle, l'enfant ne l'a pas encore découvert. Tout l'accent est mis sur le membre viril, tout l'intérêt se porte sur lui, il s'agit de savoir s'il est là ou pas. De la vie sexuelle de la petite fille, nous en savons moins que celle du garçon. Nous n'avons pas à avoir honte de cette différence ». (Freud, 1994/1926a¹²⁸, p. 75).

Pour S. Freud (1926a, 1969¹²⁹), la fillette au départ est considérée presque comme un petit homme. Puis le féminin se construit à partir de la confrontation avec la scène de découverte de la différence des sexes : la fillette se sent lésée en découvrant l'organe pénien du petit garçon. La petite fille va donc commencer à construire sa féminité par dépit, à partir de la blessure générée par ce manque et dans ce que S. Freud appelle l'envie du pénis. Ceci pousserait la fille

¹²⁶ Bergeret-Amselek, C. (2013). Joyce McDougall, un nouveau regard sur la féminité. Dans S. Kirsch et J. Van Wynsberghe (dir.), *Les théâtres de Joyce McDougall* (p. 145-168). Toulouse, France : Erès.

¹²⁷ Godfrind, J. (1997). La bisexualité psychique : guerre et paix des sexes. Dans A. Fine, D. L'Heureux Le Beuf, A. Le Guen (dir.), *Bisexualité* (p. 131-146). Paris, France : PUF.

¹²⁸ Freud, S. (1926a). *La question de l'analyse profane*. Paris, France : Gallimard, 1994.

¹²⁹ Freud, S. (1969). *La vie sexuelle*. Paris, France : PUF, 1997.

pour lui à se détourner de son objet maternel. Elle ressent à son égard des motions haineuses pour l'avoir privée de cet organe tant qu'elle reste dans l'incertitude de savoir si la mère en possède un ou pas. Il a été coutume d'appeler cette manière d'envisager la construction de la féminité, qui ne peut être que secondaire dans cette perspective chez la petite fille, de phallocentrée, c'est-à-dire pensée à partir de l'homme, à partir d'un sexuel masculin.

Les travaux des psychanalystes femmes qui lui ont succédé ont pu apporter des nuances dans la théorisation de la sexualité féminine proposée par S. Freud. Lorsque la fille constate que la mère est également châtrée, cela génère pour R. Mack Brunswick (1940)¹³⁰ la dépréciation de la valeur de l'objet maternel et un vécu de désespoir lié à l'impossibilité de pouvoir un jour posséder un pénis. Cependant, selon J. Lampl de Groot (1927)¹³¹, dans un premier mouvement, la fille ne se détourne pas de la mère, mais elle désire posséder un pénis afin de pouvoir fantasmatiquement faire jouir sa mère, et H. Deutsch (1930)¹³² rajoute en désirant prendre la place du père auprès de la mère, dans un mouvement de rivalité avec lui laissant apercevoir un lien teinté par la libido envers la mère et plus seulement un lien narcissique à elle. La fixation de la vie psychosexuelle à ce fantasme, soumis au refoulement classiquement, ferait le lit de l'homosexualité féminine pour cette dernière. Ensuite, la petite fille serait amenée à investir son clitoris, duquel elle finira par se détourner, le considérant comme un équivalent trop déprécié du pénis. Dans la lignée freudienne les travaux de M. Bonaparte (1949)¹³³ ont également tenté de théoriser le passage de l'investissement clitoridien à l'investissement vaginal à partir de l'analyse du symptôme de la frigidité (motif de consultation fréquent à cette époque), réaffirmant une méconnaissance chez la femme d'une érogénéité vaginale qui aurait pu advenir dans le registre précœdipien.

Pour S. Freud (1914), à la puberté, la jeune femme surmonte la blessure narcissique du manque de pénis par un « développement vers la beauté » investissant ainsi son corps entier en contrepartie de manquer de la possession d'un pénis. La fille rencontrerait alors le père dans un contexte de détournement d'envers la mère afin de pouvoir espérer enfin posséder le pénis que celle-ci lui a refusé. C'est ce qui signerait son entrée dans le complexe d'Œdipe. Puis au désir de posséder le pénis se substitue le désir d'enfant, d'abord désir d'enfant du père. Et enfin le désir féminin serait enfin comblé lorsque la femme donnerait naissance à un enfant de sexe

¹³⁰ Mack Brunswick, R. (1940). La phase précœdipienne du développement de la libido. *Revue française de psychanalyse*, 31(2), 1-148, 1967.

¹³¹ Lampl De Groot, J. (1927). Histoire du développement du complexe d'Œdipe chez la femme. Dans *Souffrance et jouissance* (p. 35-56). Paris, France : Aubier-Montaigne, 1983.

¹³² Deutsch, H. (1930). Le masochisme féminin et sa relation à la frigidité. Dans M-C. Hamon (dir.). (1994). *Féminité Mascarade* (p. 215-231). Paris, France : Éditions du Seuil.

¹³³ Bonaparte, M. (1949). De la sexualité de la femme. *Revue française de psychanalyse*, 1, 1-52 ; 2, 161-227 ; 3, 321-343.

masculin. La sexualité féminine ne concernerait que des objets partiels, substituts de pénis. La femme ne saurait souffrir d'angoisses de castration selon S. Freud étant donné qu'elle ne possède pas l'organe objet de toutes les attentions. Ainsi il en conçoit une formation imparfaite du Surmoi chez la femme, d'intégration des interdits parentaux et de la loi en général, et en détermine l'amoindrissement du besoin de sublimation de la pulsion chez la femme.

K. Horney (1922-1936)¹³⁴, contemporaine de S. Freud, est amenée par sa clinique plutôt à considérer une phase dite de masculinité (envie du pénis) que traverse la fille, et le fait de considérer son sexe comme châtré, comme des défenses consécutives au refoulement des fantasmes de pénétration-effraction de l'intérieur de son corps par un pénis géant représentant la violence de la sexualité paternelle. J. André (2009)¹³⁵ évoque le fait que dans la théorisation de K. Horney, il serait plutôt question d'un vagin dénié plutôt qu'ignoré. Ceci signifie que la fille aurait une conscience très précoce de ses organes génitaux, qu'elle devrait alors protéger contre des fantasmes de destruction de son intériorité, signe d'une sexualité féminine infantile. Pour K. Horney, l'envie du pénis et le fait que la fille se tourne vers le père au moment de l'Œdipe ne serait que conséquence de la déception engendrée par la non-satisfaction des désirs pour le père préœdipien, et plus seulement de la haine ressentie pour la mère ne donnant pas de pénis.

M. Klein (1928)¹³⁶, tout aussi contemporaine de S. Freud, partage la conception de K. Horney d'une angoisse primordiale et prévalente chez la fille/femme de destruction de l'intérieur de son corps. M. Klein décrit une sexualité féminine dite œdipienne entre des objets partiels. Ainsi s'organisent des relations entre le sein (mère) haïssable car frustrant, le pénis (père) convoité et logé dans l'intérieur maternel dans son fantasme, après que l'enfant se détourne du sein dans la haine, et l'orifice insatiable de l'enfant telle la bouche, l'anus ou le vagin. Génitalité et oralité s'organisent en même temps et partagent le but de recevoir. M. Klein parle d'un stade du féminin primaire commun aux 2 sexes lors de laquelle les pulsions orales se trouvent mêlées aux pulsions génitales et qui s'inscrit après la phase féminine primitive. La fille désire alors plutôt incorporer le pénis paternel sur un mode oral, c'est-à-dire que le pénis à mettre au-dedans peut donc être vécu comme bon ou mauvais, plutôt que le fait de le posséder comme S. Freud l'avait théorisé. La féminité primitive fait alors l'objet d'un refoulement. Les sensations de l'appareil génital féminin dans son ensemble se manifestent très tôt chez la petite fille, par déplacement du fantasme d'incorporation de la bouche vers le vagin, et il serait objet de refoulement et non de méconnaissance comme l'affirmait S. Freud.

¹³⁴ Horney, K. (1922-1936). *La psychologie de la femme*. Paris, France : Payot, 1971.

¹³⁵ André, J. (2009). *La sexualité féminine*. Paris, France : PUF.

¹³⁶ Klein, M. (1928). Les stades précoces du conflit œdipien. Dans *Essais de psychanalyse* (p. 229-241). Paris, France : Payot, 1968.

D'ailleurs, L. Andréas-Salomé (1916)¹³⁷ avait d'ailleurs déjà évoqué l'éveil très tôt de la zone qu'elle nomme le cloaque. Elle postulait que la proximité des zones anale et génitale pouvait générer de la confusion dans les sensations éprouvées dans la sexualité et entraîner l'érogénéisation cloacale, par diffusion et transmission des excitations de l'anus au vagin et inversement selon K. Abraham (1913-1925)¹³⁸. E. Jones (1969)¹³⁹ pense d'ailleurs que le devenir de l'investissement de la sexualité génitale de la femme dépend du destin du processus de différenciation entre l'anal et le génital, de toute façon toujours long et potentiellement jamais vraiment achevé.

Par la suite, nous évoquerons les travaux de F. Dolto (1966)¹⁴⁰ qui poursuit des recherches engagées en psychanalyse sur la question de la sexualité féminine. Celle-ci défend la thèse que l'être féminin est depuis les temps primordiaux d'emblée identifié, caractérisé par son sexe anatomique. La scène de découverte de la différence des sexes fait partie pour elle des étapes du développement libidinal de la petite fille, mais n'en est pas constitutive à elle seule de la féminité chez la femme. Il en sera question aussi par la manière dont elle sera médiatisée par la parole de l'Autre, puis comment se passera aussi la rencontre avec les objets d'amour génitaux dans la vie adolescente et adulte de la femme.

J. Lacan (1973)¹⁴¹, quant à lui, considère que la position féminine ne se réduit pas à accepter le manque de pénis mais qu'elle a à voir avec être le phallus comme modalité de la féminité. Il définit la position féminine comme faire semblant de « par/être » le phallus pour autoriser la rencontre sexuelle. Le phallus, est considéré comme étant le signifiant maître représentant le signifié du désir de la mère qui spécifie les deux sexes, et qui est l'erreur commune qui permet le lien social, ou autrement dit l'intersubjectivité me semble-t-il.

1.5.3.4 LA NOTION DE FEMININ EN PSYCHANALYSE

Si S. Freud avait pu se montrer résistant à s'intéresser à la question du fameux continent noir, du roc indépassable dans la cure, il invitait cependant ses successeurs à travailler dessus. Nous allons alors pouvoir constater que depuis, de nombreux travaux ont été réalisés sur le sujet, ou plutôt sur les différents espaces/temps que le concept du féminin recouvre.

Le féminin en psychanalyse est défini par J. Godfrind (2001)¹⁴² comme suit :

¹³⁷ Andréas-Salomé, L. (1916). Anal et sexuel. Dans *L'amour du narcissisme* (p. 89-130). Paris, France : Gallimard, 1980.

¹³⁸ Abraham, K. (1913-1925). *Œuvres complètes*. Paris : Payot, 2006.

¹³⁹ Jones, E. (1969). *Théorie et pratique de la psychanalyse*. Paris, France : Payot.

¹⁴⁰ Dolto, F. (1966). *Sexualité féminine*. Paris, France : Gallimard.

¹⁴¹ Lacan, J. (1973). L'étourdit. *Scilicet*, (4), 5-52.

¹⁴² Godfrind, J. (2001). *Comment la féminité vient aux femmes*. Paris, France : PUF.

« (...) une catégorie de l'humain¹⁴³ commune aux 2 sexes, mémoire obscure d'un temps premier marqué par l'impuissance du nourrisson. Ce féminin-là serait associé à la situation de détresse de l'infans, fille ou garçon, « Hilflosigkeit » selon Freud, état de totale passivité ».
(Godfrind, 2001, p. 50).

I.5.3.4.1 Le féminin archaïque : féminin originaire, féminin primaire

I.5.3.4.1.1 Le féminin originaire

Comme constaté précédemment, K. Horney et M. Klein représentent les femmes psychanalystes qui ont théorisé ce qu'on appelle aujourd'hui une féminité originaire, alors que S. Freud postulait pour sa part de l'origine masculine de la sexualité chez la femme.

Dans la suite des travaux, D.W. Winnicott (1971)¹⁴⁴ décrit le féminin pur. Pour ce dernier, le féminin pur relève de l'ordre de l'être, alors que le masculin pur relève de l'ordre du faire. Pour D.W. Winnicott, le féminin pur et le masculin pur sont indissociables. Le féminin pur relève de l'ordre de l'Être caractérisé d'asexuel, c'est-à-dire dépourvu de motion pulsionnelle. Le masculin pur relève de l'ordre du Faire, il est pourvu de motions pulsionnelles. Le féminin pur conditionne la connaissance de Soi en plus du sentiment d'exister, et permet ensuite au sujet de développer un espace intime, à contenir. Une fois cet espace créé, le sujet peut donc utiliser ensuite les mécanismes de projection et d'introjection et entretenir des relations avec le monde environnant. C'est ce qui donne accès à l'altérité.

« Pourvu que l'environnement soit « suffisamment bon », l'enfant peut créer une zone d'illusion qui le rendra capable de supporter la désillusion lorsqu'il sortira de l'omnipotence et comprendra que l'objet ne lui appartient pas (objet objectivement perçu). C'est alors qu'il devra acquérir le « masculin pur » afin de s'approprier ce qu'il n'a pas, par une action. Il sera contraint de « faire ». Ce masculin de Winnicott, est donc actif (« faire ») et susceptible de se renverser en passivité (« être fait »), pour les filles comme pour les garçons. Tandis que le féminin pur n'a rien à faire, il n'a qu'à être, pourvu que la mère réussisse à entretenir l'illusion de la fusion. Cet état d'omnipotence illusoire est ce que l'enfant masculin, qu'il soit fille ou garçon, enviera à sa mère censée le posséder. Si le féminin pur, par défaillance de la mère ou de son substitut, ne réussit pas à s'installer, l'enfant ne pourra pas acquérir cette base de sécurité qui lui permettra d'affronter la séparation ».
(Guttieres-Green, 2003, p. 7).

J. André (1995)¹⁴⁵ nomme cet état de détresse, de manque d'aide, de passivité originaire ou « féminité originaire » traversée par le bébé quel que soit son sexe anatomique.

¹⁴³ Cournut, J. et M. : dépassant le cadre de la sexualité féminine et de la féminité ».

¹⁴⁴ Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard, 1975.

¹⁴⁵ André, J. (1995). *Aux origines féminines de la sexualité*. Paris, France : PUF, 2004.

Par la suite, certains auteurs mettent l'accent sur l'aspect relationnel et les processus que la relation maternelle vient mettre en jeu dans la phase que représente le féminin primaire, d'autres sur ce que la relation maternelle produit comme effet d'organisation sur la psyché infantile.

R. Stoller (1989)¹⁴⁶ parle par exemple de protoféminité qui correspond à un état premier de la constitution de la psyché, induit par la fusion qui se produit dans la symbiose mère-enfant. Chez le garçon, ce serait le père qui interromprait la fusion mère-fils en quantité et qualité. Le refus du féminin serait alors envisagé comme une défense contre la peur d'être absorbée par la mère originaire.

A. Anzieu (1990)¹⁴⁷ parle de fémellité, ce qui correspondrait à la phase d'indifférenciation à l'origine de l'Être, mais contrairement à D.W. Winnicott, pour elle la pulsion y participe. Si lors de cette phase le bébé expérimente l'instauration d'un lien suffisamment narcissisant avec son environnement, alors pourra s'établir par la suite la phase de la relation d'objet. M. Baudin (2009)¹⁴⁸ développe une notion qu'elle nomme aussi fémellité. D'après cette dernière, la fémellité constitue le premier terme du tryptique : fémellité, féminin, maternel. La fémellité représente ainsi le point d'accroche biologique de la pulsion sexuelle féminine du sujet possédant anatomiquement un sexe et des organes de reproduction féminins. Ce point de vue reprend la théorie freudienne de l'étayage de la pulsion à partir du soma. M. Baudin situe d'ailleurs la pulsion, l'excitation et le désir de satisfaction pulsionnelle de la fémellité des femmes dans l'espace corporel creux, caché, interne que représente son sexe anatomique. D'après M. Baudin, le sexuel féminin de la femme s'arrime secondairement au sexuel femelle, tout comme le maternel, étant donné les capacités biologiques et anatomiques spécifiques chez la femme de porter un enfant. M. Baudin précise tout de même également que le corps de la petite fille, sa fémellité, est tout de même d'emblée infiltrée par la projection des représentations, et par le sexuel génital de son environnement qui l'érogénise en lui apportant les soins primaires nécessaires. C'est ce qui fera le lit de souffrances liées au conflit qui peut émerger entre anatomie, ou autrement dit entre le soma, le réel du corps, et l'érogénéité de celui-ci.

Pour F. Guignard (1997)¹⁴⁹, la féminité psychique prend naissance dans l'identification du nouveau-né à la relation désirante de la mère pour le père.

M. Schneider (2004)¹⁵⁰ parle quant à elle de féminin élémental qui insiste sur la notion d'Être développée par D.W. Winnicott, et sur la notion d'intériorité.

¹⁴⁶ Stoller, R. (1989). *Masculin ou féminin ?*. Paris, France : PUF.

¹⁴⁷ Anzieu, A. (1990). *La femme sans qualité. Esquisse psychanalytique de la féminité*. Paris, France : Dunod.

¹⁴⁸ Baudin, M. (2009). Le feu et la poudre. Réflexions sur la folie ordinaire des vulvodynies. Dans J. André (dir.), *Folies de femmes* (p. 119-137). Paris, France : PUF.

¹⁴⁹ Guignard, F. (1997). *Épître à l'objet*. Paris, France : PUF.

¹⁵⁰ Schneider, M. (2004). *Le paradigme féminin*. Paris, France : Flammarion/Aubier-Psychanalyse.

E. Allouch conceptualise le féminin élémentaire, qu'elle nomme également le féminin en son essence comme un « lieu de création du lien entre le somatique et le psychique, celui de l'incarnation ou comment l'esprit vient au corps ! » (2008¹⁵¹, p. 43). Cette phase décisive dans la constitution des assises narcissiques subjectives est évidemment inscrite dans la relation à l'objet maternel qui porte en elle et transmet à son bébé toujours des éléments de sa libido génitalisée et qui fait énigme pour son bébé. C'est en cela que le féminin élémentaire est toujours le fruit de la « séduction généralisée » (Laplanche, 1987¹⁵²) selon E. Allouch.

I.5.3.4.1.2 Le féminin primaire

Pour J. Kristeva (2000)¹⁵³, le féminin primaire est un lieu spécifique d'organisation de l'espace psychique. A l'intérieur de celui-ci, selon les conditions de disponibilité et de capacité d'écoute chez la mère, et de réceptivité chez l'enfant, vient s'inscrire selon D. Guyomard (2009)¹⁵⁴ l'empreinte de cette phase du lien narcissisant dans la psyché infantile. Si cette phase se révèle suffisante et l'empreinte significative, celle-ci deviendra le socle pour l'instauration d'une relation différenciée possible.

Pour J. Godfrind (2001)¹⁵⁵, le « féminin », terme employé comme substantif, est transmis de base à travers la relation précoce avec la mère, qui est bien une femme. Ceci laisse sous-entendre que pour elle, l'archaïque est sexué ce qui implique donc qu'elle conçoive le narcissisme comme sexué puisqu'il prend source et s'étaye sur l'objet maternel sexué et sexuel.

Pour D. Cupa (2004)¹⁵⁶, la naissance du féminin chez le sujet provient des capacités contenant et pare-excitante de la mère. Elle décrit la contenance comme l'accueil, la réceptivité de la mère des mouvements pulsionnels intrapsychiques et intersubjectifs, de « la cruauté du bébé à transformer » et est constitutive du travail du féminin chez le sujet. Elle parle du couple d'opposé actif/passif, premier couple servant à S. Freud pour élaborer le développement de la psychosexualité¹⁵⁷, à l'intérieur même de la réceptivité féminine : actif signifie prendre en soi, interioriser et passif signifie recevoir, accueillir. La fonction maternelle pare-excitante, renversement de la fonction féminine excitante, sert à protéger la psyché infantile en

¹⁵¹ Allouch, E. (2008). Le féminin, aujourd'hui. *Connexions*, 2(90), 33-46.

¹⁵² Laplanche, J. (1987). *Nouveaux Fondements pour la psychanalyse*. Paris, France : PUF.

¹⁵³ Kristeva, J. (2000). *Le génie du féminin*. Paris, France : Fayard.

¹⁵⁴ Guyomard, D. (2009). *L'effet-mère : l'entre mère et fille, du lien à la relation*. Paris, France : PUF.

¹⁵⁵ Godfrind, J. (2001). *Comment la féminité vient aux femmes*. Paris, France : PUF.

¹⁵⁶ Cupa, D. (2004). La cruauté du surmoi féminin. Dans S. De Mijolla-Mellor (dir.), *La cruauté au féminin* (p. 55-92). Paris, France : PUF.

¹⁵⁷ Ces trois couples sont rappelés par J. Schaeffer (2003) : le couple d'opposés actif/passif au stade anal, le fonctionnement en tout ou rien porté par le couple phallique/châtré au stade phallique, et enfin la différence des sexes portée par le couple masculin/féminin au stade génital.

construction des débordements dépassant sa propre capacité féminine à recevoir l'excitation. Cette capacité de pare-excitation de la mère va permettre une issue à la période d'indifférenciation mère-enfant.

En somme, le féminin primaire pourrait être défini comme l'instauration d'un lien narcissisant grâce aux soins primaires et originaires notamment, qui génère la création d'un espace intérieur, intime permettant que se développent des relations d'objet et ainsi une ouverture vers un Autre grâce à l'intervention du tiers qui ouvre sur la bisexualité psychique et donne accès au féminin génital.

1.5.3.4.2 Le féminin secondaire, le féminin génital

Le féminin génital, secondaire se caractériserait par l'érotisation de la position passive chez la femme du féminin des origines, rappelons-le commune aux deux sexes. C'est ce qui préforme la réceptivité active chez C. Parat (1995)¹⁵⁸ spécifique à la femme. J. Schaeffer (1999)¹⁵⁹ nomme quant à elle ceci « le scandale du féminin » qui consiste en « l'abandon à l'amant de jouissance ».

J. Godfrind (2001)¹⁶⁰ évoque la manière dont évolue la relation maternelle lorsque la fille devient femme. Elle qualifie le partage souhaité entre mère et fille d'homosexuel, dans lequel mère et fille vont se rapprocher pour pouvoir échanger sur leurs astuces dont le but est de séduire les hommes :

« Toute analyse de femme peut se déchiffrer en terme de dégagement progressif de l'homosexualité secondaire, rapprochement avec la mère/femme dont le potentiel épanouissant peut enfin se découvrir. Alors, la peau se fait vêtement, maquillage, vernis à ongles. La secondarisation imprime sa griffe aux artifices de séduction dont les femmes dissertent entre elles, se partageant les recettes destinées à attirer les hommes. Et c'est bien ce qui s'interroge dans le transfert : comment accéder à une féminité vécue dans le corps, partagée avec une femme/mère et destinée à s'épanouir dans la rencontre avec l'homme ».
(Godfrind, 2001, p. 91).

Les ateliers tels que proposés aux patientes mettent en scène directement un partage de type homosexuel dans lequel est recherchée la valorisation narcissique par les soins et l'embellissement du corps après des soins du cancer mutilants, mais aussi la possibilité de retrouver/trouver la capacité de séduction qu'elles imaginent avoir perdue ou ne jamais avoir

¹⁵⁸ Parat, C. (1995). *L'affect partagé*. Paris, France : PUF.

¹⁵⁹ Schaeffer, J. (1999). Que veut la femme ? ou le scandale du féminin. Dans J. Schaeffer, M. Cournut-Janin, S. Faure-Pragier et F. Guignard. (dir.), *Clés pour le féminin. Femme, mère, amante, fille* (p. 25-40). Paris, France : PUF, 2005.

¹⁶⁰ Godfrind, J. (2001). *Comment la féminité vient aux femmes*. Paris, France : PUF.

eue. Nous constaterons dans les parties cliniques que la manière dont les patientes parlent de leurs objets d'amour actuels, des/de leurs hommes et/ou femmes, et de leur relation avec eux qu'elles vivent comme altérée, surtout depuis le cancer, est significative de leur représentation amoindrie de leur capacité de séduction.

D. Guyomard (2009)¹⁶¹ postule le fait que le féminin prend naissance dans le maternel à condition que le narcissisme infantile ait été suffisamment vitalisant. L'enfant fille passe de l'identification à la mère à l'identification au désir féminin de la mère pour un autre, ce qui introduit la triangulation dans la relation mère-fille. Le lien mère-enfant premier permet de donner les bases narcissiques nécessaires à l'instauration de la relation avec l'objet maternel établie, d'abord dans un premier temps grâce à la rencontre avec l'altérité dans le même que représente la mère, puis dans un second temps avec l'altérité du père dans la configuration œdipienne.

1.5.3.4.3 Le féminin maternel

Selon certains auteurs tels J. Chasseguet-Smirgel (1988)¹⁶², F. Guignard (1997, 2002)¹⁶³ ou encore J. Godfrind (2001)¹⁶⁴, le destin de la féminité et la maternité, de la mère envers sa fille, mais aussi de la maternité en devenir de la fille, restent indissociables l'un de l'autre.

F. Guignard (1997) pense que la féminité peut relever d'une position maternelle et d'une position féminine. Elle parle du développement de la fille grâce au recours au processus identificatoire « sans limites entre mère et fille » et en trois phases : le maternel primaire qui se définirait comme une tendresse désexualisée porteuse pour l'enfant, une capacité de rêverie maternelle ; le féminin primaire qui importerait chez la fille la sexualisation par l'érotisation des soins corporels par la mère et l'identification du bébé fille à une mère, qui est aussi une femme qui se tourne vers l'homme ; et enfin l'Œdipe précoce. La mère constitue pour la fille, et la femme qui devient mère à son tour, le modèle de référence identitaire. Elle évoque chez la femme adulte devenue mère la mise en place d'une bascule fonctionnelle entre féminin et maternel qui restent clivés, lui permettant de tenir hors représentation la limite entre les deux que constitue l'inceste.

¹⁶¹ Guyomard, D. (2009). *L'effet-mère : l'entre mère et fille, du lien à la relation*. Paris, France : PUF.

¹⁶² Chasseguet-Smirgel, J. (1988). *Les deux arbres du jardin : essais psychanalytiques sur le rôle du père et de la mère dans la psyché*. Paris, France : Éditions des femmes, 2005.

¹⁶³ Guignard, F. (1997). *Épître à l'objet*. Paris, France : PUF.

Guignard, F. et Bokanowski, T. (2002). *La relation mère-fille, entre partage et clivage*. Paris, France : In press, 2012.

¹⁶⁴ Godfrind, J. (2001). *Comment la féminité vient aux femmes*. Paris, France : PUF.

J. Chasseguet-Smirgel (1988) parle d'une « disposition à la maternité » indissociable de la féminité qui existerait chez l'homme et la femme. Toutefois elle serait plus grande chez la femme du fait qu'elle possède la capacité biologique de porter des enfants.

J. Godfrind (2001) évoque quant à elle un maternel féminin qui intègre des positions maternelles et infantiles avec lesquelles le bébé entre en contact très tôt, et je rajoute sans doute déjà pendant la vie fœtale d'après les travaux de J. Bergeret et M. Houser (2004)¹⁶⁵, qui mettent en évidence le développement de la vie psychique du fœtus en lien avec les conséquences de la vie psychique sur le fonctionnement biologique et psychosomatique de sa mère qui le porte. En effet, J. Godfrind revient sur la conception de la construction de l'identité sexuée féminine créant les soubassements narcissiques de la personnalité et donc de la sexualité infantile qu'en fait R. Stoller (1989)¹⁶⁶ cité auparavant. J. Godfrind insiste quant à elle sur l'infiltration permanente du sexuel féminin dans le maternel. C'était également la position de S. Ferenczi (1932)¹⁶⁷ quand il évoque la confusion des langues entre adulte et enfant, ou celle de J. Laplanche (1987)¹⁶⁸ quand il développe la notion de séduction généralisée.

1.5.3.4.4 Le travail du féminin

Plusieurs auteurs parlent du travail du féminin telle J. Schaeffer (1999)¹⁶⁹ ou D. Cupa (2004)¹⁷⁰ pour insister sur le fait qu'il s'agit d'un processus dynamique qui « est constamment en mouvement d'élaboration et de désélaboration vers le "refus du féminin" » (Schaeffer, 2013¹⁷¹). Il est à l'œuvre toute la vie et particulièrement mobilisé dans des moments de vie critiques chez la femme, relatifs aux transformations développementales ou accidentelles me semble-t-il. Celle-ci amène la distinction suivante entre féminité et féminin :

« (...) le terme de « féminité », proche de la mascarade, destinée à apprivoiser l'angoisse de castration de l'homme, et celui de « féminin », tout intérieur, porteur de fantasmes dangereux. La féminité du côté du corps, le féminin du côté de la chair ».
(Schaeffer, 2013, p. 177).

¹⁶⁵ Bergeret, J. et Houser, M. (2004). *Le fœtus dans notre inconscient*. Paris, France : Dunod.

¹⁶⁶ Stoller, R. (1989). *Masculin ou féminin ?*. Paris, France : PUF.

¹⁶⁷ Ferenczi, S. (1932). *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion*. Paris, France : Payot, 2004.

¹⁶⁸ Laplanche, J. (1987). *Nouveaux Fondements pour la psychanalyse*. Paris, France : PUF.

¹⁶⁹ Schaeffer, J. (1999). Que veut la femme ? ou le scandale du féminin. Dans J. Schaeffer, M. Cournut-Janin, S. Faure-Pragier et F. Guignard. (dir.), *Clés pour le féminin. Femme, mère, amante, fille* (p. 25-40). Paris, France : PUF, 2005.

¹⁷⁰ Cupa, D. (2004). La cruauté du surmoi féminin. Dans S. De Mijolla-Mellor (dir.), *La cruauté au féminin* (p. 55-92). Paris, France : PUF.

¹⁷¹ Schaeffer, J. (2013). *Le refus du féminin*. Paris, France : PUF.

L. Bongrand (2015)¹⁷² poursuit ce point de vue en précisant qu'il consiste en la construction d'un lieu intime, si ce n'est plus tard préservation de celui-ci, travail nécessaire en effet tout au long de la vie chez tout un chacun. Je rajouterai qu'en effet, dans la perspective de son évolution de vie, un sujet rencontre des moments que l'on peut qualifier de crise tant ils viennent bouleverser un équilibre précédemment trouvé, et obliger le sujet à réorganiser son fonctionnement. Nous connaissons par exemple la crise pubertaire, et plus spécifiquement pour la femme la crise liée à la maternité, la crise liée à la ménopause. Notons que ces événements s'ancrent tous dans une réalité somato-psychique qui met à l'épreuve et dans un même mouvement offre de nouvelles voies d'étayage corporel, mais aussi intersubjectif par les rencontres que le sujet est amené à faire dans ces contextes. La crise cancéreuse pourrait également être envisagée selon ce même principe (désorganisateur-réorganisateur).

J. Schaeffer (2013) a évoqué le rôle important que la mère joue dans l'accession de sa fille à son féminin. Elle devra se détourner du risque d'une relation exclusive avec sa fille si elle abandonne l'investissement sexuel génital pour un homme sinon elle risque de menacer l'identité féminine de sa fille.

« Le trop de maternel qui vise, nous l'avons évoqué, à l'exclusion de la figure paternelle et à l'utilisation de l'enfant comme complément narcissique, peut aller jusqu'à provoquer chez lui les troubles les plus graves de son identité. Si l'enfant est maintenu comme partenaire érotique de la mère, dans une relation perverse, il est menacé dans sa sexualité future d'adulte. Une mère qui se complète (au sens de complétude) avec son enfant, au lieu de se compléter (au sens de complémentarité) avec son partenaire amoureux, menace l'intégrité identitaire ou sexuelle de son enfant ».
(Schaeffer, 2013, p. 177).

J. McDougall (1996)¹⁷³ avait d'ailleurs parlé de la solution homosexuelle trouvée par la fille comme tentative de survie psychique justement devant le risque destructeur d'une relation maternelle trop proximale, en tentant de conserver une intégrité narcissique par identification au père exclu.

D. Quinodoz (2003)¹⁷⁴ parle de la notion de « féminin-amante » qui fait référence au féminin tourné vers l'autre sexe. Ce terme lui permet de différencier les représentations liées au féminin-maternel par exemple et développe les fonctions symboliques des organes sexuels féminins d'après la fantasmatique que chacun draine : l'utérus pour le féminin-maternel, le vagin pour le féminin-amante et les seins pour des fonctions nutritives d'après elle. Elle évoque aussi la forme particulière que prennent les angoisses relatives au complexe de castration chez

¹⁷² Bongrand, L. (2015). *Approche psychosomatique de l'insuffisance rénale : enjeux du féminin* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.

¹⁷³ McDougall, J. (1996). *Éros aux mille et un visages*. Paris, France : Gallimard.

¹⁷⁴ Quinodoz, D. (2003). La honte d'une féminité définie par la négative : plutôt deux fois qu'une. *Revue Française de Psychanalyse*, 5(67), 1841-1848.

la fille. Selon D. Quinodoz, la fille craindrait pour l'intégrité ou le bon fonctionnement de ses organes internes :

« Cette angoisse féminine peut prendre diverses formes, par exemple l'angoisse que ces organes soient endommagés, qu'ils risquent de fonctionner mal ou pas du tout ». (Quinodoz, 2003, p. 1845).

Les patientes rencontrées dans le Dispositif sont confrontées à l'endommagement d'un ou de plusieurs organes sexuels, qu'elles en aient été amputées ou que ceux-ci aient subi les effets secondaires des traitements (brûlures, tumorectomie). Ces événements actuels créent le lit de la rencontre entre la réalité de l'atteinte des organes et des fantasmes de castration avec la réactualisation des angoisses de castration féminines liées à la relation avec l'environnement primaire, qui vont générer me semble-t-il une véritable menace psychique et identitaire. Comment alors accompagner ces femmes dans un processus de symbolisation de l'atteinte cancéreuse et des angoisses qui resurgissent à l'occasion de celle-ci liées à la construction de leur féminin, et de subjectivation des transformations à la fois corporelles, identitaires mais aussi relationnelles ? Cela demande que le Dispositif puisse servir de support privilégié au travail du féminin.

I.5.4 LE GROUPE A MEDIATION

I.5.4.1 *QUELQUES ELEMENTS DE LA THEORIE PSYCHANALYTIQUE DE GROUPE*

Selon R. Kaës (1999)¹⁷⁵, les travaux sur les théories psychanalytiques de groupe tirent leur origine de la pensée de S. Freud distillée dans l'ensemble de ses travaux. Après en avoir réalisé une synthèse, R. Kaës formule trois hypothèses basées sur des observations que S. Freud avait réalisées sur le groupe et les liens entre groupe et sujet du groupe :

« (...) l'hypothèse d'une organisation groupale de la psyché individuelle ; l'hypothèse que le groupe est le lieu d'une réalité psychique spécifique ; l'hypothèse que la réalité psychique du groupe précède le sujet et sa structure ». (Kaës, 1999, p. 22).

En Angleterre, W.R. Bion et S.H. Foulkes en sont les principaux auteurs qui considèrent le groupe comme une entité à part entière dans laquelle se développe des processus et des formations spécifiques de la vie psychique. W.R. Bion (1961)¹⁷⁶ différencie le groupe de travail,

¹⁷⁵ Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF.

¹⁷⁶ Bion, W.R. (1961). *Recherches sur les petits groupes*. Paris, France : PUF, 1965.

dans lequel les processus secondaires sont prévalents, du groupe de base, dans lequel, cette fois-ci, ce sont les processus primaires qui sont prévalents, sous la forme de présupposés de base : la dépendance, l'attaque-fuite, le couplage. Il rapproche le fonctionnement des groupes de base des processus primaires décrits par M. Klein tels les angoisses et défenses archaïques et la relation avec des objets partiels. S.H. Foulkes (1964)¹⁷⁷ est considéré comme l'un des fondateurs de la Group-analysis qui s'avère être une méthode d'investigation des processus psychiques groupaux et une technique de psychothérapie psychanalytique de groupe. Ces deux courants distinguent bien l'espace de travail intrapsychique proposé par la cure individuelle et l'espace de travail issu des liens de groupe.

En Amérique du Sud, et notamment en Argentine, E. Pichon-Rivière (1971)¹⁷⁸ travaille sur le concept de lien : le sujet n'est jamais un individu seul puisqu'il appartient toujours au moins à un groupe qui est sa famille, qui elle-même a une place dans une société donnée. Il développe les groupes opératifs dans lesquels il enseigne de manière élaborative des éléments de psychopathologie aux infirmiers ce qui modifie leurs pratiques. J. Bleger (1971)¹⁷⁹ distingue deux modalités de sociabilité chez l'individu : la sociabilité syncrétique et la sociabilité par interaction. Dans la première, J. Bleger postule qu'un sujet possède en lui des parties qui lui sont étrangères, non vécues et donc par conséquent non psychisées. C'est ce qu'il nomme le Moi syncrétique. Un sujet dépose en permanence des parties de ce Moi syncrétique, notamment dans les institutions et sur le cadre thérapeutique. Et pour autant, cette partie qui lui échappe est pleinement constitutive de son identité. La sociabilité par interaction suppose l'établissement de relations d'objet intrapsychiques et intersubjectives. Par la suite, les travaux de I. Berenstein et de J. Puget (2008)¹⁸⁰ continuent de développer le concept de lien notamment le lien de couple, dans les familles, dans les groupes et les institutions.

En Italie, la Group-analysis et les théories bioniennes influencent fortement les pratiques psychanalytiques de groupe avec le développement de nombreuses communautés thérapeutiques dans lesquelles vivaient ensemble patients et thérapeutes avec leur famille, ainsi que celle des travaux de S. Resnik (1989, 2009)¹⁸¹ sur les ponts qu'il établit entre psychose et fonctionnement de groupe.

¹⁷⁷ Foulkes, S.H. (1964). *Psychothérapie et analyse de groupe*. Paris : Payot, 1970.

¹⁷⁸ Pichon-Rivière, E. (1971). *Le processus groupal*. Ramonville Saint-Agne, France : Erès, 2004.

¹⁷⁹ Bleger, J. (1971). Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions. Dans R. Kaës (dir.). (1987). *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques* (p. 47-61). Paris, France : Dunod.

¹⁸⁰ Berenstein, I. et Puget, J. (2008). *Psychanalyse du lien : dans différents dispositifs thérapeutiques*. Ramonville Saint-Agne, France : Erès.

¹⁸¹ Resnik, S. (1989). Transfert entre multiplicité et groupalité. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (12), 9-19.

Resnik, S. (2009). Bion et Foulkes, deux présences en dialogue avec moi. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(52), 61-70.

Enfin en France, D. Anzieu et R. Kaës (1972, 1973)¹⁸² ont largement contribué à l'extension de la théorie psychanalytique adaptée au groupe, et à l'utilisation du groupe dans un but psychothérapeutique. D. Anzieu introduit la notion du groupe comme moyen et lieu de réalisation de désirs inconscients (1975)¹⁸³, et R. Kaës (1976)¹⁸⁴ théorise ce qu'il nomme l'appareil psychique groupal et l'action d'appareillage des psychés dans une situation de groupe. Ceux-ci s'inscrivent dans une lignée de travaux déjà engagés depuis les années d'après-seconde guerre mondiale. R. Kaës a consacré une grande partie de son œuvre au développement de ce qu'il nomme une « métapsychologie de troisième type » (1999)¹⁸⁵, p. 122) qui étudie à la fois le groupe comme une entité spécifique possédant sa réalité psychique avec des formations et des processus qui lui sont propres, le sujet dans le groupe et les liens intersubjectifs en prêtant attention aux effets produits par la réalité psychique groupale chez les sujets des liens intersubjectifs, et aux effets produits par le groupe sur l'organisation de la vie psychique singulière d'un sujet. Les travaux psychanalytiques sur les groupes montrent alors toutes les dimensions qu'il peut revêtir : par ses effets de mise en évidence de phénomènes inconscients et de processus de transformation psychique sur le sujet, le groupe peut être utilisé comme méthode de recherche et il peut permettre la mise en œuvre de soins psychothérapeutiques. De nombreux travaux continuent de faire évoluer et d'enrichir la psychanalyse de groupe, notamment les travaux des membres du CIRPPA (Centre d'Information et de Recherches en Psychologie et Psychanalyse Appliquées aux groupes) de P. Privat et D. Quélin-Soulinoux (2005)¹⁸⁶ et de J-B. Chapelier (2017)¹⁸⁷. La SFPPG (Société Française de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe) avec son organe de publication qui est la Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, permet également de diffuser et de promouvoir des travaux de recherche internationaux sur les pratiques de groupe.

1.5.4.2 L'UTILISATION CLINIQUE DU GROUPE A MEDIATION

Après avoir rappelé quelques éléments qui spécifient le travail psychanalytique dans les groupes à partir desquels la recherche a été construite, je vais désormais évoquer la pertinence

¹⁸² Anzieu, D. et Kaës, R. (dir.). (1972). *Le travail psychanalytique dans les groupes, I, Cadre et processus*. Paris, France : Dunod, 1982.

Kaës, R. (dir.). (1973). *Fantasmes et formation*. Paris, France : Aubin.

¹⁸³ Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Paris : Dunod, 1996.

¹⁸⁴ Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris, France : Dunod, 2010.

¹⁸⁵ Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF.

¹⁸⁶ Privat, P. et Quélin-Soulinoux, D. (2005). *Travailler avec les groupes d'enfants*. Paris, France : Dunod.

¹⁸⁷ Chapelier, J-B. (2017). Origines et destins des traumatismes. Dans J-J. Grappin et J-J. Poncelet (dir.), *Groupes et traumatismes* (p. 11-22). Toulouse, France : Erès.

de proposer un dispositif qui utilise une médiation dans la rencontre psychothérapeutique en groupe.

R.Kaës (2002)¹⁸⁸ rappelle que le principe qui préside à l'utilisation de médiations en psychothérapie est le fait qu'elle permette de produire :

« Un effet de langage, et plus précisément de parole, là où elle fait défaut, là où elle est en souffrance. [Les médiations] prennent leur valeur d'être proposées comme un embrayeur de processus associatifs, de mise en marche de l'activité de liaison et de symbolisation ».

(Kaës, 2002, p. 16).

Cependant cet auteur rappelle également que la médiation ne possède pas de qualité thérapeutique en soi. De manière caricaturale, il ne suffirait pas de mettre un médium et une pièce à disposition des patients. Effectivement, c'est le lien intersubjectif entre les patients et le(s) soignant(s), basé sur l'écoute et la parole, engendrant l'instauration de liens transférentiels, qui permet un travail de médiation. D. Mellier parle de dispositifs comme offre de contenants qui devraient pouvoir faire « appel aux souffrances primitives pour permettre leur traitement » (2005¹⁸⁹, p. 209). Puis il définit plusieurs constantes que nous pouvons repérer dans ces dispositifs comme offre de contenants, notamment celle de la médiation qui permet de différer la réponse formulée ou agie, ce qui initie une temporalité, et d'introduire la notion de plaisir dans l'espace psychique et dans l'espace thérapeutique.

Afin d'argumenter en faveur de l'intérêt de proposer des soins psychiques dans lesquels sont pratiquées des médiations en groupe, C. Vacheret (2011)¹⁹⁰ a mis en évidence des fonctions psychiques que remplissent à la fois le groupe et la médiation et qui justifient de l'intérêt à proposer des espaces de soins qui en proposent une synergie :

« Il nous faut dire que les dispositifs groupaux à médiation ne sont ni des modes, ni des fantaisies, ni des gadgets. Ce sont de véritables espaces de transformation de la réalité psychique inconsciente, qui s'appuient à la fois sur toutes les capacités du groupe, *la fonction contenante, la fonction conteneur, et la fonction de production imaginaire* - trois fonctions qui me semblent communes au groupe et à l'objet médiateur, et déterminantes dans la fonction de symbolisation ».

(Vacheret, 2011, p. 72).

Grâce à l'aire d'expériences potentielle proposée, le groupe à médiation, accueille les mouvements pulsionnels du sujet par sa fonction contenante, et en accompagne la

¹⁸⁸ Kaës, R. (2002). Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires. Dans B. Chouvier (dir.), *Les processus psychiques de la médiation* (p. 11-28). Paris, France : Dunod.

¹⁸⁹ Mellier, D. (2005). *Les bébés en détresse*. Paris, France : PUF.

¹⁹⁰ Vacheret, C. (2011). Le Photolangage, une médiation thérapeutique. Un bref historique des théories groupales. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 61-72). Toulouse, France : Erès.

transformation par les fonctions conteneur et la subjectivation par la fonction de production imaginaire.

B. Chouvier (2016)¹⁹¹ reprend cette notion de fonction transformatrice du groupe en proposant de qualifier la participation d'un sujet à un groupe thérapeutique de « Parcours existentiel signifiant » dans le sens où chacun de ses membres va inscrire dans sa mémoire et dans sa conscience en lui des traces de ce qui se passe dans le groupe et qui auront de la valeur pour lui. Il propose d'attribuer également trois fonctions à l'objet médiateur : une fonction expressive, de communication de soi par l'un des canaux sensoriels que l'objet médiateur mobilise et qui restait indicible jusque-là, une fonction signifiante simultanée pour le sujet et le groupe, et une fonction relationnelle car il provoque la communication entre les membres du groupe et supporte les adresses transférentielles.

R. Roussillon (2011a)¹⁹² définit le processus de symbolisation des dispositifs à médiations comme consistant à accueillir le transfert de la « matière psychique première » des patients, à lui donner une forme grâce à la matérialité des objets médiateurs, à la co-transformer en groupe, et à en produire du sens que le patient reste ensuite libre ou en capacité de pouvoir s'en approprier des éléments. Il identifie que ce processus prend appui sur trois fonctions :

« La fonction phorique dont le rôle est d'attirer, recueillir, contenir et porter (phorein) ce qui est transféré ; la fonction sémaphorique dont l'enjeu est de mettre en forme signifiante, en signe (semenphorein, le porte-signe) la matière psychique accueillie, et enfin la fonction métaphorique qui vise à la rendre symbolisable et intégrable, à la mettre en sens ».

(Roussillon, 2011, p. 28).

Ces trois fonctions définiraient, selon R. Roussillon, le fondement de chaque dispositif à médiation qui se revendiquerait thérapeutique. Nous verrons ainsi dans le chapitre méthodologique comment l'ensemble des éléments du cadre ont été pensés en fonction du type de souffrance des patientes, actuelles comme passées, et en fonction de leurs capacités à investir et à utiliser cet espace de soin.

A. Brun (2016a)¹⁹³ évoque que les deux fondements de la méthode psychanalytique sont l'observation et l'étude de l'associativité et celles du transfert. C'est ainsi qu'elle définit trois types d'associativité à prendre en considération dans les groupes à médiation que sont l'associativité non-verbale, corporelle, sensori-affectivo-motrice : gestualité, mimiques, postures, choix des instruments, médium ; l'associativité verbale, groupale et individuelle ; et enfin l'associativité formelle, des signifiants formels, des impressions sensorielles qui

¹⁹¹ Chouvier, B. (2016). Les objets médiateurs dans le groupe thérapeutique. *Dialogue*, 3(213), 11-24.

¹⁹² Roussillon, R. (2011a). Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 21-35). Toulouse, France : Erès.

¹⁹³ Brun, A. (2016a). Spécificités de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques, *Cliniques*, 1(11), 16-44.

traversent les sujets sans qu'ils en soient organisateurs ou sujets d'ailleurs. Il s'avère que nous allons retrouver ces différents axes d'observation de l'associativité dans le cosmétogramme que je différencie comme suit : « ce que la patiente donne à voir d'elle, ce que la patiente donne à entendre d'elle, ce que la patiente donne à ressentir ». J'ai rapidement remarqué que l'observation se révélait être multifocale dans les ateliers. En effet, outre l'observation et l'écoute du/des discours et de son associativité individuelle et groupale, l'observation des corps et de leurs langages, ceux des patientes et ceux des thérapeutes, se révélait cruciale. Les cliniciens qui ont pratiqué une médiation corporelle telle la danse (Le Poder, Baraton, 2013¹⁹⁴) ont constaté qu'au-delà des indices contre-transférentiels qu'il pouvait apporter, le corps du clinicien peut être utilisé lui-même comme médium malléable, et ainsi se révéler être un opérateur symboligène. De plus, il devenait d'autant plus intéressant de mettre en lien, si ce n'est de confronter, tous ces critères d'observation afin d'en dégager des points de concordance ou au contraire de divergence afin d'en tirer des conclusions à propos des mouvements pulsionnels ambivalents ou paradoxaux qui habitent les sujets.

Pour ce qui concerne la question du transfert, A. Brun (2013)¹⁹⁵ en définit également trois types à analyser en situation de groupe à médiation : le transfert sur le médium (objet(s) médiateur(s) et animatrice(s) qui présente(nt) les objets médiateurs), le transfert sur le groupe, et le transfert sur le cadre. Le transfert sur le médium inclut à la fois la prise en compte du transfert sur les objets médiateurs, mais aussi sur les objets qui proposent, qui présentent au sens de winnicottien, les objets médiateurs. Quant au transfert sur le groupe, A. Brun reprend le concept de diffraction du transfert de R. Kaës (1999)¹⁹⁶ qui garantit que la charge transférentielle, affective, mais aussi sensorielle pour A. Brun, de chaque patient soit dispersée et diluée car le groupe propose plusieurs adresses. Le transfert sur le cadre paraît important à analyser si nous nous référons à la théorie du cadre psychanalytique de J. Bleger (1979)¹⁹⁷. Celui-ci définit que le cadre psychanalytique, sur le modèle de la mère, va représenter « le non-moi de l'individu ». Le cadre est « la partie la plus régressive, la plus psychotique des patients. (Cela va pour tous les types de patients). Le cadre est une présence permanente comme le sont les parents pour l'enfant. Sans eux aucun développement du moi n'est possible » (Bleger, 1979, p. 269). Ainsi le transfert sur le cadre renseigne sur ou questionne le vécu de sécurité/d'insécurité interne des

¹⁹⁴ Roussillon, R., Baraton, C., Lorin De Reure, A., Le Poder, A-S. et Thietry, F. (2013). Le corps comme médiation médium malléable. Dans A. Brun, B. Chouvier et R. Roussillon (dir.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (p. 259-292). Paris, France : Dunod.

¹⁹⁵ Brun, A. (2013). Spécificité du transfert dans les médiations thérapeutiques. Dans A. Brun, B. Chouvier et R. Roussillon (dir.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (p. 159-187). Paris, France : Dunod.

¹⁹⁶ Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF.

¹⁹⁷ Bleger, J. (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique. Dans R. Kaës (dir.), *Crise, rupture et dépassement : analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale* (p. 255-285). Paris, France : Dunod.

patientes dans le groupe au moment précis de l'atelier. Nous constaterons d'ailleurs dans les chapitres cliniques que la dimension temporelle du cadre a été notamment souvent dépassée. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées : incapacité de la part des animatrices à assurer un espace-temps rassurant, ou mise à l'épreuve de leur capacité à opérer l'acte frustrant de fin ? Signe de débordement psychique pour les patientes, ou de difficultés avec la problématique des limites ?

Ainsi les thérapeutes doivent avoir pensé et ajusté le cadre du groupe à médiation afin de garantir un sentiment de sécurité de base pour tous, mais aussi pour garantir des effets de transformation intrapsychique et de remaniement moïque. Ce qui rend l'objet médiateur thérapeutique, c'est bien l'instauration d'un cadre-dispositif selon A. Brun (2013)¹⁹⁸.

Pour ce qui concerne la particularité du nôtre qui définit un travail en co-animation, je rajouterai un quatrième type de transfert à analyser, l'intertransfert, qui a été défini par R. Kaës (1999) comme étant le transfert de chaque animateur de ses propres dispositions intrapsychiques sur ses co-animateurs en fonction de la situation particulière de groupe et de la dynamique transféro-contre-transférentielle. L'analyse intertransférentielle est :

« (...) l'élaboration ordonnée à la fonction psychanalytique dans cette modalité du dispositif de groupe. Cette analyse porte sur les emplacements transférentiels alloués par chaque psychanalyste à l'autre psychanalyste dans la situation de groupe et sur les effets contre-transférentiels de chacun sur chaque autre : une telle analyse est une condition nécessaire à l'élaboration de l'interprétation ».
(Kaës, 1999, p. 42).

Dans la clinique psycho-socio-esthétique, l'analyse intertransférentielle va se révéler être un outil précieux pour procéder par formulation d'hypothèses concernant les vécus diffractés et négativés des patientes.

C. Vacheret (2002)¹⁹⁹ spécifie encore davantage le processus de diffraction du transfert dans le groupe en faisant ressortir la manière dont s'opère selon elle la diffraction. Elle le nomme « le transfert par dépôt » :

« [...] chaque membre dépose en chaque autre une facette de lui-même, à son insu, de même que chacun des participants est potentiellement dépositaire d'une partie de l'autre, également déposée en lui, à son insu ».
(Vacheret, 2002, p. 148).

Elle explique alors que ce processus de diffraction du transfert, par dépôt, ainsi que la permanence de l'objet médiateur, favorisent la contention puis la transformation des

¹⁹⁸ Brun, A. (2013). Construction du cadre-dispositif en situation individuelle ou groupale. Dans A. Brun, B. Chouvier et R. Roussillon (dir.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (p. 95-121). Paris, France : Dunod.

¹⁹⁹ Vacheret, C. (2002). Groupes à médiation et processus de liaison. Dans C. Vacheret (dir.), *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques* (p.147-156). Paris, France : Dunod.

mouvements pulsionnels primitifs révélés et engendrés par la réactivation de traces sensorielles archaïques. Ainsi la médiation groupale proposée dans les ateliers, générant des sensations tactiles, puis visuelles, permet d'offrir aux personnes un lieu contenant pour la violence engendrée par la fusion et par la résurgence des traces en appel de symbolisation réactivées par la relation de soins peau-à-peau et par les différentes sensations que proposent les produits.

Nous pourrions alors nous demander si le processus de diffusion des anxiétés primitives dans le groupe comme le propose D.Mellier (2005)²⁰⁰ n'est pas également identifiable dans les ateliers. Cet auteur pense que la diffraction concerne les angoisses de séparation, et que la diffusion concerne les anxiétés primitives. Il semble que les ateliers réactivent des vécus de fusion et une perte des limites entre l'individu et le groupe. Les anxiétés primitives viennent toucher chaque membre provoquant malaises et tensions chez chacun, et ne peuvent être localisées qu'une fois que nous avons pu sentir, élaborer et identifier à quel type d'angoisse elles pouvaient nous renvoyer, et ainsi renvoyer les autres membres du groupe.

Enfin, R. Jaitin (2002)²⁰¹ met en évidence cinq adresses transférentielles dans les groupes de formation. Elle parle de « transfert pentavectoriel » en ajoutant le transfert avec l'objet de connaissance à la définition proposée par A. Béjarano (1975)²⁰² du clivage du transfert (central, latéral, groupal et avec le monde externe). Elle pointe alors le rapport que pourrait entretenir les membres du groupe avec le contenu qui est transmis. Dans la première forme de notre dispositif, le contenu était très directif et pouvait s'apparenter à des ateliers d'apprentissage de techniques de soins esthétiques et de maquillage. Ainsi nous pourrions nous intéresser au rapport qu'entretiennent les femmes avec les transmissions de méthode de maquillage ou de soin lors des premiers groupes.

²⁰⁰ Mellier, D. (2005). *Les bébés en détresse*. Paris, France : PUF.

²⁰¹ Jaitin, R. (2002). Théories et méthodes de formation à l'école de Pichon-Rivière (Buenos Aires). *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(39), 141-179.

²⁰² Béjarano, A. (1975). Résistances et transfert dans les groupes. Dans D. Anzieu (dir.), *Le travail psychanalytique dans les groupes* (p. 68-139). Paris, France : Dunod.

SYNTHESE DU CHAPITRE I

Ce premier chapitre est destiné à proposer une présentation introductive de la recherche. Pour ce faire, il reprend des éléments qui constituent ce que je nomme l'histoire, si ce n'est la préhistoire de celle-ci. C'est ainsi que je reviens sur mes travaux réalisés dans le cadre du Master 2 Recherche en évoquant les principaux résultats de la pratique des soins esthétiques en groupe avec des femmes souffrant de graves troubles narcissiques-identitaires. J'évoque également l'émergence du désir de poursuivre la recherche sur l'intérêt qu'offre l'outil esthétique dans une proposition de soin psychologique en milieu somatique consécutivement à ma prise de poste en chirurgie gynécologique et oncologique.

Puis j'ai souhaité rendre compte des démarches qu'il a été nécessaire d'accomplir afin de pouvoir envisager la mise en œuvre concrète du dispositif de recherche sur mon lieu de pratique. J'ai alors évoqué la question du financement de celle-ci, ainsi que la question de sa reconnaissance et de sa qualification par les instances officielles pour pouvoir prendre place dans le paysage de la recherche hospitalière tout en conservant ses spécificités. Ensuite, j'ai évoqué une des étapes majeures de mon parcours de chercheuse qui a été la rencontre et l'évolution de la relation avec la socio-esthéticienne. En effet, celle-ci a favorisé la mise en place d'un véritable espace de co-création rendant alors possible l'ajustement des aménagements du dispositif et le travail de co-animation des ateliers léger et plaisant.

Enfin, j'ai abordé des aspects plus académiques de la thèse qui concernent la définition et la délimitation du champ et de l'objet de recherche, ainsi que la proposition d'un état de la question relatif à ma thématique. J'ai alors spécifié le champ de recherche dans le domaine de la psychologie clinique d'orientation psychanalytique et plus précisément à la croisée de l'approche psychosomatique psychanalytique avec une réflexion sur la spécialité de la psycho-oncologie et des groupes thérapeutiques à médiation. Ce champ de recherche s'inscrit également au carrefour de plusieurs disciplines telle la gynécologie oncologique en médecine, ou encore la socio-esthétique. J'ai déterminé également l'objet de recherche que je qualifie de double : définir le rôle et la fonction thérapeutique de ce Dispositif particulier dans le soin psychique des patientes souffrant ou ayant souffert d'un cancer féminin ; mais aussi modéliser ce Dispositif en mettant au travail des ajustements/variations de son cadre et en proposer une grille d'observation facilitant le repérage des processus psychiques dans le but de les analyser. L'état de la question qui clôt cette première partie de thèse recense des travaux portant sur le cancer et la psycho-oncologie, propose la mise en tension des termes estime de soi et narcissisme, puis une approche comparative des termes féminité, identité féminine, féminin, femellité, et enfin rapporte des travaux issus de la clinique du groupe à médiation.

II METHODOLOGIE

Dans le premier chapitre, en guise d'introduction, j'ai présenté les éléments constitutifs de l'histoire et de la présentation générale de la recherche. En effet, il me paraissait important dans un premier temps de resituer le contexte dans lequel cette recherche a vu le jour.

Dans ce deuxième chapitre, je vais désormais exposer et discuter les critères qui fondent la logique de ma méthode de recherche. Tout d'abord je vais développer l'ensemble des questionnements qui constituent la problématique de recherche, suivie des hypothèses de travail qui ont vectorisé les axes de recherche de la thèse et par conséquent les choix opérés dans mon matériel clinique, individuel et groupal. Puis je présenterai les outils qui m'ont permis de recueillir ce matériel clinique et je discuterai de leur intérêt, ou plutôt de leur pertinence par rapport à la méthode, mais aussi de leurs limites.

II.1 PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

II.1.1 QUATRE POSTULATS PREALABLES

Afin de formuler l'ensemble des questionnements qui composent la problématique de recherche, je vais énoncer de nouveau les quatre postulats à partir desquels j'ai orienté et délimité ce travail :

- L'annonce d'un cancer et le vécu des soins nécessaires à le traiter ont une portée traumatique importante qui bouleverse le rapport à soi, tant corporel que psychique, le rapport au monde et à la vie, et les relations avec les autres en général (Deschamps (1997)²⁰³, Ben Soussan (2004, 2016)²⁰⁴, Ruzniewski (2012, 2016)²⁰⁵, Ferrant (2008)²⁰⁶, ...).

²⁰³ Deschamps, D. (1997). *Psychanalyse et cancer. Au fil des mots* Paris, France : L'Harmattan.

²⁰⁴ Ben Soussan, P. (dir.). (2004). *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte*. Toulouse, France : Erès.
Ben Soussan, P. (2016). Édito. *Cancer(s) et Psy(s)*, 1(2), 8-16.

²⁰⁵ Ruzniewsky, M. et Bouleuc, C. (2012). L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec*, 2(60), 24-37.

Ruzniewsky, M. et Rabier, G. (2016). La voix des personnes face à la maladie grave. *Revue internationale de soins palliatifs*, (31), 9-11.

²⁰⁶ Ferrant, A. (2008). Honte et cancer. Dans A. Ciccone et A. Ferrant, *Honte, culpabilité et traumatisme* (p. 189-209). Paris, France : Dunod, 2015.

- L'expression somatique d'un sujet, plus spécifiquement cancéreuse ici, peut s'avérer être une solution d'expression voire de traitement de conflits psychiques du sujet. Le travail du clinicien est alors d'accompagner le patient dans la voie de l'écoute et de l'expression de soi afin de favoriser une réorganisation psychosomatique (Dumet (2009, 2014, 2016)²⁰⁷, Debray (2002)²⁰⁸, Bacqué (2015)²⁰⁹, Schwering (2014a)²¹⁰, ...).
- Les processus de réflexivité psychique et d'appropriation subjective semblent mis à mal, stoppés ou inopérants chez les patients souffrant d'un cancer. Cependant, il semble opportun de les remobiliser car ils offrent des appuis intéressants dans le processus de reconstruction et de reconnaissance de soi durant/après la traversée malade (Anzieu (1985, 1987)²¹¹, Roussillon (2008b, 2008c)²¹², Dejours (1989, 2001)²¹³ ...).
- L'utilisation clinique du groupe à médiation s'avère être un outil thérapeutique intéressant pour accueillir de manière tolérable et transformer/symboliser les souffrances psychiques spécifiques des patients en oncologie. Entendons autant les souffrances actuelles générées par l'expérience du cancer, que les souffrances passées et réactualisées à l'occasion des premières (Kaës (2002)²¹⁴, Vacheret (2002, 2011)²¹⁵, Brun (2011, 2013, 2016) ...) ²¹⁶.

²⁰⁷ Dumet, N. (2009). Chronique d'une mort annoncée (in) évitable ? Masochisme, objet et subversion mortifères dans l'obésité morbide. *Champ psychosomatique*, 1(53), 57-69.

Dumet, N. (2014). Somatisations et/ou symbolisations ?. Dans A. Brun et R. Roussillon (dir.), *Formes primaires de symbolisation* (p. 65-82). Paris, France : Dunod.

Dumet, N. et Fernandez, L. (dir.). (2016). *Psychopathologie clinique du somatique : 12 études de cas*. Paris, France : In Press.

²⁰⁸ Debray, R. (2002). Psychopathologie et somatisation. Dans R. Debray, C. Dejours et P. Fédida, *Psychopathologie de l'expérience du corps* (p. 3-62). Paris, France : Dunod.

²⁰⁹ Bacqué, M-F. (2015). Évolution historique des psychothérapies analytiques en oncologie. Dans M-F. Bacqué et S. Pucheu (dir.), *Psychothérapies analytiques en oncologie* (p. 1-23). Paris, France : Lavoisier.

²¹⁰ Schwering, K-L. (2014a). Symbolisation primaire et subversion libidinale dans la maladie grave. Dans A. Brun et R. Roussillon (dir.), *Formes primaires de symbolisation* (p.167-189). Paris, France : Dunod.

²¹¹ Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod, 1995.

Anzieu, D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-peau. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (p. 1-22). Paris, France : Bordas.

²¹² Roussillon, R. (2008b). Le Moi-peau et la réflexivité. Dans C. Chabert, D. Cupa, R. Kaës et R. Roussillon (dir.), *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (p. 89-102). Ramonville Saint-Agne, France : Erès.

Roussillon, R. (2008c). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris, France : Dunod.

²¹³ Dejours, C. (1989). *Les dissidences du corps*. Paris, France : Payot & Rivages, 2009.

Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord. Corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris, France : Payot, 2003.

²¹⁴ Kaës, R. (2002). Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires. Dans B. Chouvier (dir.), *Les processus psychiques de la médiation* (p. 11-28). Paris, France : Dunod.

²¹⁵ Vacheret, C. (2002). Groupes à médiation et processus de liaison. Dans C. Vacheret (dir.), *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques* (p.147-156). Paris, France : Dunod.

Vacheret, C. (2011). Le Photolangage, une médiation thérapeutique. Un bref historique des théories groupales. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 61-72). Toulouse, France : Erès.

²¹⁶ Brun, A. (dir.). (2011). *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse, France : Erès.

L'énonciation de ces quatre postulats paraît essentielle à l'issue de l'état de la question car cela permet de resituer de manière résumée le cadre théorique qui me permet de formuler dès à présent la problématique et les hypothèses de recherche ci-après.

II.1.2 FORMULATION DE LA PROBLEMATIQUE

Cette recherche vise à étudier par quels processus la participation de femmes en soin ou l'ayant été pour un cancer féminin à des groupes cliniques à médiation utilisant les soins esthétiques pourrait avoir des effets psychiques renforçant le narcissisme altéré, et générant des transformations dans leurs investissements libidinaux auto et objectaux, voire produire des effets thérapeutiques.

Dans cette recherche, je différencierai les termes « Dispositif » et « Médiation » comme suit : Le terme « Médiation » sera utilisé pour parler des outils et du matériel esthétiques (Lotions, crèmes, maquillage, pinceaux, foulards, tissus, vêtements ...). Le terme « Dispositif », commençant par une majuscule, viendra qualifier l'ensemble de l'activité avec les patientes, à savoir les outils et leur utilisation, le cadre des ateliers, le groupe, la relation transféro-contre-transférentielle et ce quelle qu'en soit sa forme, qu'il soit initial ou enrichi par des variations²¹⁷. Le terme « dispositif », sans majuscule, viendra en définir une forme particulière, comme par exemple, dispositif initial, dispositif allongé, dispositif avec permutation des ateliers Maquillage et Soin du Visage, dispositif allongé et avec permutation des ateliers Maquillage et Soin du Visage.

Je propose ainsi de dégager les axes d'étude suivants essentiels dans cette recherche : la mise en évidence des processus psychiques que ce Dispositif de groupe et à médiation met particulièrement au travail chez les patientes, à savoir les processus de l'autoreprésentation, articulés à ceux du féminin ; l'étude des effets psychothérapeutiques de ce Dispositif de groupe à partir de la relance de ces mêmes processus chez les patientes souffrant de cancer gynécologique.

Brun, A., Chouvier, B. et Roussillon, R. (dir.). (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris, France : Dunod.

Brun, A., Roussillon, R. et Attigui, P. (dir.). (2016). *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels*. Malakoff, France : Dunod.

²¹⁷ Celles-ci seront exposés plus loin.

Il s'agit donc de mettre à jour les enjeux psychiques qu'actualise/réactualise et (re)convoque la médiation des soins esthétiques par les voie/x du corps et du groupe chez les femmes atteintes d'un cancer féminin. Ainsi, je peux énoncer la problématique suivante :

D'un point de vue global, nous nous sommes tout d'abord demandée :

Quelles sont les spécificités du Dispositif d'accompagnement psychologique par la socio-esthétique dans la mise en œuvre des soins hospitaliers tels qu'ils sont proposés à ce jour²¹⁸ aux femmes atteintes d'un cancer féminin ? Constituent-elles pour ces femmes un soutien pertinent au travail psychique que demande la nécessaire transformation du rapport à leur propre corps, à elle-même et aux autres que la maladie cancéreuse et les soins génèrent ? L'étude de l'ajustement permanent de ce Dispositif par la mise en œuvre de variations permet-il de s'approcher au plus près des besoins psychiques des patientes participantes ?

L'annonce de la maladie, puis les soins somatiques sont venus effracter le corps et la psyché des femmes. Afin de se réapproprier ce corps transformé, de se retrouver et se reconnaître dans un rapport au monde et à elle-même modifié, le pari a été de proposer un dispositif de soin qui propose un travail d'accueil et de contenance des vécus, affects et représentations à partir de l'expérience du corps, dans l'objectif d'en accompagner la subjectivation. Le questionnement qui s'ensuit est alors :

Sur quels processus psychiques ce Dispositif prend-il appui ? Qu'apporte-t-il au niveau psychodynamique, avec cette médiation spécifique réalisée en groupe, d'un point de vue groupal, intersubjectif et enfin intrasubjectif ? Quel impact le fait que ce dispositif soit proposé sur la scène institutionnelle si particulière que représente l'hôpital général d'aujourd'hui peut-il avoir ? Permet-il les remaniements attendus « imposés » par les atteintes réelles et imaginaires du corps engendrées par la maladie et/ou par les soins somatiques à partir d'un travail sur l'enveloppe corporelle et le visage ?

Le référentiel dans lequel a été pensé ce dispositif à médiation groupale étant celui de la psychologie clinique d'orientation psychanalytique, la dimension transférentielle et l'analyse

²¹⁸ Pour rappel, parmi les soins hospitaliers proposés/imposés aux patientes, nous pouvons citer la chirurgie de la zone du corps malade (ablation de la tumeur, ou de l'organe +/- des organes environnants, +/- des ganglions lymphatiques), chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie ... Puis depuis quelques années, l'hôpital propose également la mise en œuvre de soins dits de support qui viennent en complémentarité des premiers : suivi psychologique, socio-esthétique, socio-coiffure, art-thérapie, gymnastique douce et relaxation.

des enjeux transféro-contre-transférentiels est au cœur de nos préoccupations et guide notre étude.

Ce dispositif permet-il d'actualiser et de mettre à jour les modalités de lien et d'échanges des femmes avec leurs objets internes ? Lesquels de manière privilégiée et sur quelle(s) scène(s) (individuelle, intersubjective, groupale) ? Permet-il dans le même temps de fournir de nouveaux objets d'investissement nécessaires à l'instauration de processus identificatoires, et donc favorables à des remaniements narcissiques-identitaires et libidinaux ?

II.1.3 HYPOTHESES

Dans cette partie qui présente les hypothèses, je vais rappeler tout d'abord les éléments qui en fondent le point de départ. Puis je développerai l'hypothèse théorique générale, et enfin les hypothèses opérationnelles qui mettent au travail les spécificités générales du Dispositif et qui sont au nombre de trois.

II.1.3.1 PRINCIPE DE DEPART

Partons du principe que l'annonce du cancer gynécologique et que certains vécus lors des soins somatiques sont venus faire traumatisme, c'est-à-dire que le pare-excitation des femmes s'est trouvé en premier lieu débordé économiquement parlant, au sens freudien du terme, d'angoisses de mort massives, et que les représentations que les femmes avaient construites de leur corps, leurs caractéristiques identitaires et les liens construits avec leur entourage se sont trouvés bouleversés. Cette mise en crise de leurs repères, fondant leur identité propre, entraîne un rapport à Soi insécurisant, angoissant, voire dépersonnalisant. Dans ce contexte, certaines femmes se retrouvent plus ou moins temporairement confrontées à une panne de leurs processus réflexifs qui s'appuient majoritairement sur le dialogue affectif. Ceci les met alors en difficulté pour s'approprier subjectivement l'expérience malade ; d'autres sont amenées à neutraliser leurs affects, à les geler, avec le risque collatéral de ne plus être en lien du tout avec leurs éprouvés, même avec ceux qui pourraient les apaiser, restaurer leur narcissisme blessé récemment, mais aussi bien évidemment des zones déjà en souffrance avant l'annonce de la pathologie cancéreuse.

II.1.3.2 *HYPOTHESE GENERALE*

Par ses spécificités (multimodalité sensorielle, groupe, outils de médiation et binôme/couplage d'animatrices), le Dispositif d'accompagnement psychologique par la socio-esthétique proposerait aux femmes en situation de crise cancéreuse un accompagnement psychodynamique de réinvestissement de Soi.

Le terme « Soi » est ici employé au sens winnicottien (1956)²¹⁹ du terme qui fait référence à l'unité psychosomatique du sujet. Ce Dispositif, en recherche d'ajustements permanents de son cadre, représenterait pour ces femmes une aire de jeu et d'expériences protégée et partagée en groupe, entre paires et avec les animatrices. Cette aire de jeu serait suffisamment pare-excitante et contenant pour favoriser l'expression des affects et représentations liés à l'annonce de la maladie d'une part et aux transformations psychocorporelles depuis les soins, mais aussi pour favoriser l'(a) (ré)actualisation des affects et des représentations depuis les origines de la construction du psychosoma (McDougall, 2014²²⁰). Certaines femmes ont pu montrer des capacités d'investissement de soi bien limitées en raison de leur histoire de vie, mais quoiqu'il en soit pour toutes, bien ébranlées par le cancer. La participation à ce Dispositif pourrait bien revêtir dans cette perspective une potentialité réorganisatrice dans l'investissement du Soi.

II.1.3.3 *I^{ERE} HYPOTHESE SECONDAIRE*

Le Dispositif d'accompagnement psychologique par la pratique socio-esthétique favoriserait un travail de restauration des enveloppes psychiques et ainsi la relance et la redynamisation du processus de réflexivité psychique comme solution-recours vers l'appropriation subjectivante de l'expérience du cancer gynécologique.

Le terme « solution » est ici entendu au sens d'une réponse à un problème, d'une issue qui peut résoudre une difficulté, dénouer une situation complexe. Le terme « recours » est employé pour désigner une ultime ressource à disposition du sujet. Ainsi entendons par « solution-recours » la manière dont les femmes peuvent s'appuyer sur et puiser dans leurs propres ressources réflexives, que le Dispositif vient mettre au travail et renforce, pour donner un destin subjectif à l'expérience du cancer qu'elle traverse.

²¹⁹ Winnicott, D.W. (1956). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, France : Payot, 1989.

²²⁰ McDougall, J. (2014). Psychosoma. *Cancer(s) et psy(s)*, 1(1), 169-172.

II.1.3.4 2^{EME} HYPOTHESE SECONDAIRE

Le Dispositif d'accompagnement psychologique par la pratique socio-esthétique proposerait un environnement propice à l'accueil et à la mise en jeu du sexuel féminin, particulièrement mobilisé par la traversée du cancer gynécologique.

L'utilisation de l'expression « sexuel féminin » nous permet de recouvrir plusieurs dimensions de la psychosexualité allant du féminin psychique le plus archaïque, base de la construction narcissique du sujet quel que soit son sexe anatomique, au féminin le plus secondarisé et au féminin maternel, tout en considérant toutes ces facettes comme constitutives du narcissisme de la femme et ébranlées et/ou réactualisées par la situation cancéreuse. Le terme de « mise en jeu » permet de faire ressortir à la fois la dimension dynamique de mise en mouvement, mais aussi la dimension de mise au travail du sexuel féminin, à la base du processus transformationnel que propose le Dispositif.

II.1.3.5 3^{EME} HYPOTHESE SECONDAIRE

Les effets psychiques thérapeutiques du Dispositif d'accompagnement psychologique par la pratique socio-esthétique seraient mis en évidence par les transformations de la capacité et des modalités d'utilisation des objets, médiateurs bien sûr, mais aussi animatrices et paires, témoignant de réaménagements narcissiques-identitaires et libidinaux chez les patientes.

La capacité d'utilisation est à entendre comme capacité à manier les objets médiateurs tels les tissus, les miroirs, le maquillage et les soins du visage spécifiques mis à disposition des femmes. Je l'utilise également dans son acception winnicottienne (1971)²²¹, c'est-à-dire comme capacité à investir et à constituer les objets paires et animatrices comme des objets de transfert permettant le déploiement des traces antérieures laissées par la manière dont s'est mise en place cette capacité d'utilisation de l'objet-environnement notamment. Ce terme fait aussi appel à la notion d'emprise et à sa fonction de participation à l'élaboration du monde et de soi, ainsi qu'à ses ratés. Enfin il évoque aussi la capacité à constituer ces objets paires et animatrices comme des autres sujets à rencontrer, et par le développement de jeux identificatoires, à pouvoir s'autonomiser par rapport à eux, ce qui engendre des réaménagements narcissiques-identitaires.

²²¹ Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard, 1975.

II.2 PRESENTATION DU TERRAIN DE RECHERCHE : CONTEXTE LOCAL ET INSTITUTIONNEL

La recherche s'est déroulée dans les locaux du service hospitalier de Chirurgie gynécologique et oncologique dans lequel j'exerce le métier de psychologue clinicienne. Les entretiens ont eu lieu dans mon bureau, et les ateliers dans une salle destinée à un usage commun du service. Le secteur d'activité de la chirurgie gynécologique a connu depuis maintenant quelques années de nombreux changements dans l'organisation de l'offre de soins faite aux femmes dans cet hôpital. De 2009 à 2012, l'unité proposait d'accueillir trente-neuf patientes, vingt-quatre en unité d'hospitalisation conventionnelle et quinze en unité d'hospitalisation de semaine. En 2012, huit lits d'hospitalisation de semaine sont fermés après l'ouverture d'un service de chirurgie ambulatoire dans l'hôpital, et faute d'avoir atteint l'objectif fixé d'occupation des lits. En 2013, l'unité de semaine est fermée totalement et accueille depuis dans ses locaux le service de la pathologie de la grossesse. En 2014, deux lits sont fermés en hospitalisation conventionnelle. Puis en mai 2015, à nouveau sept lits. Comme beaucoup de services à l'hôpital, la spécialité de la gynécologie doit régulièrement (lors des congés) mutualiser ses locaux et ses moyens avec une autre qui est l'urologie. Par la suite, le service a subi d'autres changements : sept lits de chirurgie gynécologique ont encore été fermés. A ce jour, les locaux sont occupés pour moitié par les patients et l'équipe de chirurgie ambulatoire, quelle que soit leur sexe et la spécialité pour laquelle ils sont opérés.

Tous ces bouleversements institutionnels ont eu de forts retentissements sur la mise en place des ateliers. L'ambiance morose du service, le climat de méfiance chez les soignants, durant quelques mois, ne favorisaient pas l'instauration de changements, même créatifs. Puis, quelques mois plus tard, malgré ce contexte pesant, l'annonce du démarrage des ateliers a été accueillie positivement par les soignants. Ce projet, dont ils avaient entendu parler depuis longtemps, presque depuis mon arrivée dans les murs du service, allait vraiment voir le jour, en dépit de la force destructrice qui démantelait l'offre de soins dans ce service mois après mois.

Nous, animatrices, avons toutefois été confrontées à l'ambivalence dans la manière qu'ont eue les soignants de porter ce projet : nous avons eu du mal à trouver une salle qui puisse être disponible une demi-journée par semaine, suffisamment grande pour accueillir six personnes, aménageable chaque fois pour les besoins de la médiation. Nous avons finalement demandé à investir une pièce qui se trouve au centre du service et qui s'appelle « attente des familles », et ceci a bien été accepté. Cette pièce est à côté de mon bureau, lieu où est stocké le matériel. Elle n'est pas très lumineuse car la fenêtre donne sur un couloir qui a une ouverture sur l'extérieur, mais elle contient une table ronde que nous trouvions bien adaptée pour notre

temps de groupe. Nous avons également eu témoignage du soutien par l'équipe de ce projet de service : un agent de service hospitalier s'est montré soucieux chaque matin d'atelier de « donner un petit coup de ménage » dans la pièce afin qu'elle soit agréable et accueillante. Les infirmières avaient l'habitude de faire la relève du début d'après-midi en deux groupes et d'investir cette salle. Régulièrement, l'une d'entre elles me demandait alors s'il y avait bien un atelier pour qu'elles prévoient de s'installer dans une autre pièce. Mais nous avons également pu repérer des manifestations d'un autre ordre, de nature voyeuriste, et des mouvements d'attaques envieuses : à deux reprises, ce qui est finalement peu sur le nombre total des séances d'atelier, nous avons constaté deux entrées inopinées de soignants. Puis le trésorier de l'association de socio-esthéticiennes m'a demandé s'il pouvait venir faire des photos pendant des temps d'ateliers afin de les mettre en ligne sur le site internet. Nous avons alors proposé qu'il vienne plutôt avant ou après un atelier, en dehors de la présence des patientes, pour nous prendre en photo ou pour prendre en photo l'aménagement de la pièce. Finalement il n'est jamais venu. La socio-esthéticienne en poste à l'hôpital m'a également contactée un jour pour me demander si elle pouvait venir assister à un atelier afin de pouvoir mieux parler ensuite aux femmes de notre offre de soin. Je lui propose alors de venir plutôt en parler avant ou après un atelier, en-dehors de la présence des patientes également, ce qu'elle accepte. Le jour même, Ariane, la socio-esthéticienne du Dispositif, arrive très en colère et mal à l'aise suite à l'appel du trésorier de l'association qui finance le projet et qui emploie Ariane et la socio-esthéticienne de l'hôpital, car il lui demande d'aider cette dernière à construire un projet d'atelier qu'elle devra animer dans le champ social. Ariane verbalise un vécu de viol de notre travail, percevant l'intention de vol de ses outils de travail. Lorsque la socio-esthéticienne de l'hôpital arrive, nous lui demandons d'être plus claire avec sa demande. Le trésorier rappelle alors Ariane et semble mécontent que nous ne lui apportions pas soutien et collaboration dans les animations d'ateliers. Avec l'accord d'Ariane, je le contacte à mon tour pour lui expliquer le double discours auquel nous avons été confrontées, et soutenir notre position de protection de notre expérience encore en cours. Cela fut entendu. Enfin, c'est au tour d'une infirmière de demander à assister à un atelier, sans trop savoir à quelle place elle aurait imaginé être : Observatrice ? Animatrice ? Bénéficiaire ?

L'ensemble de ces mouvements exposés ci-dessus pourraient être qualifiés d'attaques du cadre-dispositif qui nous faisaient vivre tantôt des angoisses d'annihilation par la rapidité avec laquelle il pouvait devenir impossible d'en penser la mise en place ; tantôt des angoisses d'intrusion et de viol de notre espace intime (de notre féminin ?) avec les tentatives répétées pour venir voir ce qu'il se passe dans les ateliers ; tantôt des angoisses de dévalorisation de notre travail. Les patientes témoignaient souvent de ces types de vécus dans leurs soins

quotidiens. Ne s'agirait-il pas alors d'une projection, d'un dépôt sur l'espace du groupe à médiation, même lorsqu'il n'était d'ailleurs encore qu'un projet, d'une part de la vie affective spécifique et difficilement traitable sur le plan psychique de la population de recherche ?

A titre de support, voici quelques photos de l'aménagement de cette pièce que nous réalisons chaque semaine. Tout d'abord à l'extérieur de la pièce, nous apposons deux panneaux près de la porte, afin que les soignants du service, les patients et/ou leur famille, puissent savoir que la pièce était indisponible à la libre-circulation et à l'utilisation habituelle. Nous souhaitons créer un univers intime, propice à la découverte de soi et au partage affectif.

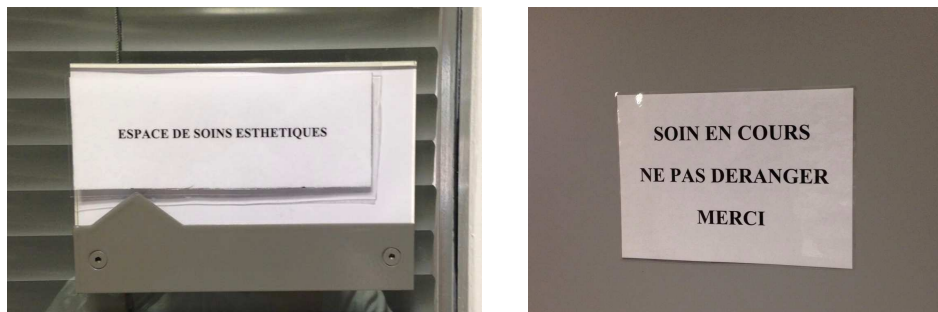


Figure 1 : Photos de l'aménagement de la pièce d'atelier (1)

Ci-après, nous prenons pour exemple l'installation d'un atelier Maquillage :



Figure 2 : Photos de l'aménagement de la pièce d'atelier (2)

II.3 LA METHODE CLINIQUE DE RECHERCHE

Cette recherche est fondée sur l'utilisation de la méthode clinique. Trois particularités définissent cette méthode :

L'une réside dans le fait que le chercheur étudie la mise en place du processus d'associativité chez les patients et/ou dans les groupes. Il analyse les contenus et leurs associations afin de pouvoir accéder aux représentations inconscientes. Comme nous le verrons un peu plus loin, je serai attentive à l'associativité verbale individuelle et groupale par l'écoute du discours, mais aussi à l'associativité mimo-gestuo-posturale, par l'observation et l'écoute des corps.

Une autre particularité de cette méthode réside dans le fait que le chercheur prend en compte et utilise sa propre subjectivité comme outil d'analyse de la clinique recueillie. Le chercheur a alors ainsi un double objet d'observation : il observe les patientes, et il observe également ses pensées et ses ressentis lorsqu'il est en train d'observer les patientes. Il prend ainsi en compte la dynamique transféro-contre-transférentielle. Dans cette étude, comme il s'agit d'ateliers co-animés, je vais également observer ma co-animatrice, les relations qui se déploient entre elle et les patientes, et entre nous-deux. Par conséquent, je serai également attentive aux enjeux qui se déploient dans la dynamique intertransférentielle. Penser la question transférentielle (transfert, contre-transfert, intertransfert) en terme dynamique, c'est tenter de rendre compte du mouvement des processus qui préside à l'établissement des liens qui unissent les sujets dans les relations intersubjectives, dans les groupes bien évidemment, mais aussi dans les relations intrapsychiques que les sujets déploient avec leurs objets internes. C'est aussi mettre en évidence la circulation des contenus idéatifs, des affects, des représentations, des désirs, des fantasmes ... Je serai donc amenée à étudier les particularités de la dynamique transféro-contre-transférentielle dans le chapitre V.

Il sera également nécessaire de différencier ce qui relève de mes contre-attitudes dans la relation avec les patientes plutôt que du contre-transfert. A. Deburge (1994)²²² a établi un travail de différenciation entre ces deux notions à partir d'une clinique psychosomatique. La contre-attitude relèverait de la formulation de la préoccupation immédiate et actuelle pour le patient, qui s'active d'autant plus vis-à-vis de patients atteints d'une maladie grave, et qui relève d'une identification au patient et d'une présence entière pour lui. Lorsque je décrivais la sensation de devoir faire preuve d'un grand travail d'attention durant les tous premiers ateliers, j'étais vraisemblablement très identifiée au vécu d'angoisse des patientes et ce positionnement

²²² Deburge, A. (1994). Un travail sur la différenciation entre contre-attitude et contre-transfert en psychosomatique. *Revue française de psychanalyse*, 58(1), 1613-1616.

exprimait sans doute une contre-attitude. Le contre-transfert, quant à lui, exige le développement de la faculté de présence/absence de l'analyste au patient, lui permettant de sauvegarder son espace psychique et les transactions teintées de plaisir qui s'y déroulent à l'intérieur avec ses objets internes et avec ses objets de connaissance, ce qui garantit qu'il conserve aussi une part de son attention à son contre-transfert, c'est-à-dire à ses propres motions psychiques, affectives, fantasmatiques en lien avec cette relation thérapeutique précisément.

Enfin, je pense que la méthode clinique a aussi pour particularité d'exiger du chercheur un travail de reprise dans l'après-coup des situations vécues avec les patientes dans différents espaces. C'est pour cela que j'ai choisi d'intégrer dans ce Dispositif de recherche des séances mensuelles de supervision chez une psychanalyste libérale, notamment spécialiste par ses propres travaux de recherche sur la thématique du groupe à médiation. Et c'est aussi ainsi que j'ai présenté mes travaux régulièrement dans des séminaires universitaires de recherche, et ai communiqué dans des colloques, des journées d'étude sous forme de présentations orales ou affichées, ou encore par l'écriture, à deux auteurs le plus souvent, d'articles dans des revues²²³.

II.4 LE FIL COSMETOLOGIQUE : PRESENTATION DU DISPOSITIF ET DE SES EVOLUTIONS

« Le dispositif est un appareil de travail construit dans un certain but. (...). Il est l'arrangement d'éléments spatio-temporels et matériels approprié à un objectif de connaissance et de transformation. (...) Le dispositif est ce dont dispose et ce que dispose le psychanalyste pour pratiquer la psychanalyse : l'artifice qu'il met en place rend manifeste un certain ordre de la réalité psychique autrement indiscernable, et sur laquelle aucune opération de transformation ne serait possible sans ce dispositif. (...) Pour la raison fondamentale qui tient à l'objet de la psychanalyse, le dispositif ne produit des effets d'analyse que d'être proposé et soutenu par le psychanalyste qui, dans sa triple fonction d'objet de transfert, de garant du dispositif et d'interprète, y est lui-même soumis. La pertinence du dispositif s'évalue ainsi sur plusieurs critères : celui du but visé, de la méthode, de l'éthique, de la théorie et de la pratique de la psychanalyse ».
(Kaës, 2013²²⁴, p. 72).

La socio-esthéticienne avait pour habitude de nommer la trame récapitulative du déroulement des ateliers par le terme « effilage ». Cette notion de « fil » m'a semblé très intéressante à exploiter. En effet, celle-ci a enclenché tout un réseau d'associations riches et éclectiques : les fils colorés des turbans évidemment ; le fil d'Ariane ou le fil rouge garantissant de ne pas se perdre dans les fils associatifs de la clinique à étudier ; clinique qui nous aura donné

²²³ Confer bibliographie.

²²⁴ Kaës, R. (2013). *Un singulier pluriel. La psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Paris, France : Dunod.

du fil à retordre, avec des femmes qui pouvaient se sentir sur le fil du rasoir ou pour qui parfois la vie ne tenait qu'à un fil, résorbable ou non, mais pour qui nous sommes toujours restées au bout du fil pour pouvoir les accompagner au fil de l'eau, au fil de leurs besoins et au fil de leurs soins ...

Finalement, par cette métaphore du fil, il s'agit de proposer une description précise du Dispositif de recherche afin d'en donner une représentation la plus fidèle possible.

II.4.1 PRELIMINAIRES DU DISPOSITIF ET DES ELEMENTS CONSTITUTIFS DU CADRE

Chacun se construit une image corporelle et de soi, très tôt, et celles-ci évoluent sans cesse tout au long de la vie en fonction des expériences du corps, des événements de vie et des aléas rencontrés (maladie, accident, grossesse, deuil, séparation ... par exemple). Ces processus autoreprésentatifs se développent d'abord en appui sur les repères posturaux, mimiques, verbaux, que donnent les objets parentaux dans les relations primaires, puis les personnes proches ou choisies dans l'environnement de l'enfant et tout au long de la vie de l'adulte. Au départ, pour pouvoir communiquer avec le tout-petit, tenter de le comprendre et lui permettre de se développer, l'environnement opère ce que D.N. Stern (1985)²²⁵ appelle un « accordage affectif », c'est-à-dire que l'environnement se met corporellement et psychiquement au service de l'enfant pour faire des hypothèses sur ce qu'il vit et éprouve. Ceci signifie que l'enfant est empreint des représentations et des projections environnementales, mais sans lesquelles il ne peut pas commencer à se construire. D.W. Winnicott (1971)²²⁶ parle en premier de cette fonction-miroir de l'environnement dans la construction psychique du sujet. Dans la suite de ces travaux, R. Roussillon (2004)²²⁷ décrit cette fonction-miroir par les processus de réflexivité psychique qui, s'ils sont défailants, peuvent engendrer des troubles psychiques importants car le sujet se trouve en difficulté pour se voir, se sentir, se penser. Cependant, s'agissant de processus, par définition toujours en mouvement, le sujet garde la potentialité de les remettre en travail au gré des rencontres dans son existence (environnement, thérapie ... par exemple).

Dans cette étude, ce sont la maladie et les traitements qui viennent bouleverser la construction des images autoreprésentatives, et cette médiation corporelle propose un appui intéressant pour les remettre en travail, de l'origine de leur construction aux bouleversements

²²⁵ Stern, D.N. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris, France : PUF.

²²⁶ Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard, 1975.

²²⁷ Roussillon, R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire en double. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(2), 421-439.

entraînés par le cancer et les conséquences des soins (annonce-diagnostique, mutilations chirurgicales ou effets secondaires de la chimiothérapie par exemple). Cependant nombreuses sont les femmes qui avouent ne jamais avoir appris à ou pris le temps de s'occuper de leur corps, de leur peau ... d'elles en somme.

J'emploierais ici le terme d'« empathie », le même que D.W. Winnicott (1958)²²⁸ utilisait de son côté pour qualifier la capacité d'accordage dont la mère fait preuve dans la relation mère/bébé, exacerbée lors de la période de préoccupation maternelle primaire. Ce type de relation, fondée sur le retour rythmique et continu des soins maternants, soutenue par la fonction contenant et liante du regard de la mère selon D. Mellier (2005)²²⁹, permet de fournir au sujet un sentiment d'existence permanent, une continuité d'être. Ainsi, les modalités relationnelles adoptées par chacune des femmes avec les animatrices lors de ces ateliers viendraient renseigner sur celles de ces femmes à leur objet primordial d'abord, puis répétées ensuite.

Cependant la relation aux animatrices dans l'espace-temps des ateliers permettrait également de proposer une nouvelle aire d'expériences de partage de sensations et d'ajustement entre les animatrices et les femmes participantes convoquant fortement les animatrices ou les autres membres du groupe dans le rôle d'autre-double. Ceci pourrait permettre que l'excitation pulsionnelle, provoquée par les sensations ré/activées, se compose en affects dans la dialectique plaisir/déplaisir-angoisse (Roussillon, 2004²³⁰). Peut-être que nous pouvons aussi imaginer que les animatrices ne proposent pas le même type de relation aux patientes du fait de leur écart de place dans le groupe. Ainsi je fais l'hypothèse que le couple d'animatrices incarnerait des positions maternelle et paternelle qui permettraient de proposer différents modèles d'investissement identificatoire primaires et secondaires.

Le travail de mise en sens des événements derniers pour les patientes (survenue de la maladie et soins invasifs) s'avère possible uniquement grâce à la remise en route de ces processus « auto » nécessaires au fonctionnement psychique (Roussillon, 1995²³¹). Pour cela, il semble que la fonction maternante des animatrices soit fortement convoquée notamment par le travail d'attention. Ce travail d'attention est préférentiellement vectorisé par le regard des animatrices, des femmes entre elles, des femmes sur elles-mêmes. Mais le toucher peut également être une modalité d'orientation de l'attention et de communication de l'état affectif entre le sujet et l'animatrice en plus du regard. La peau peut être appuyée, effleurée, caressée, griffée...

²²⁸ Winnicott, D.W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, France : Payot, 1989.

²²⁹ Mellier, D. (2005). *Les bébés en détresse*. Paris, France : PUF.

²³⁰ Roussillon, R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire en double. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(2), 421-439.

²³¹ Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la transitionnalité. *Bulletin de la société psychanalytique de Paris*, (35), 1-144.

La peau peut aussi paraître douce, rugueuse, grasse, sèche, suante... dans l'interrelation proposée dans l'atelier. La peau peut donc donner des indices sur la manière dont se sent un sujet dans le lien aux animatrices, dans la manière que celle-ci a de la toucher également. Le partage des sensations peut ensuite permettre un travail de partage d'émotions dans la relation. Le travail d'attention des animatrices consiste donc à créer et maintenir un lien avec les femmes, à observer l'expression mimo-gestuo-posturale et verbale des femmes tout en étant à l'écoute de leurs propres vécus corporels et tonalités émotionnelles lors des ateliers. En effet d'après N. Dumet (2004)²³², le corps du thérapeute est aussi lieu de dépôt et d'actualisation des enjeux psychiques dans la dynamique transféro-contre-transférentielle.

Les animatrices seront également attentives aux manifestations dans l'institution de l'ensemble du groupe pour ce qu'il peut mettre à jour et révéler du fonctionnement psychique du groupe-atelier. Ainsi, le mouvement permanent que les animatrices instaureront entre leurs corps et leurs psychés, et ceux des femmes, entre le sujet singulier et le groupe, entre l'atelier et l'institution, permet que l'attention soit : « [...] tournée vers le dehors et tournée vers le dedans, (et qu'elle) repose sur un va-et-vient tâtonnant et périodique » (Mellier, 2005²³³, p. 139).

D'après le témoignage des patientes, le cancer brouille les relations avec les autres, entre repli sur soi et perte des limites de l'intimité corporelle et psychique. Le groupe fermé permet alors de proposer aux femmes d'expérimenter les soins dans un espace de paires par la participation de la psychologue qui peut garantir la sécurité et la contenance, accompagner les vécus réactivés, les paroles et les gestes qui émergent. La dimension groupale me semble également importante pour contenir la violence réactivée par les mouvements de fusion-différenciation, que peut révéler le travail des ateliers qui propose de mettre en actes des modalités d'échanges sensoriels primitifs, par les sens visuel et tactile, dans l'interaction visuel/tactile des éléments et des éprouvés archaïques dans le contact « peau à peau », qui pourraient être potentiellement vécus comme intrusifs et insécurisants (Vacheret, 2002²³⁴). De plus, les vêtements, accessoires et les cosmétiques permettent de constituer un espace intermédiaire entre la femme et les animatrices, dans lequel les limites peuvent paraître floues. Cependant l'emboîtement du cadre du dispositif dans celui du service, de l'institution, de la

²³² Dumet, N. (2004). Le corps du thérapeute : lieu d'actualisation transféro-contre-transférentielle. *Filigrane*, 13(2), 81-95.

²³³ Mellier, D. (2005). *Les bébés en détresse*. Paris, France : PUF.

²³⁴ Vacheret, C. (2002). Groupes à médiation et processus de liaison. Dans C. Vacheret (dir.), *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques* (p.147-156). Paris, France : Dunod.

recherche, ainsi que nos propres cadres internes introduisent séparation et différenciation qui autorisent alors le toucher convoqué par les soins.

Ces ateliers remettent ensuite en jeu chez les participantes la question du féminin sous deux angles : les soins de peau et le maquillage effectués dans le cadre de l'atelier favorisent un travail axé sur la féminité primaire en laissant les animatrices prendre soin d'elles, en se mettant en situation de dépendance en quelque sorte vis-à-vis des animatrices qui leur donnent des pistes de connaissance de leurs corps pour en prendre soin.

Il vise également les processus de symbolisation secondaire de la féminité par le travail autour du positionnement de chacune vis-à-vis des attributs perçus dans l'imaginaire collectif comme féminins tels que les vêtements, les bijoux ou le maquillage ...

Il sera enfin intéressant d'analyser les signes possibles de la construction d'un espace d'intimité partagée dans un lieu où l'intimité physique mais aussi l'intimité psychique sont bien attaquées par l'aspect intrusif de l'irruption de la maladie dans la vie des patientes et l'aspect invasif des soins du cancer. En effet, dans le groupe l'ensemble des jeux identificatoires qui se déploient favorise la création d'un espace d'intimité partagée, tel que défini par A. Ciccone (2003)²³⁵ comme lieu secondairement possible de reprise d'expériences intersubjectives de soi à soi en vue d'un remaniement interne subjectif.

Avant de commencer à réfléchir sur un dispositif concret, psychologue et socio-esthéticienne ont dû s'entendre sur l'objet principal de cette recherche : l'étude des enjeux psychiques mis en travail dans/par les soins esthétiques. Nous avons ainsi pu formuler les principaux objectifs opérationnels suivants :

- Proposer un espace de soins (esthétiques bien sûr, mais aussi psychologiques) à l'intérieur d'un service hospitalier chirurgical qui puisse être le plus accueillant, sécurisant, mais aussi contenant-transformateur possible pour chacune.
- Permettre à chacune des patientes de se sentir considérée et accompagnée dans les soins de manière personnalisée et individualisée, subjective en somme.
- Favoriser l'expression et le partage des représentations et des vécus de la maladie et des soins en soutenant la verbalisation et en mettant en mots des affects qui traversent le groupe.
- S'appuyer sur le groupe et la co-animation pour favoriser l'émergence de processus relationnels mis en crise par l'annonce du cancer et les soins somatiques.

²³⁵ Ciccone, A. (2003). De l'identification à l'empiètement dans l'expérience de l'intime. *Le divan familial*, 11, 39-51.

- Favoriser la mise en route des processus permettant des transformations de l'image corporelle par la synergie de l'appropriation de techniques corporelles et la mise en parole des vécus qui sont associés à ces transformations.
- Ainsi partant de ce travail corporel, il s'agit de favoriser chez chaque patiente la mise en travail des processus réflexifs du Moi afin d'accompagner les aménagements dans leur manière de s'investir et se considérer depuis l'annonce du cancer et les soins somatiques, et dans ce que la maladie et les soins sont venus affecter, modifier chez le Sujet.

Dans cette recherche nous avons mis en œuvre 2 dispositifs. Le dispositif initial ou dispositif 1 correspond à la phase exploratoire de la recherche auprès des patientes, première mise en place des ateliers et premières rencontres avec les patientes dans cette configuration de soin. Le dispositif dit enrichi ou dispositif 2, quant à lui, est composé de 3 temps, et il a permis de faire varier des éléments du dispositif initial dans le but de déterminer si ces variations induisaient d'autres processus ou si elles étaient significatives de changements par rapport au dispositif initial.

Les ateliers durent au total 3h30 : 15 minutes d'installation de la salle, 2 heures d'atelier en présence des patientes, 15 minutes de nettoyage de la salle, et 1h de reprise entre les animatrices de la séance de groupe.

J'ai proposé aux femmes désirant s'inscrire aux ateliers de s'engager pour un cycle de 3 ou 6 séances qui se sont déclinées comme suit. En effet, dans un premier temps que j'ai nommé dispositif 1 ou protocole 1 et qui concerne les cinq premiers groupes, le fil cosmétologique a été pensé sur le modèle suivant :

Pour les groupes 1 à 5, soit le dispositif 1 :

- 1 entretien préliminaire + 3 ateliers (Conseil en Image, Maquillage, Soin du Visage) + 2 entretiens post-ateliers.

Puis dans un deuxième temps, que j'ai alors logiquement nommé dispositif 2, ou protocole 2, le nombre des ateliers d'abord a évolué, puis la composition des ateliers. C'est ainsi que le dispositif 2 comprend lui-même 3 temps.

Pour le groupe 6, soit le dispositif 2.1 :

- 1 entretien préliminaire + 6 ateliers (2 Conseils en Image, 2 Maquillage, 2 Soin du Visage) + 2 entretiens post-ateliers.

Pour le groupe 7, soit le dispositif 2.2 :

- 1 entretien préliminaire + 3 ateliers (Conseil en Image, Soin du Visage, Maquillage) + 2 entretiens post-ateliers.

Et enfin pour les groupes 8 et 9, soit le dispositif 2.3 : 1 entretien préliminaire + 6 ateliers (2 Conseil en Image, 2 Soin du Visage, 2 Maquillage) + 2 entretiens post-ateliers.

Ci-après, une proposition de forme synthétisée du fil cosmétologique :

Tableau 1 : Présentation synthétique du fil cosmétologique

	Groupe n° :		Temps 1 :	Temps 2 :	Temps 3 :
dispositif 1	1, 2, 3, 4, 5	1 : Groupes 1, 2, 3, 4, 5	Entretien préliminaire	T2.1 : Conseil en Image T2.2 : Maquillage T2.3 : Soin du visage	T3.1 : Entretien post-cycle n°1 T3.2 : Entretien post-cycle n°2.
dispositif 2	6, 7, 8, 9	2.1 : Groupe 6		T2.1 : Conseil en Image 1 T2.2 : Conseil en Image 2 T2.3 : Maquillage 1 T2.4 : Maquillage 2 T2.5 : Soin du visage 1 T2.6 : Soin du visage 2	
		2.2 : Groupe 7		T2.1 : Conseil en Image T2.2 : Soin du visage T2.3 : Maquillage	
		2.3 : Groupes 8, 9		T2.1 : Conseil en Image 1 T2.2 : Conseil en Image 2 T2.3 : Soin du visage 1 T2.4 : Soin du visage 2 T2.5 : Maquillage 1 T2.6 : Maquillage 2	

Comme nous pouvons le voir, les deux formes de dispositif proposent trois entretiens individuels aux patientes : un entretien semi-directif d'inclusion, et deux entretiens libres post-ateliers²³⁶.

II.4.2 LE DISPOSITIF INITIAL

Le dispositif initial, aussi nommé protocole 1, concerne les groupes 1 à 5. L'hypothèse opérationnelle qui sous-tend la forme de ce dispositif initial est la suivante : **L'ordonnancement des ateliers permettrait d'accueillir chaque patiente dans le respect de ses défenses corporelles et psychiques, allant du contact le plus superficiel au toucher le plus direct.**

Cette hypothèse traduit un souci de ne pas répéter des potentiels vécus d'intrusion imposés par la maladie et les soins somatiques. En effet, le Conseil en Image instaurerait le contact avec les patientes du plus superficiel de l'enveloppe corporelle avec les vêtements et les accessoires, en passant par celui des pinceaux de maquillage, pour en arriver enfin au toucher le plus direct, sans intermédiaires que proposent les soins de la peau.

Voici ci-après la présentation résumée, puis détaillée dans sa forme, de ce dispositif initial.

II.4.2.1 LE CONTENU DES ATELIERS EN RESUME²³⁷

- **L'atelier dit « Conseil en Image »** : Sur le plan manifeste, il s'agit de définir la typologie des couleurs qui met en valeur le teint de la femme en présentant des tissus près de son visage. Ce travail s'effectue devant un miroir. La patiente se regarde et est regardée par les autres membres du groupe. Cet atelier initie bien la mise en place du groupe et des liens entre ses membres car il s'agit d'un temps de prise de contact avec soi, dans le respect des résistances de chacune et dans l'accueil du changement progressif de regard sur soi et des autres. Ce travail permet aux femmes de s'approcher de leur corps, de le découvrir et de le mettre en valeur. Il s'agit dans un deuxième temps de leur permettre de prendre la mesure de leurs formes, des contours de leur corps afin de choisir des formes de vêtements et des accessoires adaptés à leur morphologie. Cet atelier propose une découverte de soi, des autres membres du groupe et des animatrices

²³⁶ Le contenu et les objectifs de ces trois entretiens sont exposés dans la partie qui présente l'outil de l'entretien clinique.

²³⁷ L'ensemble des outils et supports socio-esthétiques que nous sommes amenées à utiliser lors des ateliers sont présentés en annexe (Confer Volume II : Annexe n° 3).

par l'intermédiaire de tissus et de vêtements afin de ne pas répéter des vécus corporels intrusifs liés aux soins médicaux. Le tissu constitue alors une enveloppe à la fois protectrice, mais aussi révélatrice d'éléments subjectifs.

- **L'atelier dit « Maquillage »** : Connaissant les couleurs qui les mettent en valeur, les femmes peuvent aller un peu plus près de leur corps par l'intermédiaire de pinceaux et de poudres, en commençant par investir et mettre en valeur leur visage, haut lieu d'interrelations et de communication avec l'autre. Le visage est la partie du corps la plus intime et personnelle, chaque visage est unique, mais paradoxalement aussi la plus exposée. C'est un lieu d'expression des états émotionnels internes qui permet d'être en lien avec les autres et de communiquer de manière accordée. Avec une technique simple à refaire chez soi, cet atelier permet aux femmes d'oser mettre en valeur leurs traits uniques et caractéristiques singulières.
- **L'atelier dit « Soin du Visage »** : Encore plus près de soi, il n'y a plus d'intermédiaires. Les gestes de soin obligent à se masser, se toucher, à être en contact avec soi-même et ses ressentis pour adapter la pression de ses doigts, la vitesse d'application et la texture des produits. Cet atelier peut agir comme un véritable révélateur du mode d'investissement de soi propre à chacune jusque-là employé avec elle-même par l'intermédiaire des soins de peau.

II.4.2.2 LA TRAME DETAILLEE DES ATELIERS DU DISPOSITIF INITIAL

Tableau 2 : Trame détaillée des ateliers du dispositif initial

Conseil en Image	
Phase De Lancement (30 min)	1. Accueil des participantes : elles choisissent librement leur place. 2. Présentation du binôme d'animatrices. 3. Présentation du cadre de la séance du jour, du cycle des ateliers, de la recherche. 4. Chaque participante se présente, et parle de ses attentes concernant le cycle et cet atelier. 5. Question posée par la psychologue : « Comment vous diriez que vous vous sentez actuellement ? » 6. Réflexion sur : « Le corps en général, qu'est-ce que cela vous évoque ? », avec échanges collectifs, appui photos et construction groupale de la page « paperboard ».
Phase D'activité (1h15)	1. Présentation : Tons chauds et froids, Types de morphologies. 2. Jeu d'échanges autour de la table : « Selon vous, ce tissu est de tonalité chaude ou froide ? » + Activité devant le miroir pour déterminer pour chacune des bénéficiaires son profil colorimétrique. 3. Présentation des différentes morphologies avec échanges simultanés autour de la table, pour savoir si elles reconnaissent leur forme corporelle parmi celles présentées + Détermination pour chacune des femmes de son profil morphologique devant les autres et devant un miroir-psyché + Présentation dans un second temps des accessoires et vêtements mettant en valeur la silhouette.
Phase d'évaluation (15 min)	1. Distribution de la fiche du profil colorimétrique à chacune des femmes. 2. Questionnaires d'évaluation de l'atelier auto-administrés. 3. Retour sur l'atelier avec partage des ressentis et ce qu'elles en ont retenu + Question posée par la psychologue : « Comment vous diriez que vous vous sentez actuellement ? » 4. Rappel du prochain atelier : Maquillage.

Maquillage	
Phase De Lancement (30 min)	1. 2. } Idem que pour l'atelier précédent (Conseil en Image). 3. } 4. Réflexion sur « Le visage, qu'est-ce que ça vous évoque ? », avec échanges collectifs, appuis photos et construction groupale de la page « paperboard ».
Phase D'activité (1h15)	1. Détermination des caractéristiques du visage de chacune et astuces beauté. - Présentation orale des différentes formes de visage et de la ligne de sourcils idéale ; - Détermination, pour chacune des bénéficiaires, des caractéristiques de leur visage face au miroir (forme, côté ouvert/fermé, sourcils, ...) ; - Présentation d'astuces coiffure adaptées à leur visage. 2. Travail sur les différentes techniques de mise en beauté. - Prise de photo avant l'activité. - Explication du soin express cutané et des techniques de maquillage avec rappel des tons chauds et froids. - Explication des techniques de maquillage avec rappel des tons chauds et froids - Mise en pratique des participantes du soin cutané "express" et du maquillage "bonne mine" : ✓ Soin cutané "express" : Démaquillage + Crème ✓ Maquillage "bonne mine" : Teint (Base, Fond de teint, anticerne, poudre) + Sourcils + Fards à paupières + Blush + Mascara + Rouge-à-lèvres. Prise de photo après l'activité et comparaison avec la photo prise avant.
Phase d'évaluation (15 min)	1. Questionnaires d'évaluation de l'atelier auto-administrés. 2. Retour sur l'atelier avec partage des ressentis et ce qu'elles en ont retenu. Question posée par la psychologue : « Comment vous diriez que vous vous sentez actuellement ? » 3. Rappel du prochain atelier : Soin du visage.

Soin du Visage	
Phase De Lancement (30 min)	1. 2. } Idem que pour les 2 précédents ateliers (Conseil en Image et Maquillage). 3. } 4. Réflexion sur « Comment prendre soin de soi ou s'occuper de soi ? », avec échanges groupaux, avec appui photos et construction groupale de la page paperboard.
Phase D'activité (1h15)	1. Activité autour d'une senteur (coupelle contenant de l'essence de fleur d'oranger). 2. Présentation des phases essentielles du soin cutané (nettoyage adapté, gommer, nourrir/hydrater) 3. Mise en pratique du Soin du visage avec partage des ressentis après chaque étape : • Démaquillage (Yeux + Peau) • Gommage • Masque • Crème Maquillage en autonomie, avec soutien et interventions possibles de la socio-esthéticienne.
Phase d'évaluation (15 min)	1. Questionnaires d'évaluation de l'atelier auto-administrés. 2. Retour sur l'atelier et sur le cycle avec partage des ressentis et ce qu'elles en ont envie d'en dire avec la médiation du Photolangage©. Question posée par la psychologue : « Comment diriez-vous que vous vous sentez actuellement ? » 3. Rappel des rendez-vous avec la psychologue dans 1 mois, puis dans 3-6 mois. 4. Le groupe se quitte.

II.4.2.3 ARGUMENTS CONCERNANT LES CHOIX DANS CE DISPOSITIF INITIAL

Le dispositif initial met en évidence un type de progression particulier dans les ateliers. En effet, d'après l'hypothèse précédemment citée, l'ordre des ateliers instaure le contact avec les patientes du plus superficiel de l'enveloppe corporelle avec les vêtements et les accessoires au toucher le plus direct, le plus intime, le plus personnel et sans intermédiaires que proposent les soins du visage. Il semblait important de respecter ce type d'approche globale afin d'accueillir chaque femme, individuellement, dans le respect de ses défenses psychiques et corporelles et de ne pas répéter des potentiels vécus d'intrusion imposés par la maladie et les soins somatiques : en effet, à l'hôpital, et peut être plus encore en service de chirurgie, les patientes décrivent bien souvent ne pas se sentir considérées dans leur globalité, mais bien fréquemment être réduites à l'organe malade qui occupe la chambre n° ... Elles décrivent aussi bien le tour médical du matin du chirurgien accompagné par les internes, les externes, l'infirmière. Elles sentent qu'il faut que cela aille vite, et que les médecins vont droit au but, c'est-à-dire vers l'organe opéré, le sein ou l'organe génital, endroit du corps hautement intime que l'on ne montre que dans une relation privée et partagée. De plus, l'effraction de l'annonce du cancer dans la psyché de ces femmes engendre, parfois quasi immédiatement, un sentiment de vulnérabilité, de grande détresse qui inhibe leur capacité à interpréter ce qu'elles éprouvent, vivent. Ceci les pousse alors à tout montrer, à tout dire, tellement débordées et démunies face à un déferlement d'angoisse de mort²³⁸ qui fait voler en éclats le pare-excitation et qui désorganise les limites du Moi de manière plus ou moins provisoire. Dans ma pratique d'entretiens au chevet du patient, il est arrivé bon nombre de fois que les patientes évoquent leurs sensations corporelles, leurs vécus des changements corporels liés à la chirurgie et ne se contentent pas de les décrire. « Voyez par vous-même ! », associé à un geste pour soulever la blouse d'opérée ou un tee-shirt, et le regard rivé sur mon visage en attente de mots mais aussi de mimiques ou d'expressions qui leur donneraient des indices de ce que cela me fait de voir cet intime blessé. Dans un deuxième temps, je pense que par cet agir, les femmes pouvaient s'appuyer sur ces indices pour désigner leurs éprouvés jusque-là difficilement nommables ou qualifiables.

Puisque les ateliers sont en groupe, il m'a semblé aussi important que le médium utilisé pour le premier groupe limite le surgissement d'angoisses de type schizo-paranoïdes, puisque le début

²³⁸ Je reprends ici le champ sémantique de la tempête, qu'utilise D. Deschamps (1997) pour parler des effets psychiques de l'annonce du cancer. La tempête se définit bien en effet comme une violente "dépression" atmosphérique, ou comme l'explosion subite et violente de quelque chose.

des groupes le favorise déjà massivement (Anzieu, 1975²³⁹), et il semblerait d'autant plus dans la situation hospitalière décrite plus haut.

Enfin, le cycle propose une temporalité dont les effets seront aussi à observer. Le chiffre « 3 » est important : 3 ateliers, toutes les 3 semaines, comme le rythme imposé par la chimiothérapie (souvent 6 cures toutes les 3 semaines). Il s'agit alors de s'appuyer sur une temporalité imposée par les soins somatiques pour tenter de la transformer en lui donnant une autre dimension potentiellement ré/créative, ressourçante, par la liberté d'action des femmes dans les ateliers. Chaque atelier propose de mettre en travail la succession de temps de participation groupale et de temps seule en présence des autres, et cela engendre des effets pour les femmes. Cette alternance pourrait permettre de mettre en travail « la capacité d'être seule en présence de l'autre en relation avec une semblable », autrement dit les capacités d'autonomie des femmes, en leur faisant expérimenter la possibilité de supporter une attention moins soutenue corporellement lorsque la socio-esthéticienne prodigue des soins à une autre femme, mais que la psychologue continue de soutenir l'ensemble du groupe.

II.4.3 L'INTRODUCTION DE VARIATIONS : LES DISPOSITIFS ENRICHIS

Je vais désormais présenter les trois dispositifs enrichis que nous avons mis en œuvre avec les patientes à partir du groupe n° 6 jusqu'au groupe n° 9.

II.4.3.1 PREMIER DISPOSITIF ENRICHI : LE DISPOSITIF 2.1

Le dispositif 2.1, ou protocole 2.1, concerne uniquement le groupe n°6. Deux hypothèses opérationnelles sont à l'origine de la proposition de cette variation :

- La première hypothèse concerne l'allongement du nombre d'ateliers :

L'allongement du nombre d'ateliers permettrait un travail d'implication et d'investissement personnel plus important qui favoriserait une appropriation subjective plus consistante.

- La deuxième hypothèse concerne la réalisation des soins en binômes de patientes :

La réalisation des soins esthétiques en binômes de patientes favoriserait l'expérimentation du retournement passif/actif indispensable au processus de subjectivation.

²³⁹ Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Paris : Dunod, 1996.

Les patientes passeraient tour à tour d'une position "passive", de réception des soins esthétiques comme celle imposée par le cancer et les soins somatiques, à une position "active", agissante sur l'autre, et sur soi.

En voici ci-après une présentation résumée, puis plus détaillée de ce premier dispositif enrichi.

II.4.3.1.1 Le contenu résumé des ateliers

L'atelier « Conseil en Image 1 » : Atelier identique à l'atelier « Conseil en Image » du dispositif initial.

L'atelier « Conseil en Image 2 » : Après avoir défini ensemble le profil colorimétrique et morphologique de chaque participante devant le miroir, nous leur proposons de les aider à définir leur style vestimentaire. Puis chacune nous montre les vêtements ou accessoires qu'elle a choisi d'amener soit parce qu'elle les aime beaucoup ou pas du tout, parce qu'elle les met ou ne sait pas les accorder ... C'est une première manière de permettre aux femmes de personnaliser davantage encore des conseils, de changer leur regard sur elle-même et de valoriser ce qui leur appartient déjà ...

L'atelier « Maquillage 1 » : Atelier identique à l'atelier « Maquillage » du dispositif initial.

L'atelier « Maquillage 2 » : Il s'agit dans ce deuxième atelier maquillage de permettre aux femmes d'amener leurs produits de maquillage, de les présenter, de montrer comment elles les utilisent et/ou de demander comment les utiliser. Enfin, c'est une manière de leur permettre de mettre en expérience ce qu'elles ont pu intérioriser de la technique de maquillage transmise la fois précédente, déjà personnalisée en fonction des désirs et des caractéristiques morphologiques du visage de chacune. Les patientes pourront alors avoir accès autant aux produits mis à disposition dans les ateliers qu'aux siens.

L'atelier « Soin du Visage 1 » : Il conserve le même principe de base que dans le dispositif initial, mais nous proposons dans celui-ci aux femmes de réaliser les soins du visage en binôme, l'une sur l'autre.

L'atelier « Soin du Visage 2 » : Nous avons préalablement demandé aux femmes de préparer une trousse avec des produits cosmétiques de chez elles qu'elles utilisent au quotidien afin de

les présenter, d'expliquer comment elles les utilisent et pourquoi. Enfin elles réalisent le soin sur elles-mêmes avec leurs produits, les nôtres, un mix des deux ... à leur guise.

II.4.3.1.2 La trame détaillée des ateliers du dispositif 2.1, 1^{er} dispositif enrichi

Pour rappel, le dispositif enrichi nommé également protocole 2, va se diviser lui-même en 3 temps : le dispositif 2.1 qui concerne le groupe 6, le dispositif 2.2 qui concerne le groupe 7, et le dispositif 2.3 qui concerne les groupes 8 et 9. Il s'agissait de ne pas mettre en œuvre toutes les variations en même temps afin de pouvoir étudier pour chacune les effets psychiques engendrés.

Tableau 3: Trame détaillée des ateliers du dispositif 2.1

Conseil en Image 1	
	Même atelier que Conseil en Image dans le dispositif initial, sauf les deux points suivants : - Pas d'appui photos dans l'échange groupal autour de la question. - Rappel du prochain atelier : Conseil en Image 2. Nous demandons aux femmes d'amener des vêtements et des accessoires de leur choix qu'elles ont chez elles. Nous leur laissons le choix d'amener des choses qu'elles aiment et qu'elles portent beaucoup, qu'elles aiment et qu'elles portent peu ou jamais car elles ne savent pas l'harmoniser. Ce peut être aussi des choses qu'elles possèdent mais qu'elles n'aiment pas ...
Conseil en Image 2	
Phase De Lancement (15 min)	Idem que pour l'atelier précédent.
Phase D'activité (1h30)	Présentation : Contrastes, Harmonie des couleurs et styles vestimentaires. 1. Activité devant le miroir pour déterminer le type de contraste des femmes. 2. Présentation par chaque femme des accessoires et des vêtements amenés + conseils vestimentaires personnalisés en groupe + Détermination du style vestimentaire de chacune.
Phase D'évaluation (15 min)	Idem que dans les ateliers précédents, sauf : - Rappel du prochain atelier : Maquillage 1.

	Maquillage 1
	Même atelier que Maquillage dans le dispositif initial sauf : Rappel du prochain atelier : Maquillage 2 : Nous demandons aux femmes d’amener leur propre trousse avec le maquillage qu’elles utilisent quotidiennement, et aussi si elles le souhaitent, celui qu’elles possèdent mais qu’elles utilisent peu ou jamais car elles ne l’aiment pas ou ne savent pas comment le faire ...
	Maquillage 2
Phase De Lancement (30 min)	Idem que pour les ateliers précédents.
Phase D’activité (1h15)	Présentation des produits de maquillage de chacune et mise en œuvre d’une technique de maquillage personnelle. • Prise de photo avant • Mise en pratique des participantes du soin cutané “express” et d’un maquillage “bonne mine” : - Soin cutané “express” ✓ Démaquillage (Yeux + Peau) ✓ Crème - Maquillage “bonne mine” libre. Prise de photo après et comparaison.
Phase D’évaluation (15 min)	Idem que pour l’atelier précédent, sauf : Rappel du prochain atelier : Soins du visage 1 : Nous leur demandons d’amener leur trousse de maquillage pour celles qui souhaiteraient se remaquiller en fin de séance prochaine.

	Soin du Visage 1
	Même atelier que Soin du Visage du dispositif initial, sauf : - Travail en binôme de patientes : les femmes ne pratiquent pas les soins sur elles-mêmes mais les prodiguent à tour de rôle à une autre. Rappel du prochain et dernier atelier du cycle : Soin du visage 2 : Nous leur demandons d'amener leurs propres produits de soin et leur maquillage pour celles qui souhaiteraient se remaquiller en fin de séance.
	Soin du Visage 2
Phase De Lancement (15 min)	Idem que pour les ateliers précédents.
Phase D'activité (1h15)	Présentation des produits cosmétiques amenés par chacune et mise en œuvre individuelle d'un soin personnalisé. Mise en pratique individuellement du Soin du visage avec leurs produits : • Démaquillage (Yeux + Peau) • Gommage • Masque • Crème Maquillage libre avec leur maquillage, ou le nôtre, ou un mix des deux.
Phase D'évaluation (30 min)	1. Idem que pour l'atelier précédent. 2. Retour sur l'atelier + sur le cycle avec partage des ressentis et ce qu'elles en ont retenu avec le Photolangage©. 3. Idem que pour l'atelier précédent. 4. Rappel des rendez-vous avec la psychologue dans 1 mois, puis dans 3-6 mois. Le groupe se quitte dans cette configuration.

II.4.3.2 LE DEUXIEME DISPOSITIF ENRICHI : LE DISPOSITIF 2.2

Le dispositif 2.2 propose à nouveau 3 ateliers pour permettre d'étudier ce que produit la mise en œuvre de l'inversion de l'ordre des ateliers Maquillage et Soin du Visage.

L'hypothèse opérationnelle qui sous-tend ce dispositif 2.2 est la suivante :

La permutation des ateliers Soin du Visage et Maquillage permettrait de réactiver les étapes psychogénétiques de la construction du narcissisme en appui sur l'étayage corporel, pour en viser la restauration.

Il s'agirait de prendre soin de sa peau d'abord (investissement narcissique de base) pour se mettre en valeur et séduire ensuite (investissement narcissique secondarisé).

II.4.3.2.1 La trame détaillée des ateliers du dispositif 2.2, 2^{ème} dispositif enrichi

Tableau 4 : Trame détaillée des ateliers du dispositif 2.2

Conseil en Image	
	Même atelier que dans le dispositif initial, sauf : - Pas d'appui photos pour la construction groupale de la page « paperboard ». - Rappel du prochain atelier : Soin du Visage.
Soin du Visage	
	Même atelier que dans le dispositif initial, sauf : - Pas d'appui photos et construction groupale de la page paperboard. - Rappel du prochain atelier : Maquillage.
Maquillage	
	Même atelier que dans le dispositif initial, sauf : - Retour sur l'atelier + sur le cycle avec partage des ressentis et ce qu'elles en ont retenu avec le Photolangage©. Rappel des rendez-vous avec la psychologue dans 1 mois, puis dans 3-6 mois. - Le groupe se quitte.

II.4.3.3 TROISIEME DISPOSITIF ENRICHI : LE DISPOSITIF 2.3

Dans le dispositif 2.3, j'ai proposé d'allier les deux variations précédentes, à savoir un cycle de six ateliers dont l'ordre des deux derniers thèmes est inversé par rapport à l'ordre des ateliers dans le dispositif initial.

II.4.3.3.1 La trame détaillée des ateliers du dispositif 2.3

Tableau 5 : Trame détaillée des ateliers du dispositif 2.3

Conseil en Image 1	
	Même atelier que Conseil en Image dans le 1 ^{er} dispositif enrichi.
Conseil en Image 2	
	Même atelier que dans le 1 ^{er} dispositif enrichi, sauf : - Rappel du prochain atelier : Soins du Visage 1.
Soins du Visage 1	
	Même atelier que Soins du Visage dans le 1 ^{er} dispositif enrichi. Pratique des soins en binôme.
Soins du Visage 2	
	Même atelier que dans le 1 ^{er} dispositif enrichi, sauf : - Rappel du prochain atelier : Maquillage 1.
Maquillage 1	
	Même atelier que dans le 1 ^{er} dispositif enrichi.
Maquillage 2	
	Même atelier que dans le 1 ^{er} dispositif enrichi, sauf : - Retour sur l'atelier + sur le cycle avec partage des ressentis et ce qu'elles en ont retenu avec le Photolangage©. - Rappel des rendez-vous avec la psychologue dans 1 mois, puis dans 3-6 mois. - Le groupe se quitte dans cette configuration.

II.4.3.4 REFLEXION AUTOUR DES CHOIX DE VARIABLES DANS LES DISPOSITIFS ENRICHIS

Dans les dispositifs enrichis, j'ai choisi de faire porter les variables sur l'allongement du nombre d'ateliers, sur l'inversion de l'ordre des deux derniers ateliers, et sur le travail en binôme de patientes dans l'atelier « Soins du Visage 1 ». Pour les raisons évoquées plus haut, il ne semblait pas opportun de modifier les objets médiateurs de la première séance de groupe. Le Conseil en Image restait une entrée en matière plus tranquille pour les patientes, mais aussi pour nous animatrices, pas immédiatement bombardées par les parties des patientes les plus intimes et les plus souffrantes. Cependant l'ordre de proposition des ateliers Soins du Visage et Maquillage avait fait débat dès notre rencontre avec la socio-esthéticienne. Je souhaitais être prudente et assurer le respect des défenses des patientes. Cependant, du point de vue la technique esthétique, il semblait plus judicieux de proposer les soins du visage avant le maquillage : l'une des règles fondamentales de base en esthétique énonce qu'un visage ne peut

être maquillé que s'il a été nettoyé et hydraté auparavant. Dans un autre domaine, un peintre ne peut réaliser son art que s'il a préparé sa toile auparavant. Ceci met en jeu la dialectique fond/forme. Finalement cela répond aussi à l'ordre du développement psychogénétique du prendre soin. Il s'agirait en quelque sorte de transmettre/rejouer/repasser sur les traces avec les patientes des gestes du « prendre soin » au sens winnicottien pour pouvoir ensuite s'exprimer plus subjectivement par un maquillage qui ne pourra alors être autre que personnalisé, individualisé ou plutôt subjectivé. Le soin du visage correspondrait aux soins corporels d'investissement narcissique élémentaire, puis le maquillage plutôt un investissement narcissique secondarisé du moi féminin.

Dans les dispositifs 2.1 et 2.3, le nombre d'ateliers est doublé par rapport au dispositif initial. Nous passons donc de la proposition de participer à trois ateliers, à une proposition de participer à six ateliers. J'ai choisi de proposer le doublement de chacun des trois thèmes proposés afin de ne pas réintroduire d'outils supplémentaires. Dans le choix de doubler chaque thème d'atelier, l'idée était de proposer aux femmes de se familiariser davantage avec les techniques, de mieux se les approprier et de permettre que l'expérience acquise au cours des ateliers ne conserve pas un caractère exceptionnel dans leur vie mais qu'elle prenne place et sens dans leur quotidien. Je souhaitais également que les femmes puissent s'exprimer plus dans ces deuxièmes temps : en allégeant le contenu des ateliers, nous faisons davantage de place pour le déploiement des processus associatifs groupaux et individuels.

L'idée d'allonger les cycles d'ateliers m'est d'abord venue après avoir entendu toute la frustration exprimée par les femmes ayant participé au dispositif initial à la fin du troisième atelier que le groupe s'arrête. Je souhaitais vérifier qu'il ne s'agissait pas simplement de l'expression défensive de la tristesse liée à la séparation du groupe. Puis il nous semblait important de tester si donner plus de temps aux patientes dans le Dispositif permettait le déploiement de processus psychiques voire d'un processus thérapeutique plus important. Le temps total entre la première rencontre et le dernier entretien passe donc de quatre mois et demi dans les dispositifs 1 et 2.2 à sept mois dans les dispositifs 2.1 et 2.3. Il s'agit de temps courts au demeurant pour évaluer l'évolution de processus psychiques. Cependant, comme le rappelle M. Derzelle (2015)²⁴⁰, en clinique oncologique, le temps de nos interventions est limité, à contrario du cadre habituel des cures psychothérapiques d'orientation analytiques classiques, allant de la rencontre unique au suivi de quelques semaines durant le temps des soins somatiques. La position clinique que je choisis de défendre comme elle dans ce contexte est

²⁴⁰ Derzelle, M. (2015). Considérations techniques et éthiques sur l'intervention psychothérapique chez les patients atteints de maladie cancéreuse. Dans M-F. Bacqué et S. Pucheu (dir.), *Psychothérapies analytiques en oncologie* (p. 181-189). Paris, France : Lavoisier.

d'apporter un accompagnement et un éclairage dans l'ici et maintenant de la rencontre pour tenter d'élaborer avec le patient ce qui aurait pu/pourrait faire traumatisme dans leur histoire de vie : « la perte de son cadre spatio-temporel redoublant la conscience que ses jours sont comptés » (Derzelle, 2015, p. 188). Il s'agit donc en partie d'offrir un contenant au déferlement d'angoisses de mort ré/activées par le cancer. Enfin, nous nous étions aussi aperçues que la posture de la socio-esthéticienne dans le dispositif 1 laissait peu de place à la prise en compte de la subjectivité des femmes. Les retours énoncés lors des deux ateliers post-cycle faisaient état d'une non-appropriation par les femmes des techniques de soin montrées, et peut-être du désir de prendre soin de soi. L'expérience des ateliers semblait alors avoir gardé un statut d'exception, moment agréable, mais qui ne s'inscrivait pas dans le quotidien des femmes. Doubler alors chaque atelier demandait aux femmes une implication plus importante dans la durée d'abord, puis parce qu'il sollicite qu'elles amènent des éléments personnels, de chez elles. Ceci permettait de proposer ainsi pour chaque objet médiateur, un va-et-vient entre l'hôpital et la maison, entre transmission de techniques et tentative d'appropriation par la répétition du désir avec leurs propres produits. Enfin, dans le dispositif 2, l'allongement du nombre d'ateliers entraîne une autre variation dans les ateliers Soins du Visage, qui favorise à mon sens encore le processus d'appropriation. En effet, nous proposons aux femmes dans l'atelier Soins du Visage 1 de travailler en binôme et de réaliser les soins l'une sur l'autre à tour de rôle. Le travail en binôme met en scène lors de l'atelier le retournement de la position passive, vécue et imposée par le cancer et les soins somatiques notamment, en position active, agissante sur l'autre, puis ensuite sur soi par l'expérience de réalisation des soins esthétiques, afin de venir favoriser l'initiation (puisque ce travail n'a lieu qu'une fois) d'un travail d'appropriation subjective.

II.5 DIVERSITE ET EMBOITEMENT DES TECHNIQUES DE RECUEIL DE DONNEES CLINIQUES

Pour recueillir le matériel clinique, j'ai utilisé principalement les outils suivants : l'écoute et l'observation clinique (Ciccone, 1998²⁴¹) lors des temps de rencontre individuelle et des temps de groupe en atelier, l'entretien clinique, les cosmétogrammes et le Photolangage© en fin de cycle d'ateliers. J'ai aussi utilisé comme outils de recueil de données des auto-questionnaires. Lors des ateliers, je prenais également des photos des patientes en début et fin d'atelier maquillage. Cet outil, utile dans la pratique clinique par la mise en évidence des effets

²⁴¹ Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Paris, France : Dunod.

transformationnels immédiats du maquillage sur l'image de soi, s'est avéré difficilement interprétable pour pouvoir être contributif aux données dans ce travail de recherche.

II.5.1 L'OBSERVATION CLINIQUE ET LE TRAVAIL D'ATTENTION TRANSFORMATEUR

« L'expérience d'être écouté avec attention, que quelqu'un s'intéresse authentiquement à sa vie mentale, affective, émotionnelle, est une expérience d'aide, donne un appui précieux au narcissisme, au sentiment d'existence, soutient le contact avec sa propre vie émotionnelle. Il y a là une véritable situation de soin psychique ».
(Ciccone, 2012b²⁴², p. 74).

L'observation est la pierre angulaire de l'ensemble des outils de recueil de données. Entendons l'observation selon la définition proposée par A. Ciccone (2012b), à savoir une observation clinique attentive qui produit des effets thérapeutiques, même en situation de recherche.

Comme déjà dit, R. Kaës (1999)²⁴³ définit trois niveaux d'analyse du groupe correspondant à trois niveaux de réalité psychique dans le groupe : celui du groupe comme entité, celui des liens intersubjectifs chez les membres du groupe, et celui du sujet singulier dans le groupe. Je tenterai de repérer ce qui se joue de ses trois niveaux dans le cadre des ateliers. J'observerai ainsi les interactions et les interrelations entre les femmes, entre les femmes et le groupe-animatrice, entre les femmes et chaque animatrice, les dyades entre les femmes et les animatrices, ainsi qu'un fonctionnement groupal lors des ateliers. Pour soutenir l'observation lors de la prise de note post-séance et pour circonscrire des points d'analyse des processus en jeu dans les ateliers, j'ai créé une grille de critères d'observation que je nomme le cosmétogramme, et que je présente ci-après.

Les éléments d'observation seront les suivants : le discours et les chaînes associatives individuelles, les chaînes associatives groupales, l'expression mimo-gestuo-posturale, l'établissement et le déploiement des relations intersubjectives. J'observerai également et tenterai d'analyser les retentissements de l'atelier, et donc de la place de la médiation et du groupe dans la dynamique du service et dans la dynamique institutionnelle, dans le groupe-équipe soignante. Je serai de plus à l'écoute de mes vécus émotionnels et de ceux de la socio-

²⁴² Ciccone, A. (2012b). La pratique de l'observation. *Contraste*, 1(36), 55-77.

²⁴³ Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF.

esthéticienne, tout autant que de mes vécus corporels et des siens pour tenter de les analyser, ainsi que de mes contre-attitudes et des siennes lors des ateliers, et à l'extérieur de ceux-ci, c'est-à-dire en reprise, supervision, dans le groupe institutionnel et dans le groupe de recherche.

II.5.1.1 REFLEXIONS AUTOUR DE LA POSTURE D'ANIMATRICE / OBSERVATRICE-PARTICIPANTE-ECRIVANTE

« (...) l'analyste écrit en effet à un moment précis du processus clinique (pendant ou après), dans un contexte déterminé (cabinet, institutions de soin, université, lieux privés de la recherche), en s'adressant à des destinataires variables (témoin interne, collègues d'institutions, chercheurs intra- et extra-disciplinaires, collègues d'associations privées, grand public), sur une question choisie (on « fait cas » d'un problème), en vue d'un certain objectif (orienter la cure, répondre à un problème qu'il se pose, transmettre la technique, critiquer la théorie ou faire de la pédagogie). Le format choisi (les notes d'après-séance, le compte-rendu, les travaux académiques, l'exemple clinique, l'article, la monographie) dépend donc de tous ces choix situés que l'on fait ».

(Visentini, 2017²⁴⁴, p. 24)

L'observation dont il est question est une observation qualifiée de participante, puisqu'elle émane des deux animatrices et que nous participons toutes deux à l'animation des ateliers. Cependant je suis l'observatrice-animatrice-écrivante du Dispositif dans le temps de la séance et lors du temps de mise en commun post-atelier avec la socio-esthéticienne. Cette posture est donc bien différente de celle de l'observateur écrivant par exemple puisque je participe, à part entière, aux échanges de groupes afin de les accueillir, les contenir et les soutenir. Je réponds également aux sollicitations directes des femmes ou de la socio-esthéticienne, et j'opère ainsi avec mon regard un jeu de va-et-vient entre mon bloc-notes (magique ?) et le groupe, entre retrait et prise de distance nécessaire pour écrire, mais dans une présence quand même toujours active dans l'ici et maintenant de l'animation du groupe. Cela oblige également à se placer dans différentes postures dans le même temps de groupe : psychologue praticienne qui accueille et propose un soin aux patientes dans l'actualité du groupe, et psychologue-chercheuse qui porte le souci de recueillir un matériel clinique exploitable pour la recherche dont l'écriture était commencée mais restait encore à être

²⁴⁴ Visentini, G. (2017). Frontières d'une clinicographie psychanalytique. *Clinique*, 2(44), 14-31.

développée. C'est ainsi que j'ai opté pour une prise de notes pendant les ateliers, complétée par une prise de note post-séance partagée avec la socio-esthéticienne. Pendant les ateliers, je notais les échanges créant la chaîne associative groupale, ainsi que des éléments d'observation mimogestuo-posturaux. En post-ateliers, nous complétions ces notes par des échanges d'éléments contre-transférentiels et intertransférentiels.

Il serait intéressant de penser la place d'un observateur écrivant non-animateur du groupe et des enjeux que cela mobiliserait dans le groupe. Le regard extérieur proposé par l'observateur écrivant pourrait contribuer à élargir le repérage des processus en jeu et des affects circulants. La psychologue pourrait alors être dégagée de son souci de prise de notes et pourrait se sentir plus libre dans les échanges de groupe. Mais finalement, est-ce que le bloc-notes ne représente pas aussi pour elle un objet transitionnel winnicottien entre le groupe et l'université, surface de dépôt de l'histoire singulière de chaque groupe et de créativité associative de la psychologue à la fois dans le temps du groupe mais aussi lors des temps de reprise et d'élaboration de la clinique ?

II.5.1.2 L'EVOLUTION DE LA PRISE DE NOTES

« La prise de notes est la fondation de la recherche et de la communication entre chercheurs ».
(Leroux, 2016, p. 40)²⁴⁵.

Ma méthode de prise de notes s'est considérablement modifiée tout au long de la phase de recueil de données. Cela se remarque d'ailleurs dans la restitution des ateliers : plus nous avançons dans l'animation des groupes et donc dans la recherche, et plus le volume de notes est conséquent. J'explique ce phénomène par deux raisons : au démarrage des ateliers, je sentais qu'il était important pour le groupe (patientes, mais aussi animatrices) que mon attention soit portée sur l'instant et de manière constante, chacune des animatrices à la recherche de repères et dans un désir d'accordage psychique en appui sur le corps par, notamment, l'exercice d'une attention accrue portée sur les postures et les réactions mimiques des autres, un portage grâce au regard attentif et à une parole contenant. Je découvrais également la manière dont la socio-esthéticienne mettait en action ses outils esthétiques auprès des patientes. J'avais auparavant pensé l'utilisation de ses outils d'une manière théorique, dans un but particulier pour chaque objet, d'après des présupposés d'action généraux. Dès le premier atelier, il s'agissait d'observer les effets produits par les tissus, les crèmes et le maquillage, singulièrement sur chaque sujet,

²⁴⁵ Leroux, Y. (2016). Les notes cliniques dans les psychothérapies psychodynamiques. Proposition d'une méthode de prise de notes dans les psychothérapies psychanalytiques. *Le carnet Psy*, 7(201), 37-45.

mais aussi l'effet produit par la singularité de la proposition de cette socio-esthéticienne, et bien sûr par celle de ma participation/observation des scènes de soin.

Ce constat réalisé à la fin du premier groupe m'a poussée à imaginer pour le premier atelier du groupe n° 2 une prise de note sous forme de tableau destinée à en améliorer l'efficacité, notamment pour la partie des échanges représentationnels à partir du thème du corps. Dès le deuxième atelier, j'ai abandonné ce système qui ne laissait pas assez de liberté pour rendre compte de la chaîne associative groupale. Tout l'enjeu résidait dans le fait de pouvoir à la fois s'inspirer de méthodes de prise de notes existantes pour m'assurer un cadre, et pouvoir me laisser surprendre par la clinique émergeant de cette pratique innovante. J'ai alors adopté une prise de note en temps réel de la séance de groupe, inspirée par la méthode développée par G. Gimenez et S. Barthélémy (2011)²⁴⁶, qui permet de repérer et rendre compte des échanges intersubjectifs et groupaux, verbaux et para-verbaux (mimiques, postures, gestualité), et des observations qui semblaient significatives. Mes vécus contre-transférentiels étaient quant à eux notés plutôt en post-séance, lors du temps de mise en commun entre co-animatrices de nos vécus au contact des patientes. Il en est de même pour les prémisses de la « dimension élaborative » (Gimenez et Barthélémy, 2011, p. 172). Prémisses seulement tant il me semble que les ateliers ont produit d'abord sur ma pensée un effet sidérant, pour le moins désorganisateur, qui m'empêchait de mettre en sens et en lien les éléments repérés avec mon matériel interne. A posteriori, on pourrait dire que les notes me permettaient de réaliser « un travail de pré-élaboration » (Ciccone, 2014²⁴⁷, p. 75) des données cliniques.

Puis progressivement, nous trouvions des repères dans notre co-animation, créant ainsi du jeu dans nos échanges, dans nos manières de nous interpeller l'une l'autre, en mettant en scène nos interventions à la fois dans le but d'échoïser une ambiance affective (Bittolo, 2008²⁴⁸), mais aussi de reformuler des paroles « touchantes » (pour nous, pour les femmes) afin qu'elles prennent valeur et sens pour le plus grand nombre dans le groupe. Je me décentrais alors de l'observation de la technique de soin esthétique pour me concentrer davantage sur les phénomènes groupaux, intersubjectifs et individuels, en opérant un va-et-vient permanent avec l'observation de ma propre vie psychique. Ceci s'est d'ailleurs concrétisé par l'élaboration d'une grille d'observation, que j'ai nommée : le cosmétogramme, qui a progressivement pris forme et sens pour répondre à mon objectif de repérer les processus en jeu dans les ateliers d'après les observations recueillies chez les patientes et chez les co-animatrices.

²⁴⁶ Gimenez, G. et Barthélémy, S. (2011). Le temps de la prise de notes. Propositions d'une méthode de notation dans les groupes cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(56), 171-185.

²⁴⁷ Ciccone, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(63), 65-78.

²⁴⁸ Bittolo, C. (2008). Les ambiances et leur traitement dans les groupes en institution. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(50), 47-55.

Mais le remplissage de la grille en après-coup des ateliers ne pouvait se substituer à la prise de notes lors du temps de groupe et notamment celle des chaînes associatives verbale et corporelle mimo-gestuo-posturale.

II.5.1.3 LE COSMETOGRAMME

Le néologisme « cosmétogramme » est formé à partir du mot « cosmétique », qui vient du grec « kosmos » qui signifie parure, ce qui est beau, et du mot « psychogramme » emprunté au vocabulaire de la méthode projective du Rorschach. « Cosmétique » peut être utilisé comme un nom commun ou un adjectif et il s'emploie pour parler de : « toute préparation non médicamenteuse destinée aux soins du corps, à la toilette, à la beauté »²⁴⁹.

II.5.1.3.1 Origines et objectifs

Je me suis donc rapprochée de la terminologie de l'épreuve projective du Rorschach. Le psychogramme permet de focaliser l'attention du clinicien sur différents éléments de la qualité des réponses lors de la passation de l'épreuve projective (qualité formelle, unitaire de la réponse par exemple). Le cosmétogramme permet dans cette lignée de faire ressortir mes critères d'observation durant la prise de note post-séance. Comme le psychogramme, il n'exclut en rien d'autres points d'observation. C'est ainsi que je serai attentive également à la communication multimodale et à la qualité du lien à l'animatrice et entre les membres du groupe, et aux retentissements que l'animation des ateliers a sur le service notamment afin de recueillir des éléments-indices complémentaires quant au fonctionnement et aux problématiques psychiques qui habitent les patientes et qui sont transférés sur le groupe et sur l'institution.

Le psychogramme du Rorschach était prévu pour compiler les réponses verbales du sujet au test projectif. Mais H. Rorschach lui-même préconisait pour la prise de notes de prêter attention également aux expressions corporelles : « Le protocole ne doit pas seulement enregistrer les réponses du sujet mais encore, autant que possible, ses expressions mimiques, ses ébauches de mouvements volontaires et involontaires [...] » (1947²⁵⁰, p. 45). En effet, H. Rorschach préconisait d'être très attentif aux expressions mimo-gestuo-posturales des sujets soumis à la passation de test. Ceci permettait de rendre les comptes rendus les plus précis possibles afin qu'ils renseignent sur les processus inconscients révélés par l'expression verbale et la mise en récit des planches, mais aussi par l'expression corporelle au cours de la passation, qui donne

²⁴⁹ Définition tirée du dictionnaire *Le petit Larousse illustré*, édition 2016.

²⁵⁰ Rorschach, H. (1947). *Psychodiagnostic*. Paris, France : PUF, 2000.

des éléments de compréhension complémentaires au discours. Ainsi il est intéressant de mettre en perspective ces deux types de données pour en observer la congruence, l'écart ou la dissonance.

La discipline de la socio-esthétique est assez récente, ou tout du moins elle est nouvellement reconnue comme appartenant aux soins de support préconisés par les différents Plans Cancer depuis 2009. A ce jour, les socio-esthéticiennes exercent en institution de soin soit en proposant des soins individuels aux patients : en cabine pour les patients pouvant se déplacer, ou au chevet lorsque les personnes sont hospitalisées et alitées ; soit en proposant des ateliers collectifs. La spécificité de ce dispositif réside dans la co-animation des ateliers collectifs. Par son niveau d'expertise, la socio-esthéticienne assure l'animation technique des ateliers, utilise et manie les médiums (foulards de couleurs, produits cosmétiques et pinceaux de maquillage ...) avec les patientes. La psychologue quant à elle crée les conditions nécessaires pour que les groupes des ateliers se constituent et se déroulent de manière sécurisée. Elle rencontre et accueille les patientes au préalable. Puis pendant les ateliers, elle soutient les échanges du groupe par des relances, des reformulations, la distribution et la circulation de la parole. Enfin, elle recueille les vécus des patientes à distance des ateliers, qu'ils concernent ou non les ateliers eux-mêmes ou le vécu général des femmes. L'alliance dans la co-animation, ainsi que le désir de travailler par l'intermédiaire/sur ce dispositif permet de développer des outils pour mettre en lumière les enjeux transformateurs de ce type de dispositif à médiation.

En construisant le cosmétogramme, l'objectif est double : construire un tableau, dans un premier temps une grille d'observation, facilitant le repérage des expressions subjectives, groupales et intersubjectives verbales et corporelles, mimo-gestuo-posturales, et dans un deuxième temps permettre de repérer et d'analyser des processus réflexifs en travail dans les différentes étapes du dispositif ; puis il s'agit aussi de pouvoir reconnaître l'évolution de ces mêmes processus dans le temps au fil du dispositif.

Ainsi, je peux dire que ce dispositif vient convoquer sur sa scène des soins corporels, mais aussi des soins psychiques, et ce sont eux évidemment qui nous intéressent. C'est donc tout naturellement que le cosmétogramme viendra mettre en lumière des critères d'observation de l'expression corporelle : manière de se vêtir, postures, mimiques, réaction de la peau. Il s'agit d'opérer une observation précise des manifestations et de l'expression corporelle des patientes, comme lorsqu'on souhaite remplir une grille de cotation. Je me suis inspirée notamment par exemple de la grille de cotation EDIN²⁵¹ qui est une échelle d'évaluation de la Douleur et de

²⁵¹ Confer Volume II : Annexe n° 4 : Échelle EDIN (Évaluation de la Douleur et de l'Inconfort chez le Nouveau-né).

l'Inconfort chez le Nouveau-né, que les équipes en salle d'accouchement ou dans le service de maternité utilisent. Il s'agit d'une échelle, c'est-à-dire que le repérage des items donne des points et en fonction du score obtenu, une action de soin est envisagée. Le nouveau-né ne peut s'exprimer qu'avec sa voix et son corps. Il est alors capital de repérer les signaux qu'il envoie, afin de les mettre en lien les uns avec les autres, et tenter de mettre du sens et comprendre ce qu'il vit. Donner un score qui engendre une action n'est pas la vocation du cosmétogramme, mais nous trouvons que les items d'observation de cette échelle sont intéressants : visage, corps, sommeil, relation, réconfort, et une zone d'observations libres pouvant venir compléter ces critères. Nous avons d'ailleurs retenu des familles de critères très similaires, bien que très spécifiques à notre dispositif.

Le cosmétogramme développe également et en lien avec les premiers critères d'observation des hypothèses de fonctionnement psychique des patientes basés sur l'associativité verbale individuelle et groupale, la description de la manière de se sentir, de se voir, de se considérer. La synthèse de ces critères permet de mettre à jour des processus autoreprésentatifs à des temps de rencontres différents dans le dispositif afin d'en noter leur évolution. Penser l'observation en plusieurs temps, c'est introduire une dynamique dans les processus psychiques qui sous-tendent l'expression corporelle et mimo-gestuo-posturale des sujets. C'est en tout cas l'objectif et la philosophie de l'établissement du cosmétogramme.

II.5.1.3.2 Tableaux-récapitulatifs

Pour plus de visibilité, je présente ci-après le cosmétogramme qui se compose de trois tableaux qui récapitulent les différents critères d'observation que je prends en compte dans les trois espaces de réalité psychique des patientes décrits par R. Kaës (2013²⁵²) : un tableau d'observation de l'espace intrasubjectif qui regroupe des critères d'observation individuels pour chaque patiente, un tableau d'observation de l'espace groupal avec des critères d'observation faisant du groupe un sujet propre, et enfin un tableau d'observation de l'espace intersubjectif, celui des échanges entre les sujets du groupe, l'espace de la co-crédation qui articule sujets et groupe.

²⁵² Kaës, R. (2013). *Un singulier pluriel. La psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Paris, France : Dunod.

II.5.1.3.2.1 Critères d'observation individuels : espace de réalité psychique intrasubjective

Tableau 6 : Critères d'observation individuels du cosmétogramme

Temps du Dispositif Critères Individuels	Exemples d'éléments observés	T1 Lors de l'entretien préliminaire	T2 Pendant les ateliers	T3 Lors des entretiens post-ateliers
Éléments transférentiels				
Ce que la patiente donne à voir d'elle				
Style vestimentaire / Maquillage	Banal vs recherché ; Semble compter ou peu ; En accord avec les conseils de l'atelier ...			
Posture générale / Mobilité du corps dans l'espace	Droite ou courbée, fière ou épaules rentrées ; fluide ou rigide ; aisée ou empêchée ...			
Postures lors des phases d'activité (assise et debout)	Position debout droite, courbée ; Vers l'avant, vers l'arrière ; centrée, éparpillée. Position assise sur l'avant, adossée, maintenue au fond du fauteuil, coulée, sur un côté, accoudé ou non, jambes croisées ou non, position fluide, changeante, agitée ou figée ...			
Mimiques / Expressions du visage	Fixe ou animé / figé ou expressif / focus sur les yeux, la bouche, le front ; en rapport avec les échanges du groupe ...			
Gestualité	Accompagne la parole ; agitée ou contenue ; congruente ou discordante avec le discours ...			

Auto-investissement corporel				
Manière de se regarder	En face ou de côté ; Regard franc ou fuyant Plaisir de se découvrir ou appréhension ; Se regarde quand se touche ...			
Manière de se toucher	Du bout des doigts ; avec la paume ; mains entières ; doigts raides/souples ...			
Manière de percevoir sa peau	Sèche, tire, grasse, ridée, lisse, pique, brûle, apaisée, hydratée, nourrie, lumineuse, terne ...			
Manière d'utiliser les produits	Se sert ou se fait servir, demande autorisation ou non ; les utilise sans connaître leurs fonctions ...			
Degré d'autonomie dans le prendre soin	Prend des initiatives ; demande de l'aide de temps en temps ; tout le temps ; dit ce que désire ; reste passive ...			

Ce que la patiente donne à entendre d'elle				
Manière d'entrer en contact, en lien, de solliciter l'échange	Regarde dans les yeux ou pas ; Parle spontanément, de manière associative ; prudente, attend des questions, pose des questions, parle d'elle, de ses expériences/pas du tout ...			
Manière de se présenter	Regarde les autres membres ; parle beaucoup/peu ; Type d'informations données ? ...			
Description de comment se sent	Physiquement ; émotionnellement ; psychiquement ...			
Manière de participer à l'échange autour de la question de départ	Active ; passive ; observatrice ; associe seule/avec les autres ...			
Liens avec sa vie quotidienne	Parle de sa vie quotidienne, de ses proches, de son travail ...			
Vécu de la maladie et des soins	De l'annonce du diagnostic ; des soins et leurs effets ; des relations avec les soignants ...			
Configuration du lien à l'autre décrite ou montrée par la patiente	Dépendance ; abandonnisme ; tyrannie ; étayage ; secours ; Indifférence ...			

II.5.1.3.2.2 Critères d'observation groupaux : espace de réalité groupale

Tableau 7 : Critères d'observation groupaux du cosmétogramme

Temps du dispositif Critères Groupaux	Exemples d'éléments observés	T2 Pendant les ateliers
Éléments transféro-contre-transférentiels		
Configuration du Corps groupal	Complet/incomplet ; démembré, amputé, mutilé ...	
Ambiance générale	Calme, excitée, angoissée, triste ...	
Évolution affective du groupe dans un atelier	Tension, angoisse, dépression monte ou se tempère ...	
Évolution du groupe au fil des ateliers	Complet, absences ...	
Types d'angoisses perceptibles	Abandon ; vide ; dépersonnalisation ; castration ; agonies primitives ...	
Mécanismes de défenses prévalents	Dénégation ; déni ; intellectualisation, clivage ...	
Types d'alliances inconscientes perçues	Phénomène de bouc-émissaire ; de meneur de groupe ...	
Fantasmatisation groupale	Groupe héroïque ; rescapé ; perdu ; secourable ; protecteur ...	
Rapport au cadre	Attaques ; débordement ; respect ; conformation ...	

II.5.1.3.2.3 Critères d'observation intersubjectifs : Espace de réalité psychique intersubjective

Tableau 8 : Critères d'observation intersubjectifs du cosmétogramme

Temps du Dispositif Critères Intersubjectifs	Exemples d'éléments observés	T1 Lors de l'entretien préliminaire	T2 Pendant les ateliers	T3 Lors des entretiens post-ateliers
Pour les patientes : Éléments transféro-contre-transférentiels				
La gestion de l'attente du début du groupe par rapport aux autres	Parle avec les autres ou pas, nous interpelle dans le couloir ou pas ...			
L'arrivée dans le groupe	En premier/dernier ; choisit sa place ; espace occupé avec ses affaires ...			
Place physique	Toujours la même, à côté d'une animatrice ou pas ...			
Vécu des sollicitations des autres femmes	Se sent concernée, agressée, valorisée, obligée de répondre, de témoigner de ses expériences ...			
Vécu des sollicitations des animatrices	Se sent concernée, agressée, valorisée, obligée de répondre, de témoigner de ses expériences ...			
Manière de solliciter l'autre	Directement, voix off ; pose des questions ; fait des remarques ...			
Fonctions phoriques	Oncothanatophore ; porte-détresse ; porte-espoir ...			
Pour les animatrices : Éléments intertransférentiels				
Corporels Émotionnels Psychiques	Qualification des vécus et des affects pour chacune ; Partage facile, laborieux ; débordants ; Envie d'en parler ; Vécus congruents ou discordants ...			

II.5.2 L'ENTRETIEN CLINIQUE

Ces trois entretiens peuvent être qualifiés de nature semi-directive telle que définie par B. Chouvier et P. Attigui (2012)²⁵³ car ils permettent :

« (...) d'obtenir, dans un temps relativement court, des renseignements précis et déterminés sur l'histoire et la vie actuelle du sujet. Cette démarche est déjà qualitative et tout en laissant une liberté relative à l'expression personnelle, elle met en jeu un certain nombre de questions incontournables, qui devrait permettre un recueil de données psychiques et psychopathologiques suffisantes en lien avec des exigences sociales contraignantes (exemple : entretien de recherche) ». (Chouvier et Attigui, 2012, p. 44)

En effet, le déploiement de ceux-ci reste libre, mais je suis attentive à collecter certaines informations anamnestiques lors de la première rencontre par exemple, afin de mieux me représenter le contexte de vie de la patiente. Je recueille alors par exemple les informations suivantes : son âge, sa situation familiale et professionnelle, la pathologie dont elle souffre et son parcours de soin (là où elle se situe des soins somatiques lors de notre rencontre), si elle a déjà rencontré un psychologue, si elle est suivie actuellement. Dans les deux entretiens suivants, je reste attentive à recueillir toute forme d'évolution de la manière qu'ont les femmes de s'autoreprésenter par l'observation des éléments de leur discours, mais aussi par l'observation de leur expression corporelle.

II.5.2.1 L'ENTRETIEN D'INCLUSION SEMI-DIRECTIF

Selon les patientes, cet entretien constitue un temps de première rencontre physique entre psychologue et patiente lors duquel il s'agit alors de faire connaissance. Le lien n'a souvent été que téléphonique auparavant pour fixer cette rencontre. Lorsque la patiente est orientée par un collègue, je dispose parfois de quelques éléments biographiques avant la rencontre, mais la plupart du temps, je ne connais que le nom de la femme. Il s'agit alors de se découvrir concrètement. Pour d'autres patientes, il s'agit d'un entretien qui s'ajoute à d'autres consultations psychologiques pouvant être hebdomadaires, bimensuels ou mensuels, selon le rythme défini ensemble au préalable, mais qui peut bien sûr évoluer selon leurs besoins au fil des soins. Pour toutes, c'est-à-dire pour les nouvelles patientes rencontrées à l'occasion de leur participation à la recherche, ou pour les patientes que j'accompagnais déjà sur le plan psychologique de manière individuelle, les objectifs de ce premier entretien sont précis : dans un premier temps, faire connaissance avec la femme en recueillant les éléments qu'elle amène

²⁵³ Chouvier, B. et Attigui, P. (2012). *L'entretien clinique*. Paris, France : Armand Colin.

pour se présenter et présenter son histoire ; puis dans un deuxième temps, présenter la recherche et le dispositif. Enfin nous contractualisons et formalisons ensemble notre engagement mutuel dans la recherche par la signature conjointe d'un formulaire de consentement éclairé de participation à une recherche en sciences humaines et sociales²⁵⁴. Ces engagements sont les suivants : pour la patiente, participer au cycle d'ateliers et aux deux entretiens cliniques post-cycles ; pour les animatrices, respecter les dimensions éthiques, de recherche et cliniques, énoncées dans le formulaire.

II.5.2.2 LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS POST-ATELIERS 1 ET 2

Ces deux entretiens ont temporellement lieu après la participation des patientes aux ateliers groupaux. Ils ont pour objectif de me permettre de prendre des nouvelles des femmes qui ont participé à la recherche, respectivement environ un mois, puis entre trois et six mois après la fin des ateliers. Ces entretiens sont présentés aux femmes comme étant des opportunités de venir témoigner de leur expérience de participation aux ateliers, dans un but de recherche, afin de pouvoir explorer les transformations des vécus du cancer et des soins, et des modalités autoreprésentatives et relationnelles dans l'après-coup du Dispositif.

II.5.3 LE PHOTOLANGAGE© DE FIN DE CYCLE

Le Photolangage© est proposé à la fin du dernier atelier de chaque cycle, dernier temps groupal du dispositif. Il a été pensé comme un moment de ponctuation des vécus dans le groupe, et charnière entre les vécus de groupe et tout ce que chacune (patientes et animatrices) va être amenée à vivre ensuite de retour dans son quotidien. Ce moment permet de passer du temps groupal au temps individuel qui peut réveiller des angoisses de séparation et de mort. Autrement dit ce temps de Photolangage© est utilisé ici pour favoriser le travail psychique d'élaboration de la séparation du groupe pour cette dernière séance d'atelier collectif qui correspond à la mort de ce groupe tel quel. Le Photolangage© est utilisé ici comme une technique d'évaluation dans la dernière séance, bien qu'elle soit plutôt classiquement utilisée comme une technique médiatrice en formation et en thérapie. Dans la recherche, cette technique favorise et accompagne le travail psychique de deuil du groupe, le travail de mort du groupe dont on était membre.

²⁵⁴ Confer Volume II : Annexe n° 5 : Formulaire de consentement de participation à une recherche en sciences humaines et sociales pour une personne adulte.

J'ai également choisi cet outil médiateur particulier parce que, comme l'explique C. Vacheret (2011)²⁵⁵, une des particularités de la méthode est déterminée par le fait que l'animateur pose une question qui mobilise la pensée logique, organisée et secondarisée, et elle mobilise aussi la pensée en images accompagnée par les affects du sujet relevant du processus primaire par le choix de la photo. La méthode permet alors bien la liaison entre processus primaire et secondaire par l'intermédiaire des photos qui permet à chacune de parler d'elle sans en avoir l'air, de donner une photo finale, une sorte de radio-bilan, bien connue des patientes, afin de déterminer leurs ressentis dans ce groupe. Il est également à noter que cette technique s'appuie sur des photos, sur des images, qui n'est pas sans nous rappeler l'image renvoyée par le miroir. Cet outil sert donc à favoriser l'expression de l'imaginaire et des ressentis, des éprouvés et le travail de mise en lien psychique avec les représentations de chacune. Puisqu'il s'agit d'une séance d'évaluation comme déjà signalé, il n'est pas systématiquement proposé d'intervenir sur les photos des autres. En effet, nous ne sommes plus dans un processus de transformation des représentations de chacune. Il s'agit de prendre acte et note de ce que chacune a vécu subjectivement dans le groupe. Ce temps doit permettre de faire apparaître des critères d'évaluation des effets du cycle d'atelier « à chaud ».

La consigne proposée est la suivante :

« Qu'est-ce qui ressort pour vous dans ce temps de groupe ?

Choisissez la photo qui vous permet de parler d'un ressenti ou d'un éprouvé spécifique qui vous est apparu dans ce temps de groupe. Évoquez avec une photo ce que ce temps de groupe vous a fait vivre ».

Trente-deux photos²⁵⁶ ont été proposées aux patientes. Elles ont été choisies dans 2 dossiers « Photolangage© » : "Femmes en devenir" (dossier en noir et blanc) et "Travail et relations humaines, pour mieux vivre son rapport au travail" (dossier en couleur).

Les deux animatrices ont sélectionné ensemble quatre groupes de huit photos afin de garantir un éventail assez large de propositions représentatives susceptibles de mobiliser la pensée en images et des modalités d'identification projective chez chacune des participantes selon les critères suivants :

²⁵⁵ Vacheret, C. (2011). Le Photolangage, une médiation thérapeutique. Un bref historique des théories groupales. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 61-72). Toulouse, France : Erès.

²⁵⁶ L'intégralité des trente-deux photos proposées aux patientes se trouvent en annexe (Confer Volume II : Annexe n° 6). Nous avons également inséré dans le chapitre 4 les photos auxquelles nous faisons référence lorsque nous présentons des séquences Photolangage©.

- Des photos représentant des personnes seules :
 - 448 : Fillette ramassant des fleurs ;
 - 455 : Femme voilée intégralement ;
 - 456 : Portrait de femme maquillé et voilé ;
 - 460 : Femme se maquillant et fumant ;
 - 27 : Visage de jeune femme pensive avec reflet ;
 - 30 : Homme étendu dans l'herbe ;
 - 46 : Jeune cadre plan américain ;
 - 48 : Position d'équilibre entre deux arbres ;
- Des photos représentant des couples :
 - 444 : Parturiente + bébé ;
 - 449 : Mère + fille en discussion ;
 - 451 : Homme abordant la prostituée ;
 - 461 : Couple se tenant la main ;
 - 468 : Couple âgé marchant ;
 - 480 : 2 amies assises ;
 - 5 : Deux femmes discutant devant un mur décoré ;
 - 29 : Femme en fauteuil roulant discutant avec un homme ;
- Des photos représentant des groupes :
 - 442 : Femmes militantes ;
 - 445 : Femmes africaines ;
 - 452 : 4 danseuses étoiles assises ;
 - 8 : Danseurs et ronds de lumière ;
 - 14 : Équipage sur voilier ;
 - 28 : Cordée de quatre personnes ;
 - 42 : Personnes assises sur banc au soleil couchant ;
 - 44 : Femmes au départ pour une course
- Des photos symboliques :
 - 440 : Fenêtre ouverte ;
 - 458 : Eau mouvante sur rocher et arbre ;
 - 473 : Buste de femme éclaboussé de peinture ;
 - 18 : Lavage de coque d'un bateau ;
 - 23 : Réseau autoroutier chargé ;
 - 35 : Pompiers combattant un feu de forêt ;
 - 38 : Sculpture en pierre d'un visage grimaçant ;
 - 41 : Sentier dans la forêt ;

II.5.4 LES QUESTIONNAIRES DE FIN DES ATELIERS

Ils ont tous été rédigés selon le même modèle²⁵⁷, et en collaboration avec la socio-esthéticienne²⁵⁸. Nous souhaitons donner une autre possibilité aux participantes, différente de la voie orale pour celles qui ne se sentent pas à l'aise pour parler devant le groupe de leurs vécus intimes, de pouvoir exprimer leur ressenti à la fin de chaque atelier. Les questions posées sont ouvertes, laissant la possibilité à chacune de parler de ce dont elle souhaite. L'enjeu est alors de voir si les femmes restent centrées sur leurs comportements et sur l'auto-évaluation de ceux-ci, et/ou si elles se saisissent de ce support pour exprimer des vécus intimes révélés par leur participation aux ateliers. Enfin, ces questionnaires constituent un outil de recueil de données intéressant à mettre en perspective avec d'autres données recueillies au cours des ateliers. Force a été de constater qu'à plusieurs reprises, les réponses aux questionnaires ne reflétaient pas ce que la patiente avait exprimé au cours des soins²⁵⁹.

En voici le modèle reprenant toutes les formes de questionnaires proposés ci-après.

²⁵⁷ J'ai choisi de présenter ce modèle de questionnaire ci-après dans la thèse, et non en annexes, tout comme la grille du cosmétogramme d'ailleurs, parce que ces deux outils ont été créés à l'occasion de cette recherche pour répondre spécifiquement aux besoins de recueil de données cliniques psycho-socio-esthétiques. Il semblait important de pouvoir les introduire vierges dans la méthodologie pour les présenter, puis d'en proposer les modèles dûment annotés en annexes.

²⁵⁸ En effet, la socio-esthéticienne a l'habitude de faire remplir des questionnaires de fin d'ateliers afin de recueillir des éléments d'évaluation compilables de son activité. Nous les avons alors retravaillés afin qu'ils puissent remplir tout à la fois ses objectifs de collecte de témoignages et mes objectifs de recueil de matériel clinique de recherche.

²⁵⁹ Je propose un document qui reprend l'ensemble des réponses aux questionnaires de fin d'atelier en annexe (Confer Volume II : Annexe n° 7). Puis, dans le chapitre III, je présenterai deux tableaux qui synthétisent les réponses et j'y apporterai quelques éléments d'analyse.

Figure 3: Questionnaire de fin des ateliers

Date : le .. / .. /

Atelier socio-esthétique n° ...
« Conseil en Image, Maquillage ou Soin du Visage »

Avant l'atelier, « avoir une tenue personnalisée », « personnaliser son maquillage » ou « prendre soin de son visage » vous semblait :

			
Très difficile	Assez difficile	Assez facile	Facile

Après l'atelier, « avoir une tenue personnalisée », « personnaliser son maquillage » ou « prendre soin de son visage » vous semble :

			
Très difficile	Assez difficile	Assez facile	Facile

Que pensez-vous de cet atelier ?

.....

Qu'avez-vous retenu de cet atelier ?

.....

Pensez-vous que cela va changer quelque chose pour vous ?

.....

Remarques :

.....

II.5.5 DISCUSSION A PROPOS DE L'EXCLUSION DE CERTAINS OUTILS DE RECUEIL DE DONNEES

J'ai choisi d'exclure certains outils de recueil des données qui sont pourtant classiquement utilisés avec la population des femmes atteintes de cancer du sein. Il existe par exemple le dessin du corps de la personne. J. Bouak et E. Bouteyre (2010)²⁶⁰ l'ont d'ailleurs utilisé pour tenter de montrer l'influence de la socio-esthétique sur les changements de l'image du corps. Les auteures montrent que le dessin du corps de la personne représente un support médiateur intéressant lors des entretiens car il enclenche le processus d'associativité sur les représentations corporelles notamment. Cependant, elles conviennent également qu'il s'avère extrêmement difficile d'isoler dans les résultats les seuls effets que produit la socio-esthétique sur l'évolution de l'image du corps des femmes en cours de soin.

Il en est de même avec la « Body Image Scale »²⁶¹ traduite par A. Brédart, A. Swaine Verdier et S. Dolbeault (2007)²⁶², qui est souvent employée avec les femmes atteintes de cancer du sein car elle est destinée à évaluer l'image du corps. Celle-ci apparaît comme très changeante tout au long des soins et paraît ainsi difficile à saisir pour pouvoir en tirer des hypothèses. Il semble qu'il aurait fallu alors recourir à plusieurs passations, tout au moins deux (une à l'inclusion dans le dispositif et une autre lors du dernier atelier ou du dernier entretien).

De plus, cette recherche ne porte pas à proprement parlé sur l'image du corps en elle-même. Elle s'intéresse bien plutôt à l'étude des conditions nécessaires pour que les processus de construction de l'image du corps, de formation des autoreprésentations du psychosoma et du moi de ces femmes, soient opérants dans le contexte de bouleversement de la maladie. Enfin, j'avais comme souci de respecter au maximum et donc d'accueillir en entretien et en atelier les défenses des patientes. Il apparaissait alors délicat dès la première rencontre de soumettre cette échelle d'évaluation qui questionne le rapport des femmes avec leur sexualité, bien que j'aie pu constater qu'elles l'abordaient plutôt librement dans les ateliers. De plus, je souhaitais laisser advenir les thèmes et les sujets selon le principe de la libre association.

²⁶⁰ Bouak, J. et Bouteyre, E. (2010). Cancer et socio-esthétique : évaluation psychologique des changements de l'image du corps grâce au dessin de la personne. *Psycho-oncologie*, 4, 38-46.

²⁶¹ Confer Volume II : Annexe n° 8 : Traduction française de la Body Image Scale.

²⁶² Brédart, A., Swaine Verdier, A. et Dolbeault, S. (2007). Traduction/adaptation française de l'échelle « Body Image Scale » (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-oncologie*, 1, 1-7.

II.6 LE META-CADRE DU DISPOSITIF DE LA RECHERCHE

Le méta-cadre du dispositif de recherche est constitué des éléments et des espaces de pensée qui ont permis d'envisager la mise en œuvre, le récit, la reprise, et l'élaboration de la clinique des ateliers, ainsi que sa mise en perspective avec le cadre théorique de référence, à savoir la psychologie clinique d'orientation psychanalytique.

En premier lieu, comme présenté précédemment, le centre hospitalier dans lequel se déroule la recherche est un Centre Hospitalier Universitaire, c'est-à-dire un hôpital qui favorise l'accueil d'étudiants encore en formation, la formation continue des soignants, et qui met en œuvre des moyens pour soutenir, si ce n'est pour développer, des actions de recherche. Ainsi, j'ai présenté le projet d'étude à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation de l'établissement qui l'a accueilli favorablement, et qui m'a guidée dans la procédure de qualification de la recherche dans le domaine de la santé en m'orientant vers le Comité de Protection aux Personnes compétent en cancérologie, et dans la démarche d'enregistrement administrative de la recherche. C'est alors que ma recherche, qualitative et à petite échelle, en psychologie clinique, s'inscrivait dans le cadre de la recherche clinique hospitalière, et universitaire bien sûr dans le cadre du doctorat.

J'ai ensuite envisagé deux espaces pouvant avoir ces fonctions précédemment citées : les séminaires de recherche universitaire, et la supervision de la pratique du binôme d'animatrices.

II.6.1 LES SEMINAIRES DE RECHERCHE

J'ai participé régulièrement aux séminaires de recherche universitaire animés par la directrice de thèse. Ces séminaires ont lieu mensuellement et ont la particularité de réunir les étudiants de Master 2 et de doctorat. Cela a été l'occasion d'exposer à plusieurs reprises mon travail au groupe d'étudiants, et de mettre en question les choix théoriques, méthodologiques et cliniques dans la mise en œuvre de la recherche en regard à la problématique et aux hypothèses de travail.

II.6.2 LA SUPERVISION CLINIQUE DES ANIMATRICES D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE

Dès que j'ai commencé à envisager la construction du Dispositif de recherche, il a semblé évident d'imaginer un espace de supervision. La manière dont j'envisage la supervision

de la pratique clinique s'apparente à celle qu'en donne D. Castro, M. Santiago-Delefosse et V. Capdevielle-Mougribas (2009)²⁶³, à savoir :

« La supervision peut être définie comme un dispositif de formation (...) consistant en l'ensemble des opérations critiques (observation, analyse, jugement, intervention) par lesquelles une personne en situation de responsabilité vise à améliorer la qualité de l'acte (...) des personnes dont elle est responsable, de façon à assurer la plus grande cohérence possible entre les référentiels et les pratiques ».

(Castro, Santiago-Delefosse et Capdevielle-Mougribas, 2009, p. 45)

Il s'agit donc en premier lieu d'un espace de parole, partagé avec la socio-esthéticienne, de mise en commun d'abord de nos vécus, de nos remarques, puis de remise en question de notre pratique et de notre réflexion hors-les-murs de l'hôpital, mais aussi hors-les-murs de l'université. Ceci paraissait intéressant afin de créer un espace de pensée inédit et distancié des enjeux institutionnels hospitaliers (et universitaires). Nous avons alors choisi de nous adresser à une psychanalyste, professeur émérite de l'université, qui a consacré une grande partie de ses recherches et de son œuvre scientifique à la thématique de la pratique des médiations thérapeutiques en groupe en institution de soin. Il semblait intéressant en effet de pouvoir bénéficier de l'écoute et de l'approche psychanalytique, tout en sachant que notre superviseur connaissait les attendus universitaires d'une recherche dans le cadre d'un doctorat. Ainsi la réflexion était toujours mise en perspective avec les objectifs de recherche.

Enfin, G. Gaillard, J-P. Pinel et E. Diet (2009)²⁶⁴ ont développé les raisons pour lesquelles il est primordial de pouvoir bénéficier d'un tel espace de travail :

« Ce dont il est question dans de tels espaces, c'est de mettre de la pensée en commun autour des « prises en charge », d'articuler les différences en se centrant sur les liens aux usagers (patients, résidents, etc.), sur la « clinique » dans sa quotidienneté. Les accents peuvent ainsi varier du plus extérieur (l'exercice avoisine alors l'étude de cas) à un travail plus impliquant centré sur les dynamiques transférentielles, etc. L'investissement des usagers dépend de la capacité des groupes à faire revenir, rythmiquement, la clinique au centre de leur préoccupation, afin de régénérer le sens (du soin, de la prise en charge...) ; sens qui, au quotidien, n'en finit pas d'être perdu, détruit, au travers de la violence qui s'actualise dans les liens, dans le mouvement même où il tente de s'y inscrire. ».

(Gaillard, Pinel et Diet, 2009, p. 200).

Notre objectif commun était bien de redonner à chaque séance du sens à nos interventions, sens qui soit tout à la fois cohérent dans le parcours de soin des patientes et utile pour la démarche de recherche : cela représente un équilibre qu'il convient sans cesse de re/trouver grâce au regard extérieur que m'ont procuré ces différents espaces de pensée.

²⁶³ Castro, D., Santiago-Delefosse, M. et Capdevielle-Mougribas, V. (2009). La supervision de la pratique clinique : définitions et questionnements. *Le Journal des psychologues*, 7(270), 45-48.

²⁶⁴ Gaillard, G., Pinel, J-P. et Diet, E. (2009). Autoréflexivité et conflictualité dans les groupes institués. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(8), 199-213.

II.7 LA POPULATION DE RECHERCHE

Afin de recruter la population de recherche, j'ai diffusé largement l'information à la fois auprès des soignants et des patientes. J'ai réalisé un court document que j'ai fait passer aux médecins oncologues, radiothérapeutes, chirurgiens et à leurs secrétaires, aux cadres des unités de soin, aux psychologues des services. Celui-ci reprenait les informations principales de la recherche et de la mise en place des ateliers, les modalités d'inscription. J'ai participé à des temps de relève paramédicale dans le service de chirurgie, ce qui m'a permis de présenter de vive voix le dispositif et de laisser des affiches en salle de soins et dans les chambres du service. J'ai parlé le plus largement possible de l'existence de ce dispositif dans l'hôpital, en radiothérapie, en oncologie, au centre de coordination de cancérologie, à l'Espace Rencontre Information, et à qui voulait bien en entendre parler. J'ai aussi présenté la recherche lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. J'ai également accroché au mur des affiches d'information dans différents lieux stratégiques de l'hôpital comme dans des salles d'attente, des secrétariats, des chambres, et des couloirs de passage.

J'ai ensuite centralisé les demandes d'inscription par messages vocaux déposés sur ma messagerie professionnelle. Puis je me suis mise en lien avec les patientes afin d'avoir un 1^{er} échange téléphonique.

Toutes ont été informées qu'il s'agissait d'évaluer par la recherche les apports de ce dispositif de soin que je leur proposais, et que celui-ci faisait partie intégrante de leur plan de soin du cancer. Je me suis engagée à leur fournir en fin de doctorat un document écrit qui reprendrait les principales informations de la recherche et elles ont toutes signé un formulaire de consentement éclairé marquant leur accord pour participer à la recherche, et contractualisant également nos engagements mutuels.

Les critères de "recrutement" des patientes étaient assez larges : toute femme désirant s'inscrire dans ce programme, quel que soit son âge, quel que soit le cancer gynécologique dont elle souffre ou a souffert, et quel que soit son parcours de soin. Ceci avait été pensé afin de favoriser le plus possible le brassage de modèles et d'étayages identificatoires potentiels dans les groupes à disposition des femmes participantes. Ainsi une femme ayant terminé la phase des soins somatiques hospitaliers pourrait représenter un soutien intéressant auprès d'une femme qui se trouverait à l'aube de la chimiothérapie en témoignant de son expérience. Mais également inversement, l'expression des vécus d'une femme qui commencerait les soins pourrait permettre à une femme les ayant terminés de revisiter les siens et d'en favoriser un effet d'après-coup par exemple.

SYNTHESE DU CHAPITRE II

Pour introduire ce deuxième chapitre qui présente la méthodologie de la recherche, j'ai formulé la problématique et les hypothèses que je propose de mettre au travail dans l'articulation théorico-clinique. Partant de quatre postulats qui concernent le traumatisme de l'annonce du cancer et les soins, l'expression somatique comme voie d'expression et de réorganisation de soi, dans un contexte de mise à mal des processus réflexifs, et l'utilisation de groupe à médiation pour leurs fonctions facilitatrices expressive et symboligène, j'ai proposé de questionner les spécificités du Dispositif et les propriétés du travail psychique qu'elles invitent à mettre au travail chez les patientes. A partir de là, je me suis sommes interrogée sur les processus psychiques mobilisés et sur leur rôle et leur opérativité dans l'accompagnement psychologique de patientes d'oncologie gynécologique. J'ai ensuite formulé une hypothèse générale et trois hypothèses secondaires à mettre à l'épreuve de la clinique et qui proposent de considérer le dispositif utilisant la médiation de la socio-esthétique comme un outil d'accompagnement psychodynamique de ré/investissement de soi grâce à la dynamisation des processus de réflexivité psychique en tant que « solution-recours » vers l'appropriation subjectivante de l'expérience du cancer, à la mise en jeu du féminin, dont les effets se repèrent dans l'évolution de la capacité et des modalités d'utilisation des objets pluriels du Dispositif.

J'ai ensuite brièvement évoqué le terrain de recherche en présentant tout autant la tâche primaire des soignants qui est d'accueillir et d'apporter des soins spécifiques à des femmes hospitalisées pour un traitement chirurgical d'un cancer féminin, que sa géographie afin de donner une représentation de l'espace dans lequel s'est déroulé le dispositif.

Puis, j'ai consacré une partie importante de ce chapitre à la présentation détaillée des dispositifs, initial et enrichis, puisqu'ils s'avèrent encore inédits, ainsi que celle des arguments concernant les choix réalisés dans leur mise en œuvre respective.

J'ai exposé après les différentes techniques auxquelles j'ai fait appel pour recueillir le matériel clinique, tels l'entretien clinique, le Photolangage©, les questionnaires de fin d'atelier, et aussi le cosmétogramme, grille d'observation créée pour la recherche.

J'ai ensuite évoqué ma participation aux séminaires universitaires et la supervision clinique d'orientation psychanalytique des animatrices comme instaurant le méta-cadre de la recherche qui se déroule en milieu hospitalier.

Enfin, j'ai introduit la présentation de la population de recherche, que je serai amenée par la suite à développer dans le chapitre introductif de la clinique ci-après.

III PRESENTATION DE LA CLINIQUE PSYCHO-SOCIO-ESTHETIQUE

A l'issue de la présentation générale de la recherche et de la méthodologie retenue pour mettre au travail les hypothèses de recherche, je propose désormais dans ce troisième chapitre une immersion dans la clinique psycho-socio-esthétique. Tout d'abord, je présenterai et dégagerai les grandes tendances cliniques observées et repérées au fil des entretiens et des ateliers à l'aide d'un tableau et de graphiques commentés. Cette première approche globale de la population de recherche, ainsi que les commentaires proposés, introduisent les axes problématiques que cette clinique soulève.

Ensuite je propose de poursuivre cette partie clinique par une présentation succincte de chacun des neuf groupes dans le but de mettre à jour les particularités et les spécificités inhérentes à chacun de ces groupes. En effet, la question de l'intersubjectivité, c'est-à-dire la co-crédation dans l'ici et maintenant du groupe à médiation externe, réactive les groupes internes, dont le groupe d'origine famille, qui est central et qui rend chaque groupe unique. A la suite de ceci, je ferai une brève présentation anamnétique de chaque patiente de manière individuelle, sous la forme de tableaux, qui reprend de manière synthétique les informations nécessaires permettant de se représenter le contexte de vie et de soins de chaque patiente. Je rapporterai également quelques éléments du cosmétogramme. S'agissant d'une clinique groupale, et qui plus est à médiation, nous nous trouvons dans ce que C. Vacheret (2002)²⁶⁵ nomme la problématique de l'articulaire sujet/groupe, en appui sur la notion d'intermédiaire de R. Kaës (1993)²⁶⁶ et celle de double-limite d'A. Green (1982)²⁶⁷. Cela signifie pour C. Vacheret que le sujet et le groupe ne représentent pas des entités séparables dans les groupes à médiation puisque l'objet médiateur les lie en permanence :

« Dans ce genre de travail l'équilibre à tenir est périlleux et relève d'un parcours d'équilibriste, car il s'agit de tenir dans une même approche topique, dynamique et économique, les processus psychiques de liaison qui produisent des liens intrapsychiques chez le sujet (prise de conscience) en articulation avec les liens et les échanges intersubjectifs dans le groupe ».
(Vacheret, 2002, p. 155).

²⁶⁵ Vacheret, C. (2002). Groupes à médiation et processus de liaison. Dans C. Vacheret (dir.), *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques* (p.147-156). Paris, France : Dunod.

²⁶⁶ Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe. Éléments pour une théorie psychanalytique du groupe*. Paris, France : Dunod.

²⁶⁷ Green, A. (1982). La double limite. Dans *La folie privée* (p. 293-316). Paris, France : Gallimard, 1990.

Dans la lignée des travaux de R. Kaës, je suis le positionnement que prennent P. Privat et D. Quélin-Soulinoux (2005)²⁶⁸ à propos du groupe thérapeutique d'enfants. Ces derniers défendent l'idée que sujet et groupe ne sont pas des objets à étudier de manière distincte et sans lien, mais bien toujours intriqués l'un l'autre :

« On ne peut pas, en effet, opposer l'individu et le groupe, puisque chacun y dépose des parties ignorées de lui-même et participe ainsi à la constitution de ce lieu de rencontre des parties mutuelles plus ou moins indifférenciées ».
(Privat et Quélin-Soulinoux, 2005, p. 4)

L'approche de N. Bayle et P. Perocheau (2013)²⁶⁹ complète bien à mon sens ce point de vue groupaliste en postulant un rapport de complémentarité entre l'individu et le groupe, autrement dit entre le sujet et le groupe, à mettre au travail en les discriminant l'un et l'autre en faisant ressortir les points d'accroche et les différences :

« [...] il nous semble stérile d'opposer l'individuel et le groupe. Il nous paraît plus intéressant de les distinguer tout en discutant de leur complémentarité ».
(Bayle et Perocheau, 2013, p. 123).

J'ai ainsi choisi de présenter des séquences cliniques issues des groupes dans le chapitre IV, qui seront à envisager en complémentarité avec la présentation de l'histoire et du parcours des femmes. Cette organisation des éléments cliniques favorise que le regard et l'attention puissent être tantôt portés sur le groupe et les liens entre les membres du groupe, tantôt sur le sujet singulier, afin d'éclairer les processus intrapsychiques en jeu convoqués et remis en travail chez ce dernier en appui sur les deux autres dimensions psychiques spécifiques à notre clinique féminine en cancérologie articulées entre elles, à savoir la dimension groupale et la dimension intersubjective.

Dans ma démarche de chercheuse, l'étape incontournable de la réécriture intégrale de la clinique brute s'est avérée bien difficile à mettre en pratique pendant tout un premier temps, tant les souvenirs affectifs endormis de l'ambiance des ateliers me hantait encore et me paraissait douloureux. Cela générait chez moi de l'angoisse sans doute aussi massive que l'angoisse de mort déposée dans les groupes. En effet à la fin des ateliers, la socio-esthéticienne et moi nous trouvions souvent dans l'impossibilité de partager nos ressentis. Nous étions dans l'évitement de reparler de ce que nous venions de vivre dans le groupe au contact des patientes. Nous avions envie de passer à autre chose, le désir de tourner la page et plutôt de partager des bons moments de nos vies privées respectives. Presque systématiquement également, plutôt que de parler, nous éprouvions l'envie de satisfaire notre zone orale en mangeant un bonbon, des douceurs : il

²⁶⁸ Privat, P. et Quélin-Soulinoux, D. (2005). *Travailler avec les groupes d'enfants*. Paris, France : Dunod.

²⁶⁹ Bayle, N. et Perocheau, P. (2013). L'individuel existe-t-il en groupe ?. Dans N. Kacha et F. Sacco (dir.), *Voies nouvelles pour les psychothérapies de groupe* (p. 113-123). Ramonville Saint-Agne, France : Erès.

s'avère en effet plus difficile de parler la bouche pleine ! Après une longue période d'évitement de remise en contact avec mes notes, j'ai enfin pu les relire et les écrire. Tout s'est alors passé comme si je regardais de nouveau un film et que toute l'ambiance affective se réveillait. Cette phase de réécriture littérale de la clinique a donc eu un effet remobilisateur au niveau émotionnel très fort pour moi, indispensable pour l'élaboration qui suit à partir de celle-ci.

III.1 INTRODUCTION GENERALE A LA CLINIQUE

Dans cette première partie, je vais présenter des éléments du matériel clinique sous forme de tableau et de statistiques. En effet, la population de recherche se révélant assez conséquente (toute proportion gardée dans le champ de la psychologie clinique bien sûr), il m'a semblé intéressant de l'aborder avec une méthode à visée comparative selon certains vertex de lecture que nous développons ci-après.

III.1.1 RECAPITULATIF DE LA FREQUENTATION DES ATELIERS

Tableau 9 : Récapitulatif de la fréquentation des ateliers

Groupe	Forme	Dates	Composition	Fréquentation	Total
1	<u>3 ateliers :</u> 1. Conseil en Image 2. Maquillage 3. Soin du visage	1. 03/02/14 2. 24/02/14 3. 17/03/14	- Jeanne - Anne - Myrta - Eliette	1. Jeanne + Anne + Eliette + Myrta 2. Jeanne + Anne + Eliette + Myrta 3. Jeanne + Anne + Eliette + Myrta	4 3 4
2	<u>3 ateliers :</u> 1. Conseil en Image 2. Maquillage 3. Soin du visage	1. 17/02/14 2. 10/03/14 3. 31/03/14	- Marilène - Marielle - Béatrice - Gabrielle	1. Marilène + Marielle + Béatrice + Gabrielle 2. Marilène + Marielle + Béatrice + Gabrielle 3. Marilène + Marielle + Béatrice + Gabrielle	4 4 4
3	<u>3 ateliers :</u> 1. Conseil en Image 2. Maquillage 3. Soin du visage	1. 07/04/14 2. 28/04/14 3. 19/05/14	- Joséphine - Mirella - Iris - Émilie	1. Joséphine + Mirella + Iris + Émilie 2. Joséphine + Mirella + Iris + Émilie 3. Joséphine + Mirella + Iris + Émilie	4 4 4
4	<u>3 ateliers :</u> 1. Conseil en Image 2. Maquillage 3. Soin du visage	1. 12/05/14 2. 02/06/14 3. 23/06/14	- Agnès - Sabine - Joëlle - Jane	1. Agnès + Sabine + Joëlle + Jane 2. Agnès + Sabine + Joëlle + Jane 3. Agnès + Sabine + Joëlle + Jane	4 4 4
5	<u>3 ateliers :</u> 1. Conseil en Image 2. Maquillage 3. Soin du visage	1. 26/05/14 2. 16/06/14 3. 07/07/14	- Sofia - Christine - Clothilde - Solène	1. Sofia + Christine + Clothilde + Solène 2. Sofia + Christine + Clothilde + Solène 3. Sofia + Christine + Clothilde + Solène	3 3 3

6	<u>6 ateliers :</u> 1. Conseil en Image 1 2. Conseil en Image 2 3. Maquillage 1 4. Maquillage 2 5. Soin du visage 1 6. Soin du visage 2	1. 10/02/15 2. 03/03/15 3. 24/03/15 4. 14/04/15 5. 05/05/15 6. 26/05/15	- Greta - Claire - Maggie - Ella - Maeva	1. Greta + Claire + Maggie + Ella + Maeva 2. Greta + Claire + Maggie + Ella + Maeva 3. Greta + Claire + Maggie + Ella + Maeva 4. Greta + Claire + Maggie + Ella + Maeva 5. Greta + Claire + Maggie + Ella + Maeva 6. Greta + Claire + Maggie + Ella + Maeva	3 3 1 1 2 1
7	<u>3 ateliers :</u> 1. Conseil en Image 2. Soin du visage 3. Maquillage	1. 26/02/15 2. 19/03/15 3. 09/04/15	- Janie - Marion - Blanche - Françoise	1. Janie + Marion + Blanche + Françoise 2. Janie + Marion + Blanche + Françoise 3. Janie + Marion + Blanche + Françoise	3 2 2
8	<u>6 ateliers :</u> 1. Conseil en Image 1 2. Conseil en Image 2 3. Soin du visage 1 4. Soin du visage 2 5. Maquillage 1 6. Maquillage 2	1. 29/09/15 2. 20/10/15 3. 10/11/15 4. 01/12/15 5. 22/12/15 6. 12/01/16	- Rachel - Mathilde - Katia - Frédérique - Sandra	1. Rachel + Mathilde + Frédérique + Sandra 2. Rachel + Mathilde + Frédérique + Sandra + Katia 3. Rachel + Mathilde + Frédérique + Sandra + Katia 4. Rachel + Mathilde + Frédérique + Sandra + Katia 5. Rachel + Mathilde + Frédérique + Sandra + Katia 6. Rachel + Mathilde + Frédérique + Sandra + Katia	2 3 2 2 1 2
9	<u>6 ateliers :</u> 1. Conseil en Image 1 2. Conseil en Image 2 3. Soin du visage 1 4. Soin du visage 2 5. Maquillage 1 6. Maquillage 2	1. 13/10/15 2. 03/11/15 3. 24/11/15 4. 15/12/15 5. 05/01/16 6. 26/01/16	- Christelle - April - Mila - Madeleine	1. Christelle + April + Mila + Madeleine 2. Christelle + April + Mila + Madeleine 3. Christelle + April + Mila + Madeleine 4. Christelle + April + Mila + Madeleine 5. Christelle + April + Mila + Madeleine 6. Christelle + April + Mila + Madeleine	1 1 1 1 1 1

Prénom : Femme absente au groupe sans avoir prévenu préalablement, mais qui revient ensuite ou conserve plus tard un lien (téléphone, mail).

Prénom : Femme absente au groupe en ayant prévenu et qui est restée ensuite en contact (téléphone, mail).

Prénom : Femme absente au groupe et qui a ensuite disparu du protocole de la recherche, ne répond pas aux sollicitations téléphoniques.

Prénom : Femme qui renonce à son inscription.

III.1.2 QUELQUES STATISTIQUES GLOBALES COMMENTEES CONCERNANT ...

III.1.2.1 ... *LA FREQUENTATION DU DISPOSITIF PAR LES FEMMES*

41 patientes ont répondu favorablement à la proposition de participation à la recherche, mais 3 de ces femmes n'ont pas eu d'entretien préliminaire : Flora ne souhaitait plus participer quand je l'ai rappelée pour lui donner les dates des ateliers. Nadine et Cynthia, respectivement mère et fille, souhaitaient participer au même groupe et lorsque j'ai pu leur proposer des dates pour un groupe, Cynthia était de nouveau hospitalisée pour des soins de récurrence et ne se sentait plus disponible ; Nadine s'est alors retirée également du projet de participer aux ateliers car cela n'avait plus de sens pour elle de le faire sans sa fille, et lorsque je lui ai proposé de mettre ce sentiment au travail ensemble, celle-ci ne l'a pas souhaité.

38 femmes ont été incluses dans le Dispositif au total, c'est-à-dire qu'elles ont participé à l'entretien d'inclusion et ont signé un formulaire de consentement de participation à la recherche. Ce document prend valeur symbolique de contrat de soin « moral » entre les patientes et nous animatrices, car il reprend les grandes étapes de la recherche comme l'ordre des ateliers et des entretiens, mais aussi nos engagements réciproques à mener à terme ce projet.

31 patientes ont participé effectivement à au moins un atelier, soit 81,6 % des femmes incluses. Greta n'a jamais été programmée sur un groupe. Elle a retiré sa participation quand nous avons voulu envisager des dates d'atelier ensemble. Françoise, Frédérique, Sandra, April, Mila et Madeleine n'ont participé à aucun atelier. Madeleine a réalisé après le troisième atelier manqué que sa condition physique et psychique durant la chimiothérapie ne lui permettrait pas de venir aux autres non plus. Elle s'est alors désinscrite. Mila a renoncé à sa participation la veille du premier atelier se disant trop débordée au travail et par sa vie de mère pour le moment pour prendre ce temps de soin. Les autres femmes n'ont participé à aucun temps de groupe non plus. Frédérique et Sandra ont été de multiples fois réhospitalisées pour des soins liés aux effets secondaires du cancer ou de la chimiothérapie et/ou pour des soins de récurrence. Cependant, ni l'une ni l'autre n'a prévenu de son/ses absences.

Finalement 21 patientes participèrent à tous les ateliers et à tous les entretiens, soit 51,2 % des femmes souhaitant s'inscrire et 67,7 % des femmes participantes. Cela représente dans

le dispositif 1 : 85 % des patientes, et dans le dispositif 2 : 16,7 % seulement²⁷⁰. Les groupes 1 à 5 sont presque tous complets, hormis le groupe 1 qui compte une absente, Myrta, à l'atelier 2 qui revient ensuite à l'atelier 3, et le groupe 5 qui compte une absente à l'atelier 1, Clothilde, qui vient ensuite aux ateliers 2 et 3, et une autre femme qui ne revient pas, Solène, qui disparaît même de la recherche après avoir participé à l'atelier 1. En ce qui concerne les groupes 6 à 9, ils n'ont jamais été complets. Le groupe 9, le dernier groupe, représente d'ailleurs le point d'orgue de ce phénomène puisqu'une seule patiente participera aux ateliers. Le groupe 6 avait déjà connu trois ateliers sur six avec seulement une participante.

Dans cette partie statistique, il m'a paru intéressant chaque fois de différencier trois sous-groupes : celui des femmes désireuses de s'inscrire mais qui ne sont pas allées au bout de la démarche et qui se sont retirées avant le premier entretien, quelle qu'en soit la raison ; celui des femmes inscrites, ayant participé à l'entretien d'inclusion et s'étant engagées sur des dates d'atelier, sous-groupe tout autant constitué par les femmes qui ont participé effectivement aux ateliers et celles qui ont participé en partie ou pas du tout ; et enfin le groupe des femmes qui ont participé activement aux ateliers. Ce découpage de la population nous permet de mettre en perspective le désir, puis l'engagement, dimensions subjectives liées au réel de la maladie et des soins, avec les axes d'analyse retenus tels le type de pathologie, l'âge de la population, le statut professionnel, la situation familiale, le parcours de soin préconisé et la situation dans ce parcours de soin quand elles désirent s'inscrire ou participent, ou encore le fait d'avoir débuté un travail d'accompagnement psychologique.

Une des particularités qui concerne les patientes ayant participé au dispositif 1 réside dans le fait que la majorité d'entre elles avaient terminé ou étaient en fin de parcours de la phase hospitalière des soins somatiques : 11 femmes sur 20 se rendaient désormais à l'hôpital uniquement pour des examens et des consultations de contrôle ou pour des rendez-vous de soins de support, soit 55 %. Elles se trouvaient alors engagées dans un processus de séparation, de détachement d'avec les soignants et l'hôpital, et d'avec cette période de leur vie, bien lourde de conséquences car désormais plus rien ne sera jamais plus pareil. En effet M. Ruszniewsky et

²⁷⁰ Petit rappel sur les grandes lignes qui différencient le dispositif 1 dit initial, et le dispositif 2 dit enrichi :
Dispositif 1 : 1 entretien préliminaire + 3 ateliers (Conseil en Image, Maquillage, Soins du Visage) + 2 entretiens post-ateliers.

Dispositif 2.1 (doublement du nombre d'ateliers) : 1 entretien préliminaire + 6 ateliers (2 Conseil en Image, 2 Maquillage, 2 Soins du Visage) + 2 entretiens post-ateliers.

Dispositif 2.2 (inversion des deux derniers ateliers Soins du Visage et Maquillage) : 1 entretien préliminaire + 3 ateliers (Conseil en Image, Soins du Visage, Maquillage) + 2 entretiens post-ateliers.

Dispositif 2.3 (combine le doublement et l'inversion des ateliers) : 1 entretien préliminaire + 6 ateliers (2 Conseil en Image, 2 Soins du Visage, 2 Maquillage) + 2 entretiens post-ateliers.

G. Rabier (2016)²⁷¹ évoquent à ce sujet le fait qu'il existe un avant l'annonce-diagnostic de cancer et un après dans la vie de ces sujets. Dans les groupes 1 à 5, certaines femmes avaient déjà repris le travail. D'autres se trouvaient en période d'arrêt maladie, décrivant des vécus bien mêlés : entre soulagement d'avoir terminé les soins et malaise de ne pas avoir envie de reprendre le travail ; ou malaise de se sentir déprimées de se retrouver seule à domicile, dans un quotidien qui ne sera plus jamais le même alors qu'elles trouvaient insupportable de devoir venir à l'hôpital subir les soins dans un univers impersonnel ; malaise encore de se sentir angoissées plus que jamais alors que les médecins sont rassurants sur l'action des traitements sur la maladie ... Il était d'ailleurs intéressant d'interroger la manière dont ces femmes nommaient l'intérêt de cet arrêt maladie post-soins : pour opérer une transition entre la maladie et la vie de tous les jours, pour se reconstruire, pour consolider sa santé et son moral, pour tenter de redonner du sens au quotidien ...

A partir du groupe 6, des patientes ont été recrutées au moment de la chirurgie, avant que ne commence la chimiothérapie ou la radiothérapie. Il a pu s'agir de patientes à qui j'ai proposé de participer aux ateliers à l'issue de la première rencontre durant l'hospitalisation ou autour de celle-ci. J'ai suivi peu de ces patientes en individuel. L'idée principale de la recherche était d'évaluer s'il s'avérait opportun de proposer un étayage psychocorporel concomitant avec le démarrage des soins impactant le corps, après une chirurgie toujours mutilante somatiquement et corporellement et/ou au début d'une chimiothérapie. L'objectif était d'évaluer la pertinence de proposer un espace de partage, de mise en parole et en pensée des vécus liés aux transformations corporelles, un espace de soutien et d'accompagnement en somme, durant la phase hospitalière des soins somatiques. Pour certaines, il semble alors qu'il ait été compliqué d'investir ce dispositif à ce moment précis. Alors pourquoi se sont-elles globalement inscrites avec enthousiasme ?

La chirurgie constitue majoritairement le premier soin hospitalier après les consultations d'annonce-diagnostic. Les femmes se retrouvent alors pendant leur séjour²⁷² pour la plupart pour la première fois seules depuis l'annonce de la maladie. Certaines ont pu se saisir de notre rencontre et de ma proposition d'accompagnement au démarrage des soins comme d'une bouée

²⁷¹ Ruszniewsky, M. et Rabier, G. (2016). La voix des personnes face à la maladie grave. *Revue internationale de soins palliatifs*, (31), 9-11.

²⁷² J'ai pu rencontrer uniquement des femmes hospitalisées dans le service de chirurgie gynécologique et qui bénéficiaient donc d'une hospitalisation d'au minimum vingt-quatre heures. Les patientes pour qui une chirurgie en bloc ambulatoire était pratiquée étaient hospitalisées dans un autre service. La temporalité de la chirurgie ambulatoire ne me laisse que peu d'espace pour intervenir pendant le temps d'hospitalisation. La patiente entre dans l'unité le matin même du passage au bloc opératoire. Puis, après le bloc, la patiente transite deux heures par la salle de réveil. Ensuite elle retourne dans l'unité d'hospitalisation pour être surveillée pendant qu'elle se réveille, pour enfin pouvoir repartir à domicile.

de sauvetage. Claire, avec qui je suis restée en lien téléphonique durant toute la durée du groupe 6, me confiait lors de notre dernier échange qu'elle aurait aimé pouvoir participer aux ateliers vers la fin de la chimiothérapie, car désormais elle était en mesure de constater qu'elle y avait survécu. Madeleine, quant à elle, a connu des effets secondaires sévères de la chimiothérapie servant à traiter un cancer de l'ovaire. Elle laissait des messages avant ou après les ateliers pour dire qu'elle se sentait trop mal, trop fatiguée le matin même pour envisager venir au groupe. Même constat pour Marion qui préviendra le matin même du deuxième groupe pour dire qu'elle ne viendrait plus. Comment investir cet espace lorsque les angoisses de mort occupent tout le devant de la scène psychique ?

Certaines femmes ont eu des difficultés à s'engager également dans un travail de groupe. C'est le cas pour Maggie et April par exemple. Maggie participe à un seul atelier du groupe 6, le deuxième. Je l'avais contactée suite à son absence au premier atelier. La veille du deuxième, je constate qu'elle est hospitalisée dans le service de chirurgie et qu'elle vient d'avoir une nouvelle intervention chirurgicale de reprise d'hématome après la mastectomie. Je fais alors la démarche de lui rendre visite dans sa chambre pour lui signifier que nous l'attendons bien pour l'atelier. L'infirmière du service qui s'occupe d'elle ce jour, et qui représente une personne ressource pour Maggie puisqu'il s'agit d'une ancienne collègue de travail, la motive également pour participer. Le portage d'équipe favorise la venue de Maggie pour l'atelier, mais elle aura des difficultés et mettra fin à sa participation à l'issue de ce premier temps de groupe, ne supportant pas de constater les effets qu'elle génère sur les autres, notamment sur l'état anxieux de Claire qui grandit à l'écoute de l'histoire de cette deuxième récurrence de Maggie. En retour, elle met à distance l'effet transformateur que les autres femmes pourraient produire en elle en coupant court aux échanges. April quant à elle, semble tellement isolée dans son quotidien, complètement dévouée à son entourage familial, qu'il lui semble impensable de s'engager auprès d'un autre groupe d'appartenance.

III.1.2.2 ... LE TYPE DE PATHOLOGIE

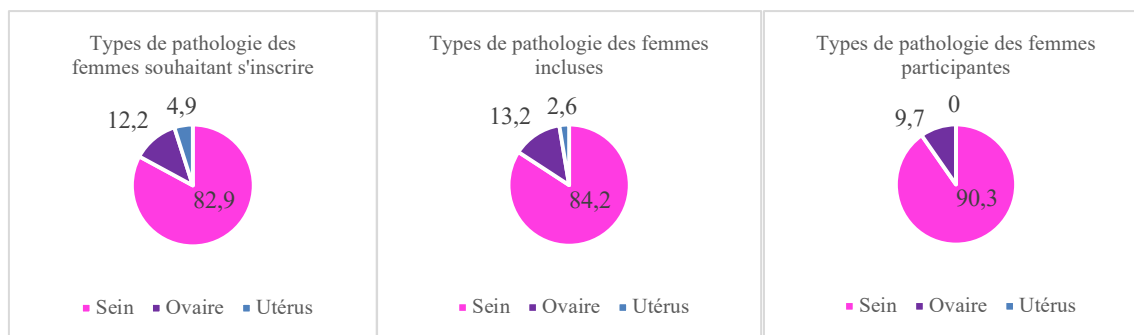


Figure 4 : Indicateur des types de pathologie

- Le cancer du sein concerne 34 femmes sur 41 soit 82,9 % des femmes désirant s'inscrire, 32 femmes sur 38 soit 84,2 % des femmes incluses et 28 femmes sur 31 soit 90,3 % des femmes participantes aux ateliers.
- Le cancer de l'ovaire concerne quant à lui 5 femmes sur 41 soit 12,2 % des femmes désirant s'inscrire, 5 femmes sur 38 soit 13,2 % des femmes incluses et 3 femmes participantes sur 31 soit 9,7 % des femmes participantes aux ateliers.
- Seulement 2 femmes sur 41 sont concernées par un cancer du col de l'utérus soit 4,9 % des femmes désirant s'inscrire, 1 femme incluse sur 38 soit 2,6 % et 0 % des femmes participantes aux ateliers.

Nous constatons alors que la majorité des patientes concernées par la recherche sont en soin pour un cancer du sein. Ceci s'explique pour partie par les chiffres nationaux qui placent le cancer du sein comme touchant 1 femme sur 8 en France. Ceci s'explique également par l'activité du service qui opère en effet bien plus de femmes atteintes d'un cancer du sein. Nous pouvons alors imaginer aussi que ces femmes ont besoin d'espaces d'expression dans lesquels sont reconnues leurs souffrances liées à cette atteinte qui peut parfois être banalisée par leurs proches du fait de sa fréquence d'apparition dans la population générale, de l'efficacité et de la disponibilité de l'offre de soins.

III.1.2.3 ... L'AGE DE LA POPULATION DE RECHERCHE

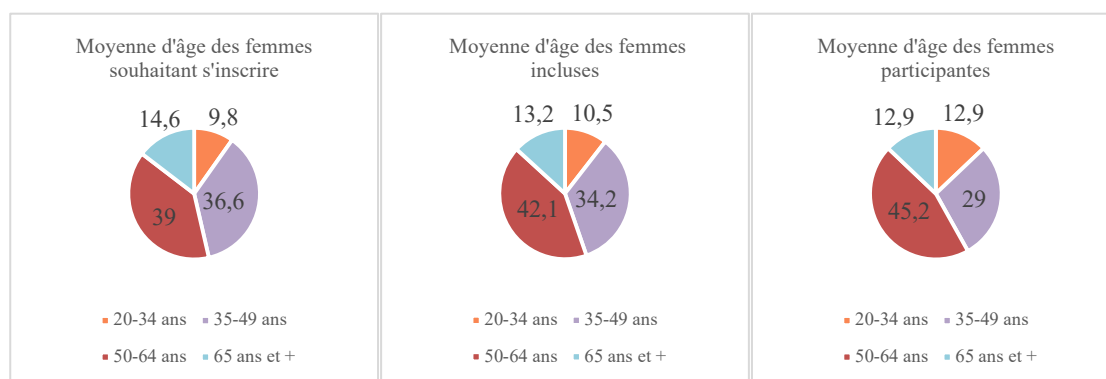


Figure 5 : Indicateur des âges dans notre population

La fourchette d'âge des patientes incluses va de 21 ans à 77 ans. La moyenne d'âge des participantes est de 52 ans, mais je suis bien consciente que les âges aux 2 extrémités de cette moyenne sont très éloignés l'un de l'autre et que la traversée de la maladie et des soins n'a pas le même impact et ne prend pas sens dans la vie des femmes de la même manière à 20 ans et à 70 ans, ni n'engendre les mêmes problématiques et vécus au quotidien. Je propose alors de découper la population de recherche en 4 catégories :

- les femmes entrant dans la tranche des 20/34 ans représentent 4 femmes désirant s'inscrire sur 41 soit 9,8 %, 4 femmes incluses sur 38 soit 10,5 %, et 4 femmes participantes sur 31 soit 12,9 %.
- les femmes entrant dans la tranche des 35/49 ans représentent 15 femmes désirant s'inscrire sur 41 soit 36,6 %, 13 femmes incluses sur 38 soit 34,2 % et 9 femmes participantes sur 31 soit 29 % ;
- les femmes entrant dans la tranche des 50/64 ans représentent 16 femmes désirant s'inscrire sur 41 soit 39 %, 16 femmes incluses sur 38 soit 42,1 % et 14 femmes participantes sur 31 soit 45,2 % ;
- les femmes entrant dans la tranche des 65 ans et + représentent 6 femmes participantes sur 41 soit 14,6 %, 5 femmes incluses sur 38 soit 13,2 % et 4 femmes participantes sur 31 soit 12,9 %.

Nous pouvons ainsi constater que la majorité des patientes se situent dans la tranche d'âge des 50-64 ans, suivie par celle des 35-49 ans, puis avec des pourcentages bien plus faibles, mais qui sont proches l'une de l'autre également, la tranche des 65 ans et + et celle des 20-34 ans qui se suivent respectivement de près. Ceci démontre alors que la population de recherche couvre toutes les tranches d'âge, avec une forte proportion se situant entre 35 et 64 ans, et des

proportions plus faibles mais équivalentes pour les deux extrêmes. Le fait que la plus faible proportion de la population de recherche se situe entre 20 et 34 ans s'explique par le fait que le cancer féminin touche moins les jeunes femmes. L'âge moyen au diagnostic de cancer du sein en France en 2015 par exemple était de 61 ans²⁷³, et près de 75 % des cancers du sein se développent après 50 ans. Pour le cancer du col de l'utérus qui représente le douzième cancer féminin le plus fréquent, l'âge moyen au diagnostic en 2012 était de 51 ans. Enfin en ce qui concerne le cancer de l'ovaire qui représente quant à lui le septième cancer le plus fréquent chez la femme, celui-ci apparaît le plus souvent après la ménopause. L'âge moyen au diagnostic est de 65 ans²⁷⁴.

A noter que dans la tranche des 20-34 ans, une seule patiente, Clothilde, a moins de 30 ans. Il semble important de le souligner d'après le témoignage de son vécu dans le groupe n°5, le seul qui ait réuni des femmes relativement jeunes. Elle a pu dire en fin de cycle d'ateliers, mais aussi en entretien post-ateliers combien elle avait pu se sentir en décalage dans ses préoccupations quotidiennes par rapport aux autres femmes, notamment en ce qui concerne les questions autour des enfants.

De 20 à 34 ans, le cancer féminin attaque le potentiel de séduction et de fonctionnalité dans la vie sexuelle des femmes, le cancer se fixant sur des organes porteurs de zones érogènes majeures. Il menace également la capacité somatique de maternité, que ce soit par l'organe touché directement comme dans les cancers de l'utérus ou du col de l'utérus par exemple, ou alors ce sont les soins comme la chimiothérapie qui induisent une toxicité corporelle qui empêche ou retarde la possibilité de procréation. Il en est de même avec la population se situant entre 35 et 49 ans, l'âge de la première maternité reculant en France depuis plusieurs années. Selon l'Institut National des Études Démographiques, l'âge des femmes ayant donné naissance à leur premier enfant en 2015 était de 28,5 ans²⁷⁵. Par conséquent, l'âge des femmes augmente encore dans le cas où elles auront d'autres enfants. Elles peuvent alors se retrouver dans notre deuxième tranche de population avec les mêmes préoccupations concernant la sexualité et la maternité.

²⁷³ Source : INCa. (2016). La situation du cancer en France en 2015.

²⁷⁴ Chiffres recueillis sur le site de l'Institut National du Cancer :

<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Quelques-chiffres>

<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-ovaire/Developpement-du-cancer-de-l-ovaire>

²⁷⁵ Chiffre recueilli sur le site de l'INED : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/age-moyen-maternite/>

De 50 à 64 ans, se précise la période dite de la ménopause qui se caractérise par la diminution, voire la disparition de la fertilité, les premiers signes de vieillissement du corps, une période de vie dans laquelle les femmes sont amenées à vivre de multiples pertes, castrations, et à réaliser différents deuils. C'est aussi une période durant laquelle la vie de famille mais aussi la vie de chacun dans le couple se réorganisent : les enfants grandissent, quittent la maison, et obligent à repenser le quotidien, l'organisation familiale et les activités de loisirs puisque le temps libre augmente. La grande étape de vie que représente la retraite commence à se penser, à s'envisager et même à se projeter en termes de délai bien que l'âge permettant de la prendre ne cesse de reculer régulièrement depuis quelques années.

A 65 ans et +, les femmes se projettent désormais, ou pas d'ailleurs, et ce peut être un motif de souffrance, dans la fin de leur carrière professionnelle et l'entrée en retraite. Cette période peut donc s'avérer envisagée, parfois très attendue tout au long de la vie active, ou toujours repoussée, ou prise de manière anticipée, pouvant être considérée comme bien méritée. Le moment du passage en retraite s'avère souvent être un passage délicat dans la vie qui demande de l'anticipation pour ne pas faire plonger le sujet dans des vécus dépressifs liés au manque de nouveaux investissements. J-M. Talpin (2017)²⁷⁶ a travaillé sur les différentes fonctions psychiques inconscientes et préconscientes que peut remplir le travail, qui sont négativées car contenues dans le cadre de celui-ci pour une part, et pour une autre part car le travail accomplit une dimension défensive par rapport au sens de la vie du sujet. Cependant ces fonctions négativées se révèlent au moment où le sujet se met en retraite. Ce moment s'avère à risque de décompensation psychique et/ou somatique selon lui car : « (...) le travail et l'emploi participent à la compensation des fragilités psychiques de chacun ». (Talpin, 2017, p. 93).

Enfin, je précise que lorsque j'ai décidé que l'âge ne serait pas un critère de sélection de la population à étudier dans la recherche, je pensais à la fois à l'intérêt clinique dans les groupes que ce brassage identificatoire pouvait générer, mais aussi à l'intérêt de recherche permettant de vérifier si les hypothèses ont une validité et prennent sens dans la vie des femmes tout au long de leur vie adulte.

²⁷⁶ Talpin, J-M. (2017). La retraite ou la négativité du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(23), 83-95.

III.1.2.4 ... LE STATUT PROFESSIONNEL DES PATIENTES

« Ce qui est sûr en tous cas, c'est que cesser de soigner l'objet, c'est se retrouver face au négatif de sa présence absente et que cet impossible et impensable face-à-face revêt une valeur non de remémoration, mais d'actualisation de la situation – ou des situations – traumatiques initiales. Tout plutôt que vivre cela, semblent nous dire ces patientes, d'ailleurs souvent engagés dans des professions de soin (...). L'une des formes que ce « tout » prend est en effet celle qui consiste à soigner les autres pour ne pas avoir à se confronter soi-même à la béance du négatif premier ».

(Press, 2015²⁷⁷, p. 1127).

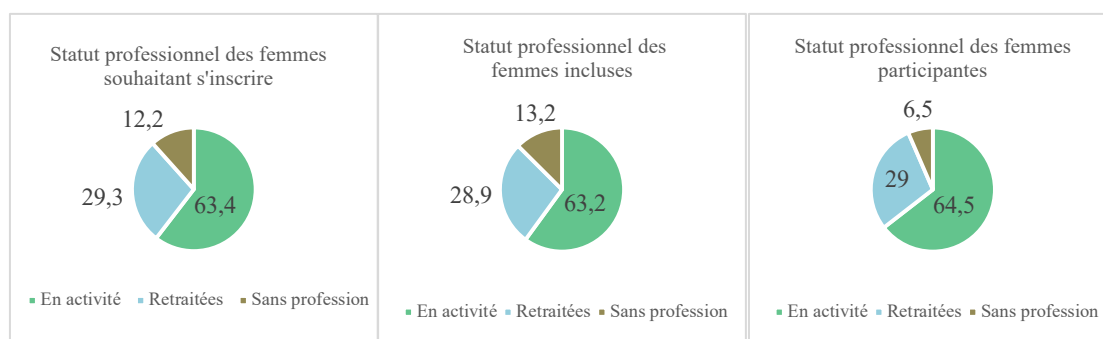


Figure 6 : Indicateur du statut professionnel de nos patientes

Au moment de l'annonce-diagnostic du cancer :

- 12 femmes sur 41 souhaitant participer sont à la retraite soit 29,3 %, 11 femmes incluses sur 38 soit 28,9 % et 9 femmes participantes sur 31 soit 29 %. Parmi les femmes retraitées participantes, 2 ont une activité rémunérée à temps partiel et une travaille gracieusement comme assistante pour sa fille.
- 5 femmes sur 41 souhaitant s'inscrire sont sans activité professionnelle soit 12,2 %, 5 femmes incluses sur 38 soit 13,2 % et 2 femmes sur 31 participantes soit 6,5 %. Parmi les femmes sans profession, 2 d'entre elles sont en invalidité consécutivement à la maladie, 2 étaient déjà au chômage avant la maladie et une femme est au chômage suite à un arrêt maladie de longue durée.

²⁷⁷ Press, J. (2015). Le transfert du négatif. Histoire d'une possession blanche. *Revue Française de Psychanalyse*, 4(79), 1123-1135.

- 26 femmes sur 41 souhaitant participer ont une activité professionnelle soit 63,4 %, 24 femmes incluses sur 38 soit 63,2 % et 20 femmes sur 31 participantes soit 64,5 %. Parmi elles, 1 femme est étudiante et 2 femmes finissent leur carrière professionnelle en arrêt maladie et seront en retraite à la fin de celui-ci.

Il est remarquable de noter dans notre population que la moitié environ de nos patientes exercent une activité professionnelle dans la catégorie de ce que P. Molinier (2010)²⁷⁸ nomme le travail de care :

« Le travail de care désigne ainsi des activités spécialisées où le souci des autres est explicitement au centre, le travail des infirmières et des aides-soignantes par exemple. Il désigne également l'ensemble des activités domestiques réalisées au sein de la famille et leur délégation à des nourrices, des gardes d'enfants, des femmes de ménage. Plus largement, le travail de care désigne une dimension présente dans toutes les activités de service, au sens où servir, c'est prêter attention à ».
(Molinier, 2010, p. 162).

En effet, la majorité des femmes de la population exercent une profession dite du soin, ou en lien avec les jeunes enfants ou dans le milieu scolaire, ou ont des postes d'accueil et d'assistante au sein d'entreprises ou d'administrations.

Intéressons-nous de manière plus précise au fait que 12 femmes sur 41 occupent ou ont occupé un emploi en lien direct avec le domaine de la santé : une aide-soignante diplômée, une auxiliaire-puéricultrice, quatre infirmières diplômées d'état, une manipulatrice en radiologie, une cadre de santé, un médecin, deux pharmaciennes, une préparatrice en pharmacie. Ces femmes représentent 30 % des femmes incluses dans la recherche.

Parmi ces 12 « soignantes » identifiées, 11 participent activement aux ateliers sur les 31 femmes, soit 35,5 %. 5 d'entre elles travaillent ou ont travaillé dans cet hôpital. Parmi ces 11 soignantes, 7 travaillent en hôpital public soit 22,6 % des femmes qui se sont fortement investies dans les ateliers et 63,6 % des soignantes au total qui ont été incluses dans la recherche²⁷⁹.

Nous pouvons alors nous demander ce qui peut expliquer le fait que les soignantes représentent une proportion aussi grande, un peu plus d'un tiers, dans cette population. Notons

²⁷⁸ Molinier, P. (2010). Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care, *Champ psy*, 2(58), 161-174.

²⁷⁹ Dans le projet de recherche initial, avant de constater cette forte proportion de soignantes parmi les patientes constituant la population, j'avais imaginé pouvoir proposer également à des groupes de soignants en oncologie de l'hôpital de participer à un Dispositif d'accompagnement psychologique par la socio-esthétique. J'avais idée de proposer aux soignants des temps pour prendre soin d'eux, des temps pour pouvoir détoxifier leurs rapports à leur psychosoma bombardé sans cesse d'éléments souffrants des patients, et afin qu'ils puissent secondairement prendre soin de leurs patients de manière plus sereine et plus ajustée. Je souhaitais également pouvoir comparer les représentations et les modalités d'investissements de soi de ces deux populations sans cesse en interaction durant le temps des soins du cancer. Cependant je me suis rapidement aperçue que ce travail d'envergure, constituant un sujet de recherche à part entière, ne pourrait se faire que dans un second temps dans la temporalité de recherche.

que la proportion de femmes engagées dans le domaine du soin est historiquement importante puisque les qualités requises d'observation, d'accueil de la souffrance, d'empathie et d'anticipation des besoins des malades ont socialement longtemps été valorisées chez les femmes. Il s'avèrerait ainsi naturelle de retrouver une plus grande proportion de soignantes puisque la pathologie étudiée ici est une pathologie exclusivement féminine. Mais il s'avère également intéressant de se demander si les soignants, de manière générale, ont plus tendance à exprimer leur souffrance subjective, qu'elle soit liée à leur vie personnelle ou au « réel du travail » (Dejours et Gernet, 2012²⁸⁰), par des décompensations somatiques, c'est-à-dire selon le même mode d'expression que leurs patients ? Sont-elles aussi davantage informées des dispositifs de soin proposés en intra-hospitalier ? L'univers hospitalier est-il moins anxiogène pour elle car plus familier ? En ont-elles moins peur ? Sont-elles plus sensibilisées à l'intérêt thérapeutique d'une approche globale dans les soins au cancer ? Ont-elles une meilleure connaissance et donc plus de représentations de ce en quoi consiste le travail du psychologue, de ce qu'il permet de soutenir, de travailler ?

Plusieurs d'entre elles ont parlé de l'étrange et inconfortable place de patientes. Christine dit : « Dans la relation de soin, j'ai changé de place, je suis maintenant de l'autre côté, c'est moi la patiente ! ». Christine peut dire combien cette expérience va changer sa manière d'aborder ses futurs patients, qu'elle sera désormais plus sensible à sa manière d'être en interaction, à ses regards, ses sourires, aux mots qu'elle emploiera et aux attentions qu'elle ne portait pas jusqu'à présent sur ce qui lui semblait être du détail, mais qui l'ont pourtant beaucoup touchée lorsque tout cela lui était destiné, ou au contraire pas adressé. En même temps, certaines soignantes peuvent dire combien elles se sont toujours investies auprès des autres, familles, amis, patients, au prix de s'oublier, ou de faire passer après leurs désirs et leurs exigences. C'est comme si la maladie, dont le risque est vital, devenait révélatrice de cette situation qui peut donc changer. Certaines alors formulent se trouver prises dans une boulimie de soins réactionnelle visant la restauration narcissique, comme pour venir conjurer l'issue potentiellement létale et les vécus de mort psychique de la maladie ; d'autres, comme Maggie, en auraient le désir dans un premier mouvement, mais finalement cela se termine par une impossibilité à investir l'espace de soins qui se révèle toujours décevant.

A la fin des traitements, 2 femmes doivent envisager une réorientation professionnelle parce que les effets secondaires de la chirurgie et de la chimiothérapie ont altéré leurs capacités physiques à exercer leur métier. Frédérique et Sandra, malades depuis de nombreux mois désormais, se retrouvent sans emploi. Anne et Maeva disent ne pas arriver à reprendre le travail

²⁸⁰ Dejours, C. et Gernet, I. (2012). Psychopathologie du travail. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

plusieurs mois après la fin des traitements. Anne a même lancé une procédure prudhommale contre son employeur revendiquant que ses conditions de travail s'étaient énormément dégradées depuis le rachat de la société et donc déjà bien avant son arrêt maladie. Maeva, quant à elle, ne trouve plus d'intérêt dans son activité professionnelle qui se révélait être essentiellement alimentaire.

III.1.2.5 ... LA SITUATION FAMILIALE DES FEMMES

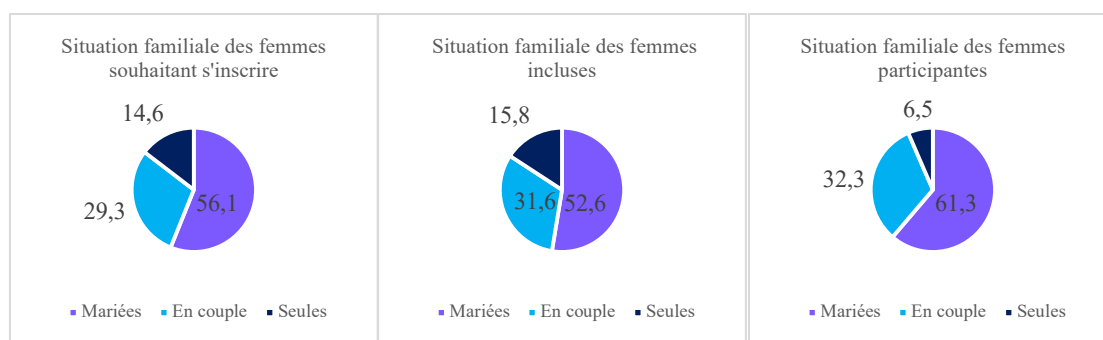


Figure 7 : Indicateur de la situation familiale des femmes

- Les femmes mariées sont au nombre de 23 sur 41 souhaitant participer soit 56,1 %, 20 sur 38 incluses soit 52,6 % et 19 sur 31 participantes soit 61,3 %.
- Les femmes vivant en couple sont au nombre de 12 sur 41 souhaitant participer soit 29,3 %, 12 sur 38 incluses soit 31,6 % et 10 sur 31 participantes soit 32,3 %.
- Les femmes vivant seules sont au nombre de 6 sur 41 souhaitant participer soit 14,6 %, 6 sur 38 incluses soit 15,8 % et 2 sur 31 participantes soit 6,5 %.

Parmi les 12 femmes sur 41 souhaitant s'inscrire vivant en couple, 4 sont divorcées ou séparées d'une première union avec des enfants, 1 femme est séparée sans enfant et 3 parmi les femmes seules aujourd'hui, 5 femmes sur 38 incluses, et 4 femmes sur 31.

Nous pouvons voir qu'environ 15 % de femmes célibataires ont été intéressées par le dispositif, s'y sont inscrites, mais que seulement 6,5 % y participent réellement. Lors des moments de mise en commun des représentations au début de chaque atelier, la question de la séduction, de la sexualité qui se modifiait de fait dans le couple était fréquemment abordée. Pour certaines femmes, continuer à séduire leur partenaire constituait un enjeu central pour elles et qui pouvait se travailler dans les ateliers. Nous percevions alors fortement l'angoisse d'abandon sous-jacente ressentie. C'est Éliette qui l'exprime le plus directement quand elle fait état de toutes les pertes que son mari et elle (dans cet ordre-ci) doivent désormais accepter : son

sein, ses cheveux, sa silhouette ... Est-ce que cela signifie que pour la majorité des femmes célibataires ou vivant seules, la priorité se trouve ailleurs ? Ou alors est-ce que ce qui s'échange dans le groupe n'est pas supportable pour elles car cela assombrit les représentations rêvées de leur possible future vie de couple ?

Nous pouvons également constater que 37 femmes sur 41 souhaitant s'inscrire ont des enfants soit 90,2 %, dont 2 parmi elles qui n'ont pas porté leur enfant (1 femmes adoptante et 1 femme homosexuelle). Parmi ces 4 femmes sans enfant, 2 sont des femmes célibataires, 1 autre femme a eu un parcours de procréation médicalement assistée sans succès et enfin la dernière femme est très jeune et n'a pas encore eu le projet d'enfanter. Les femmes ayant des enfants sont au nombre de 34 sur 38 incluses soit 89,5 % et 28 femmes participantes sur 31 soit 90,3 %. Le sujet de la maternité, avoir eu des enfants ou pas, pouvoir ou ne pas/plus pouvoir en avoir après la maladie, désirer en avoir ou ne pas/plus désirer en avoir, la question de la transmission de la maladie aux enfants ou venant des parents des patientes dans le cas des cancers avec mutation d'un gène, survivre à la maladie pour ne pas abandonner sa famille et ses enfants, se battre/être forte pour eux, ne rien leur montrer, ces contenus idéatifs étaient pour chaque groupe abordés et parlés dans les ateliers.

III.1.2.6 ... LE PARCOURS DE SOINS SOMATIQUES PRECONISES

Lorsque nous rêvions ce Dispositif, nous imaginions pouvoir créer un outil de soin psychique qui puisse proposer aux femmes un accompagnement des transformations corporelles engendrées par les soins somatiques du cancer. Ainsi à priori, nous pensions que les femmes qui auraient, ont ou ont eu de la chimiothérapie, soin qui engendre le plus de modifications dans l'apparence physique globale avec la perte des cheveux et des poils, et la prise ou perte de poids associée notamment, auraient potentiellement souhaité davantage s'inscrire à ce type de dispositif de soin. Tout comme les femmes qui ont subi une ablation de l'organe féminin malade et parfois d'autres organes voisins. C'est ainsi que nous posons ici les questions suivantes : est-ce que les femmes qui ont subi une ablation d'organes souhaitent davantage s'inscrire ? Est-ce que les femmes qui auront, ont ou ont eu de la chimiothérapie participent plus ?

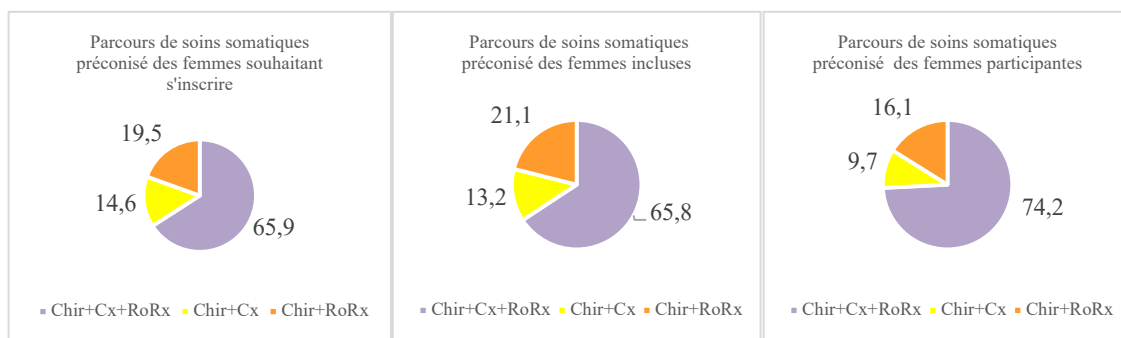


Figure 8 : Indicateur du parcours de soins préconisés pour nos patientes

- Pour 27 femmes souhaitant s'inscrire sur 41 a été préconisé le protocole de soins « Chirurgie + Chimiothérapie + Radiothérapie » (Chir+Cx+RoRx) soit 65,9 %, pour 25 femmes incluses sur 38 soit 65,8 % et pour 23 femmes participantes sur 31 soit 74,2 % des femmes participantes.
- Pour 6 femmes souhaitant participer sur 41 a été préconisé le protocole de soins « Chirurgie + Chimiothérapie » (Chir+Cx) soit 14,6 %, pour 5 femmes incluses sur 38 soit 13,2 % et pour 3 femmes participantes sur 31 soit 9,7 %.
- Pour 8 femmes souhaitant s'inscrire sur 41 a été préconisé le protocole « Chirurgie + Radiothérapie » (Chir+RoRx) soit 19,5 %, pour 8 femmes incluses sur 38 soit 21,1 % et pour 5 femmes participantes sur 31 soit 16,1 %.

Nous pouvons constater que plus des trois quarts des femmes participantes ont subi un traitement par chimiothérapie²⁸¹. Un peu moins d'un quart des femmes participantes ont bénéficié d'un protocole sans chimiothérapie mais avec radiothérapie. Il est d'ailleurs souvent arrivé, lors de l'entretien d'inclusion, que ces femmes (Chir+RoRx) questionnent leur bon droit à désirer participer à ce type d'ateliers. Elles avaient pu entendre qu'elles souffraient d'un « petit » cancer, que les soins qu'elles allaient subir ne modifieraient pas leur apparence sociale. J'avais presque l'impression que certaines femmes éprouvaient une forme de culpabilité d'être participantes et de ne pas être ou avoir été traitées par chimiothérapie envers les autres femmes malades, un peu à l'image de la culpabilité du survivant. Puis je retrouvais l'expression de cette culpabilité envers moi et qui se manifestait par la verbalisation d'avoir l'impression de prendre

²⁸¹ Il aurait été intéressant de pouvoir comparer ce chiffre avec des statistiques médicales nationales qui auraient indiqué le pourcentage de femmes bénéficiant d'un traitement par chimiothérapie sur le nombre de femmes traitées pour un cancer féminin (sein + ovaire + utérus). A ma connaissance et à ce jour, il n'existe pas de statistiques qui répertorient ce type d'information, même en interrogeant le site de l'INCa par exemple. Je retrouve que 26 % des patientes atteintes d'un cancer du sein étaient traitées par radiothérapie en 2016, mais je ne sais pas si ce traitement suivait une chimiothérapie ou une chirurgie. Je retrouve aussi que le nombre de séjours pour une séance de chimiothérapie était de 579216/an pour 2015, mais sans en connaître la répartition par type de cancer (INCa. (2016). Les données du cancer).

la place d'une autre femme qui pourrait avoir plus besoin qu'elle de bénéficier des ateliers ou d'entretiens à visée psychothérapique.

III.1.2.7 ... LA SITUATION DANS LE PARCOURS DE SOIN

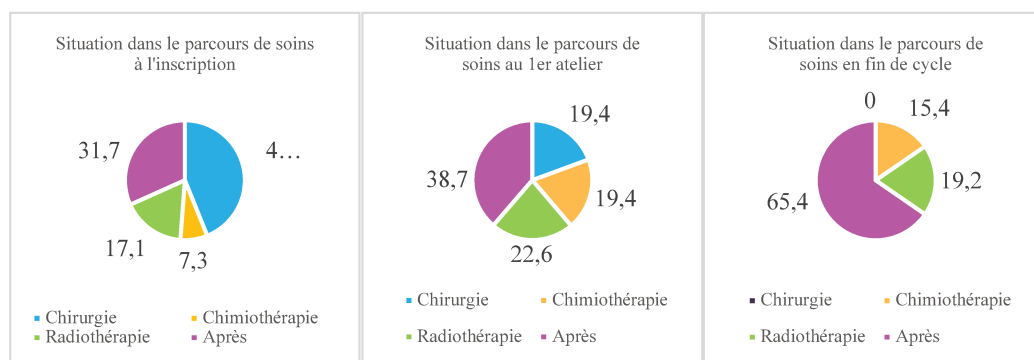


Figure 9 : Indicateur de la situation dans le parcours de soin au début des ateliers

- Au moment de leur inscription dans le dispositif, 18 femmes sur 41 venaient d'avoir la chirurgie soit 43,9 %, 3 femmes sur 41 avaient commencé la chimiothérapie soit 7,3 %, 7 femmes sur 41 étaient en cours de radiothérapie soit 17,1 % et 13 femmes sur 41 avaient terminé la phase des soins somatiques hospitaliers.

Contrairement à ce que nous pouvions imaginer, la plus grosse proportion de femmes qui s'inscrivent aux ateliers commencent leurs soins et se trouvent à la phase chirurgicale. Puis vient ensuite la proportion des femmes ayant terminé les soins somatiques hospitaliers. En troisième position arrivent les femmes qui sont en cours de radiothérapie, qu'elle soit post-chimiothérapique ou post-chirurgicale. Enfin en dernière position, se trouvent les femmes en cours de chimiothérapie. Cette répartition des patientes en fonction de leur situation dans le parcours de soin au moment de l'inscription dans le dispositif pourrait s'expliquer selon plusieurs phénomènes : le service de chirurgie est celui dans lequel j'exerce quotidiennement. Ainsi le dispositif est bien porté psychiquement dans cette unité de soin par les différents soignants et facilement proposé aux patientes. Il se déroule aussi dans cette unité, il prend alors réalité dans le temps, une fois par semaine, par les aménagements de l'espace nécessaires et par la circulation des patientes dans les couloirs avant et après les ateliers. Il s'avère également que l'entrée dans les soins et dans l'univers hospitaliers générant de l'angoisse, la proposition d'accompagnement psycho-socio-esthétique peut être vécue comme soutenante, étayante. L'éventualité, qui bien souvent n'est confirmée qu'après les résultats d'analyse des

prélèvements opératoires, de devoir avoir un traitement par chimiothérapie constitue pour bon nombre de femmes rencontrées une menace terrorisante pour leur intégrité somatopsychique.

A priori, nous aurions pensé que les femmes en cours de chimiothérapie, souffrant de nombreux effets secondaires affectant l'image du corps, se seraient plus volontiers inscrites. Cependant, la désorganisation temporo-rythmique que ce traitement génère chez les femmes les oblige à s'envisager au jour le jour, en fonction de leur état de forme, mais aussi de leur capacité à investir des activités et des soins autres qu'auto-conservatifs.

Après avoir été invitée à présenter le dispositif lors d'une réunion d'équipe de radiothérapie, il s'avère que plusieurs patientes ont pu être orientées vers les ateliers par la psychologue, mais aussi par les médecins-radiothérapeutes. La temporalité quotidienne de la radiothérapie permettrait la relance des projections de vie des femmes et les ateliers pourraient constituer un soin de transition, en ce sens que celui-ci demeure soin hospitalier, centré sur la femme, l'invitant à réinvestir son corps comme support de liaison intersubjective. Les femmes ayant terminé les soins somatiques seraient dans la continuité de ce même processus. Cette forte proportion s'expliquerait aussi par le fait que j'accompagne plusieurs femmes en psychothérapie individuelle depuis quelques mois et à qui j'ai proposé de participer aux ateliers. Le fait que nous ayons au préalable tissé un lien sécure favorise et renforce sans doute leur engagement.

- Au commencement des ateliers, 6 femmes sur 31 avaient eu une chirurgie et n'avaient pas encore démarré d'autres soins soit 19,4 %, 6 femmes sur 31 avaient commencé la chimiothérapie soit 19,4 %, 7 femmes sur 31 étaient en cours de radiothérapie soit 22,6 %, et 12 femmes sur 31 avaient terminé la phase des soins somatiques hospitaliers soit 38,7 %.

Nous pouvons ainsi constater que la proportion de femmes au sortir de la chirurgie et en cours de chimiothérapie reste modérée puisqu'elle représente un tiers des femmes participantes au démarrage des ateliers. Ceci viendrait une nouvelle fois confirmer la difficulté d'engagement dans ce type de dispositif qui s'étale sur plusieurs mois au lendemain de l'annonce-diagnostic, effet suspenseur de la temporalité subjective ?

- En fin de cycle d'ateliers, 4 femmes sur 26 étaient en cours de chimiothérapie soit 15,4 %, 5 femmes sur 26 étaient en cours de traitement radiothérapique, et 17 femmes sur 26 avaient terminé la phase des soins somatiques hospitaliers soit 65,4 %.

Ces chiffres montrent que la durée des cycles d'atelier, et celle du deuxième protocole bien évidemment qui s'étale sur plus de six mois, aura permis d'accompagner les femmes jusqu'à la fin des traitements hospitaliers pour en arriver jusque dans la phase post-soins, tant redoutée par certaines d'entre elles tant les angoisses d'abandon ressenties peuvent être intenses.

III.1.2.8 ... L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES

- 26 patientes souhaitant s'inscrire sur 41 sont accompagnées psychologiquement, ou ont rencontré au moins une fois un psychologue dans leur parcours de soin lorsque les ateliers commencent, soit 63,4 %, 24 femmes incluses sur 38 soit 63,2 % et 21 femmes participantes sur 31 soit 67,7 %.
- J'ai personnellement accompagné ou rencontré au moins une fois 13 patientes sur les 41 femmes souhaitant participer lors de notre pratique clinique dans le service de chirurgie gynécologique soit 31,7 %, 12 femmes inclues sur 38 soit 31,5 %, 12 femmes sur 31 participantes soit 38,7 % et 12 femmes sur 21 femmes accompagnées psychologiquement et qui participent activement aux ateliers, cela représente 57,1 % des femmes accompagnées psychologiquement.

Cela dit l'importance d'un suivi psychologique individuel pour ces femmes, car il propose de les accueillir, de les écouter dans leur singularité et de respecter leur subjectivité. Ceci met aussi l'accent sur ma part active dans le recrutement des femmes pour la recherche. Ceci pourrait constituer un biais dans l'interprétation et la validité des résultats. Je pense cependant que cela marque l'importance de notre rencontre, et plus généralement sans doute d'un suivi psychologique individuel, pour ces femmes qui traversent un moment critique dans leur vie au sens donné par R. Kaës (1979)²⁸² de la crise :

²⁸² Kaës, R. (dir.). (1979). *Crise, rupture et dépassement : analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale*. Paris, France : Dunod.

« Penser l'homme en crise, c'est le penser comme un système vivant en organisation, désorganisation et réorganisation permanentes. Penser la crise, c'est tenter de mentaliser une rupture.

Qu'est-ce qu'une crise ? L'idée la plus généralement répandue est celle d'un changement brusque et décisif dans le cours d'un processus, d'une maladie par exemple : la violence de la manifestation accrédite la crainte qu'il ne s'agisse d'une évolution grave, définitive, désintégrant. A l'idée de crise est associée celle d'une menace mortifère, d'une attaque vitale. ».

(Kaës, 1979, p. 13).

Les femmes venant d'apprendre qu'elles souffrent d'un cancer décrivent en effet assez bien ce moment de rupture qui se produit dans le courant de leur vie, avec un avant et un après l'annonce du cancer. La menace mortifère est d'emblée véhiculée par le substantif « cancer » et par l'ensemble des représentations sociales et subjectives qui y sont associées.

A. Carel (2011)²⁸³ donne également une définition de la crise, en parlant dans son propos de l'institution, qui résonne avec la conception que je me forge de mon travail :

« (...) Selon le Robert : « un changement subit et généralement décisif, en bien ou en mal » ; « subit » c'est à dire soudain mais aussi subi ; « décisif » au sens de décider de l'avenir et d'appeler une décision. Une telle crise est signal de changement dont la forme oscille entre deux polarités, la progrédience et la catastrophe. La décision va de l'attention vis à vis de la mutation en cours (une telle attention est un travail complexe) à l'intervention sous la forme appropriée ».

(Carel, 2011).

A. Carel met l'accent dans un premier temps dans cette définition sur les effets de sidération ou de passivation dans le vécu lié au surgissement de la crise. Puis il souligne ensuite plutôt l'aspect actif qu'elle peut générer par la convocation du sujet à se positionner pour dépasser la crise. En conséquence, je fais l'hypothèse que la rencontre et la proposition d'accompagnement psychologique, individuel et par la socio-esthétique, constituent pour ces femmes des opportunités d'espace-temps, dont la construction du cadre s'est inspirée de l'analyse transitionnelle, dans lequel la crise psychique subjective de chaque femme pourra se déployer en passant par tous les gradients, entre catastrophe et progrédience, et pourra être accompagnée pour y porter attention, en vue de trouver une issue pour se traiter sous la forme appropriée.

Parmi les femmes que j'accompagne psychologiquement, 2 femmes participent au 1^{er} atelier de leur groupe puis arrêtent de venir, puis 1 qui participe à 2 ateliers sur 6. Cette proportion est faible par rapport au nombre total de femmes qui ne participent pas ou plus à la recherche. On pourrait alors penser que notre accompagnement procure aux femmes un lien de

²⁸³ Carel, A. (2011, octobre). *Traiter la crise institutionnelle : du dedans et du dehors*, in *Dynamiques et souffrances institutionnelles*. Communication présentée au congrès du collège de psychanalyse groupale et familiale, Paris, France.

confiance sur lequel elles peuvent s'appuyer pour désirer prendre soin d'elles, pour elles, et pour tenter de nouvelles expériences et partager des nouvelles sensations. Est-ce que ceci supposerait alors que l'accompagnement psycho-socio-esthétique en groupe ne peut être envisagé qu'en lien avec un accompagnement psychologique individuel ?

III.1.3 LES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES

Lorsque nous avons créé les questionnaires en collaboration, nous avons choisi de poser des questions suffisamment ouvertes pour que les femmes puissent se sentir libres de répondre en portant critique sur la forme, sur le fond des ateliers, mais aussi en exprimant ce qu'elles ont vécu dans ces temps de groupe. Au moment du dépouillement des questionnaires²⁸⁴, nous avons pu constater que certaines patientes s'étaient saisies de cette double possibilité, d'autres non. Les patientes qui se sont le plus exprimées sur leurs vécus appartiennent au premier dispositif qui concerne vingt patientes. Le deuxième dispositif ne concerne que huit patientes. Est-ce pour cela que nous constatons ce déséquilibre ? Est-ce un effet d'après-coup lorsque les soins somatiques, tout au moins la chimiothérapie, sont terminés de pouvoir se positionner en donnant son avis sur les expériences vécues ? Les traitements en cours sont-ils si sidérants pour la pensée ? Le cancer est-il si figé au présent dans la temporalité psychique subjective qu'il annule ou inhibe les capacités de projection dans l'avenir nécessaires pour imaginer transformer le passé et les habitudes de soin ? Le cancer et les soins sont-ils si attaquants pour le narcissisme des patientes qu'il attaque aussi leurs fonctions et capacités réflexives ? Est-ce parce que plus de patientes étaient accompagnées psychologiquement en individuel dans le premier essai et donc engagées dans un travail d'expression de soi et de ses ressentis ?

Dans le tableau ci-après, j'ai choisi de présenter les réponses qui me paraissaient les plus significatives dans l'expression de ce que les patientes ont perçu de transformations psychiques ou d'auto-investissement potentiels liés à leur participation. Il ne me paraissait pas judicieux de procéder groupe par groupe, ou dispositif par dispositif, pour rapporter les réponses. J'ai alors préféré regrouper les réponses selon les deux critères suivants : le type de médium (Conseil en Image, Soins du Visage ou Maquillage) et le nombre d'ateliers (3 ou 6) afin de comparer si l'allongement du nombre d'ateliers avait une influence sur la nature des réponses (...). D'après le tableau ci-dessous, cela semble parfois être le cas, selon les personnalités des patientes qui auraient eu besoin de plus de temps pour prendre confiance dans le Dispositif pour

²⁸⁴ Un tableau-récapitulatif des réponses intégrales aux questionnaires se trouve en annexe (Confer Volume II : Annexe n° 7).

s'exprimer, pour d'autres qui ont terminé les soins, l'effet d'après-coup semble avoir permis un engagement différent de la parole et de la place dans le groupe.

III.1.3.1 LES REPONSES LES PLUS MARQUANTES AUX QUESTIONNAIRES

Tableau 10 : Récapitulatif des réponses les plus marquantes aux questionnaires

	Groupes à 3 ateliers : 1, 2, 3, 4, 5, 7	Groupes à 6 ateliers : 6, 8 et 9
Conseil en Image	Anne (1) : « Moment idéal pour se redécouvrir. Un instant plaisir pour soi mais aussi avec l'ensemble des participantes ». « Oui, cela va redonner une dynamique. On ne peut pas changer du jour au lendemain, mais c'est un début. N'ayant pas eu de modèle féminin dans mon enfance, je n'ai jamais été très féminine. Espérons que cela sera le début ». Iris (3) : « redonne de la confiance en soi ». Agnès (4) : « Cette séance était intéressante et accès²⁸⁵ sur le dialogue. C'est une aide incontestable pour nous aider à "avancer" dans la maladie – et surtout vers la rémission ». « Beaucoup de conseils et d'astuces, et une prise de conscience de soi que l'on n'a pas forcément ». Jane (4) : « Très riche. Intéressant et riche d'échanges sur ce qu'on peut vivre ». Joëlle (4) : « Très bonne approche personnalisée pour nous mettre en relation avec notre corps, reprendre contact avec lui ». Joëlle : « Oui, cela m'aidera pour porter mon corps plus vers l'extérieur, me sentir plus confiante, avec les autres aussi et ainsi prendre soin de mon moi intérieur ».	Claire (6) : « Je vais continuer à rester féminine afin de lutter contre ce cancer ». Maggie (6) : « Que de chose positive ». Marion (7) : « C'est agréable de rencontrer des personnes qui sont comme nous. La maladie fait qu'on perd confiance en soi et là on comprend que tout n'est pas perdu et qu'on peut encore VIVRE ! ». Mathilde (8) : « 2h qui redonnent le moral, qui font dérivatif et qui apprennent les vêtements, les couleurs ». « Après avoir hésité à m'inscrire à cet atelier, je ne regrette pas de l'avoir fait ». Christelle (9) : « Très intéressante. Beaucoup d'échanges. Plus facilement représentable avec nos vêtements personnels ».
Maquillage	Marielle (2) : « Vraiment tourné vers la féminité ». Béatrice (2) : « On apprend à s'apprécier ». Agnès (4) : « Oui, je me sentirai plus sûre de moi, plus en confiance ». Sabine (4) : « Je pense que cela va me redonner de la confiance et de l'assurance ». Christine (5) : « Permet de se "rebooster", de s'occuper de soi ».	Ella (6) : « L'atelier m'a permis d'oublier un temps les douleurs au dos ». Blanche (7) : « Oser montrer qui on est au travers du maquillage ». Mathilde (8) : « Qu'il est important de prendre soin de soi : le visage, le corps, c'est bon pour le mental ». « S'occuper de soi, de son visage, de son corps permet d'être moins axée sur les problèmes de sa santé et reprendre goût à la vie ». Rachel (9) : « Une rencontre intéressante ».

²⁸⁵ Il s'agit de la retranscription fidèle des réponses aux questionnaires. Il est intéressant de noter qu'Agnès a utilisé le mot « accès » semblerait-il à la place du mot « axée ». Au lieu de mettre l'accent sur la parole et son rôle central dans les ateliers, celle-ci le met sur le chemin que l'atelier permet aux femmes de parcourir pour la faciliter.

Soin du Visage	Myrta (1) : « L'importance à se "reconnecter" avec la vie, l'image de soi et le faire en groupe est un exercice déculpabilisant ». « Merci pour ces ateliers qui prennent en compte LA PERSONNE ». Béatrice (2) : « Atelier très agréable car on prend soin de soi, on pense à soi, et on écoute les autres ». Joséphine (3) : « Un moment agréable, fraîcheur et paix autant pour le visage que pour l'âme ». Agnès (4) : « Cet atelier m'a permis de me recentrer sur le plan physique et psychologique en pouvant parler avec d'autres personnes qui ont suivi le même parcours, chemin ». Jane (4) : « L'importance d'avoir un endroit pour partager, échanger. Partager des expériences différentes et prendre soin de soi ». Sabine (4) : « Oui pour avoir un visage plus lumineux et en pleine forme : pour transmettre les émotions ». Joëlle (4) : « Ces ateliers m'ont permis de prendre conscience que des "soins à soi" et pour soi sont nécessaires à tout âge, toute période et en toute circonstance ». « Peut-être que cette traversée imprévue à travers la maladie m'a permis de voir encore plus loin et à la fois très près ». Clothilde (5) : « Ces ateliers m'ont réellement fait du bien. Je vous en remercie ! Grâce à vous, j'apprends chaque jour à être féminine ! ».	Maeva (6) : « Prendre du temps pour nous, faire plaisir à nous-même ». Rachel (8) : « Je me sens très bien et j'ai oublié mon souci ». Mathilde (8) : « Qu'il est agréable bénéfique de s'occuper du démaquillage, de s'occuper de soi ». Christelle (9) : « Beaucoup de conseils sur les étapes et les marques à appliquer suivant ma peau. Difficulté pour moi de prendre du plaisir à m'occuper de moi ». « Je vais essayer de prendre du temps et du plaisir à prendre soin de moi ».

III.1.3.2 ET LES AUTRES REPONSES

J'ai également recensé un certain nombre de réponses plus axées sur les médiums utilisés, ou alors assez laconiques, que nous pourrions qualifier d'opératoires, de formelles. Ce type de réponses semble pour certaines patientes refléter un mode de fonctionnement psychique, et nous pourrions ainsi nous poser les questions suivantes : Cela pourrait-il venir de la manière dont nous avons construit le questionnaire ? Le blanc de la feuille aurait-il pu générer de l'angoisse chez nos patientes et réactiver ainsi l'angoisse de vide, voire l'angoisse de mort ? Ou serait-ce le même processus que celui de l'effacement que certaines femmes semblent opérer en se mettant en retrait dans les ateliers ? Être là, mais ne rien dire, ne rien avoir à en dire, ne pas vouloir en dire quelque chose par volonté de rétention ou par incapacité à partager ses vécus « à chaud ». Nous constatons également que ce type de réponses laconiques peut survenir chez des femmes qui ont témoigné par ailleurs de manière plus personnalisée et engagée. Cela serait le signe de la mise en place d'une défense psychique, un blanc ou un retour sur l'objet médiateur pour préserver l'intimité, pour ne pas s'exposer davantage, pour ne pas exhiber ou ne pas être au contact de sa souffrance ?

En voici ci-après quelques exemples :

Tableau 11 : Autres réponses aux questionnaires de fin d'ateliers

	Groupes à 3 ateliers : 1, 2, 3, 4, 5, 7	Groupes à 6 ateliers : 6, 8 et 9
Conseil en Image	Gabrielle (2) : « Très bien ». Emilie (3) : « Que certaines couleurs mettaient plus en valeur le teint ». Blanche (7) : « Nuancier de couleurs adapté. Théorie + atelier de pratique ».	Ella (6) : « Les différents styles, les contrastes que je ne connaissais pas ». Rachel (8) : « Très bien ». « Bons conseils ».
Soin du Visage	Sabine (4) : « A savoir utiliser les bons produits et dans l'ordre ». Joëlle (4) : « On peut prendre soin de son visage en peu de temps, et savoir utiliser les produits adéquats ». Blanche (7) : « / ». « Oui, choisir une crème adaptée à ma peau ».	Maeva (6) : « Très bien ». Katia (8) : « Intéressant pour les étapes de nettoyage ». Christelle (9) : « Les étapes des crèmes et laits ».
Maquillage	Christine (5) : « Oui, je vais mieux me maquiller ». Janie (7) : « Oui, bien sûr, je vais de ce pas faire le tri dans les produits qui sont chez moi et en acheter des nouveaux correspondant bien aux couleurs qui me vont ».	Ella (6) : « De nouvelles techniques de maquillage ». Christelle (9) : « Très intéressant ». « Les différentes couleurs à mettre pour se mettre en valeur au niveau du teint et des yeux ».

A. Fine (1995)²⁸⁶ donne une autre piste d'interprétation que je partage et trouve signifiante pour nos patientes, et que je serai amenée à reprendre plus loin dans l'élaboration. Il parle de l'opérateur comme d'un mécanisme de défense basé sur la négation de l'actualisation d'éléments de la réalité psychique. Il parle alors de « l'opérateur comme négatif de la réalité psychique ».

III.2 PRESENTATION CLINIQUE DES GROUPES ET DES PATIENTES

« Le compte rendu d'un cas clinique expose l'analyste, sa théorie et sa pratique bien plus que ne peut le faire aucun texte théorique ».
(Aulagnier, 1984²⁸⁷, p. 13).

Comme nous avons pu le voir précédemment, neuf groupes de patientes ont été constitué pour cette recherche. Pour rappel, le dispositif de recherche initial correspond à la mise en œuvre des cinq premiers groupes. Les dispositifs enrichis démarrent avec le groupe 6 qui a introduit la variable du doublement du nombre d'ateliers. Le groupe 7 a introduit quant à lui la variable de l'inversion des ateliers Maquillage et Soin du visage. Enfin les groupes 8 et 9 se caractérisent par la réunion de ces deux variables.

Au-delà des critères de forme inhérents au dispositif qui pourraient les différencier, chaque groupe s'est révélé unique dans l'appareillage particulier des psychés des femmes qui les ont constitués. C'est ainsi que j'ai choisi de présenter chacun des neuf groupes par un paragraphe qui caractérise les points forts importants à noter dans la représentation que chaque groupe donne de sa vie psychique. Cette présentation du groupe sera suivie pour chacun d'un tableau de présentation de chaque femme composant le groupe comportant des éléments d'anamnèse personnelle et médicale, ainsi que d'un tableau de présentation synthétisant quelques éléments significatifs du cosmétogramme²⁸⁸ recueillis lors de l'entretien d'inclusion et des ateliers, ce qui nous permet d'introduire le chapitre IV qui présente des séquences cliniques.

²⁸⁶ Fine, A. (1995). L'opérateur comme négatif de la réalité psychique. *Revue Française de Psychanalyse*, 1(59), 173-186.

²⁸⁷ Aulagnier, P. (1984). *L'apprenti-historien et la maître sorcier*. Paris, France : PUF.

²⁸⁸ En effet, le tableau du cosmétogramme n'a pas forcément vocation à être rempli tel qu'il est présenté dans la méthodologie. Les trois tableaux servent plutôt à formaliser les critères d'observation auxquels le chercheur doit porter attention dans son observation. Les tableaux plus complets pour chaque groupe se trouvent en annexe (Confer Volume II : Annexe n° 9).

III.2.1 GROUPE N° 1

III.2.1.1 *LA (RE)/NAISSANCE*

Le groupe n° 1 a tout naturellement inauguré le début de la recherche. Il est composé de 4 femmes : Jeanne, 71 ans ; Anne, 47 ans ; Myrta, 54 ans et Éliette, 61 ans. J'accompagnais à l'époque en entretiens individuels deux de ces quatre patientes : Jeanne et Éliette, qui avaient été opérées dans le service pour un cancer du sein. Anne était suivie individuellement par une autre psychologue qui lui avait proposé de participer aux ateliers. Elle y avait été opérée d'un cancer du sein. Myrta, quant à elle, avait souffert d'un cancer du péritoine d'origine ovarienne, et avait eu connaissance des ateliers par la psychologue du centre de lutte contre la douleur de l'hôpital qu'elle continuait à rencontrer plusieurs mois après la fin des soins du cancer. En effet, Myrta souffrait de douleurs neuropathiques importantes consécutives au traitement chimiothérapique. Elle marche d'ailleurs avec une béquille et consomme quotidiennement des morphiniques. Éliette et Jeanne ont terminé la chimiothérapie et la radiothérapie, Anne termine la radiothérapie au moment du 1^{er} atelier. Deux particularités caractérisent ce groupe : la première est que Myrta n'était pas présente à l'atelier 2, sans avoir prévenu à l'avance. Je lui laisse un message dans les jours qui suivent pour prendre de ses nouvelles, et pour lui rappeler qu'elle est toujours attendue pour l'atelier 3. Quelques jours plus tard, celle-ci laisse en réponse un message pour dire qu'elle s'excusait de ne pas avoir pu assister au deuxième atelier, mais qu'elle a souffert d'une sigmoïdite aiguë, affection dont elle souffre régulièrement depuis le cancer, qui l'a forcée à garder le lit. J'apprendrai plus tard qu'elle avait fait appel à sa fille pour venir la veiller le jour où elle se sentait au plus mal, mais que celle-ci n'avait pas/avait trop entendu la détresse infantile qui s'exprimait à ce moment-là chez sa mère. La fille de Myrta lui avait alors rendu visite et elle en avait profité pour aborder quelques aspects de son propre travail psychothérapique pour : « régler des comptes de fille à mère » selon les mots de Myrta. La deuxième particularité pour ce premier groupe est que Jeanne ne participe pas au temps de Photolangage© du troisième atelier. Jeanne me dit en aparté être contrainte de partir 20 minutes avant la fin pour se rendre à un rendez-vous médical dans un autre hôpital. Je lui signifie l'embêtement que cela représente car elle manquera le temps de Photolangage©. Elle dit alors qu'elle en est bien navrée, surtout que c'est une technique qu'elle utilise avec les jeunes dans sa pratique actuelle, et qu'elle aurait souhaité voir comment je l'utilisais. « Vous me raconterez », dit-elle, ce que je ne ferai évidemment pas pour garantir aux autres membres la règle de confidentialité de la parole du groupe. De plus, ce temps de Photolangage© a été très intense dans le partage émotionnel qu'il a généré dans le groupe. Cette séquence sera d'ailleurs présentée et analysée dans le chapitre suivant.

III.2.1.2 PRESENTATION SYNTHETIQUE DES PATIENTES CONSTITUANT LE GROUPE N° 1

Tableau 12 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 1

Patiente	Age	Pathologie	Traitements	Suivi psychologique	Situation personnelle/familiale/professionnelle
1 : Jeanne	71	Sein	1. Tumorectomie sein + GG sentinelle 2. Mastectomie + CA 3. Chimiothérapie 4. Radiothérapie 5. Hormonothérapie	ML : Durant 2 ans, 1x / 3 semaines. Tentative d'orientation vers un psychanalyste. Revient une fois ensuite, dernière fois car départ CFP.	Mariée - 4 enfants (2 garçons et 2 filles) (1 : décédé d'un mélanome / 2 : traitée pour un cancer du sein depuis 10 ans, puis décédée en juillet 2015/ 3 : AM de 1 an pour troubles cardiaques, finalement anxieux). Retraitée (direction d'un centre scolaire) depuis 1 mois au moment de la 1 ^{ère} chirurgie + activité de coach professionnelle auprès de jeunes en libéral A fini les soins du cancer quand commencent les ateliers. ML propose les ateliers.
2 : Éliette	61	Sein	1. Tumorectomie + GG sentinelle 2. Reprise tumorectomie + CA 3. Chimiothérapie 4. Radiothérapie 5. Hormonothérapie	ML : Durant presque deux ans. Arrêt sans s'être dit au revoir.	Mariée - 2 enfants (1 fille schizophrène d'environ 30 ans agressée sexuellement ado, et 1 fils de 16 ans). Parents décédés juste avant le diagnostic de cancer et elle décrit un fort vécu d'abandon depuis. Va à l'encontre de la décision de mastectomie du chirurgien, puis le regrette car est très angoissée de faire une récurrence ensuite. S'accroche aux pourcentages. A fini les soins du cancer quand commencent les ateliers. ML propose les ateliers.
3 : Myrta	54	Ovaire Péritoine	1. Wertheim ²⁸⁹ + CP + CLA 2. ChIP	Psychologue du CLUD qui oriente vers les ateliers – Sophrologie. En cours.	Mariée -1 fille Ne travaille plus, en invalidité. A été esthéticienne, mannequin, commerciale dans l'immobilier ... Souffre de douleurs neuropathiques très importantes suite aux traitements du cancer traitées par morphine. Suivi CLUD. A fini les soins du cancer quand commencent les ateliers.
4 : Anne	47	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie	Psychologue de la chirurgie gynécologique, qui oriente vers les ateliers. En cours.	Célibataire sans enfant - Orpheline de mère à l'âge de 4 ans. Tests génétiques positifs quant à la mutation du gène BRCA2 : proposition de mastectomie contralatérale prophylactique + Ovariectomie bilatérale en question chez elle. En conflit avec son employeur avant le cancer. N'arrive pas à imaginer retourner au travail dans ce contexte ensuite. Travaille dans l'administration. A fini les soins curatifs du cancer quand commencent les ateliers.

²⁸⁹ Hystérectomie élargie, car en plus de l'ablation de l'utérus, des trompes et des ovaires, d'autres prélèvements sont réalisés pendant l'intervention qui peuvent être les suivants : lymphadénectomie (exérèse des ganglions situés dans le petit bassin ou le long des gros vaisseaux au niveau abdominal), l'exérèse de la partie supérieure du vagin, l'exérèse de l'épiploon (graisse située autour du gros intestin) et de la dissection des uretères (canaux véhiculant l'urine entre les reins et la vessie).

III.2.1.3 GRANDES TENDANCES DU COSMETOGRAMME DU GROUPE N° 1

Tableau 13 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 1

	En entretien	En ateliers
Critères individuels		
Jeanne	• Grande, corpulence moyenne, cheveux blonds courts au carré ; posture droite, rigide ; visage mobile et expressif ; gestualité contenue. • Histoire familiale marquée par les cancers de ses enfants, questionnement sur sa fonction maternelle. • Impressionnante, dégage une forte prestance ; semble inatteignable.	• Visage expressif ; gestualité contenue. • Se regarde directement ; frotte fort sa peau, gestes de soin peu adaptés ; utilise trop de produits. • S'empare des produits la première, veut faire les soins seule, sans attendre les explications. • Semble prêter peu attention aux autres. • Donne peu envie d'aller vers elle, n'est pas en demande d'aide.
Éliette	• De taille moyenne, forte, porte une perruque ; posture voûtée en avant, les épaules rentrées ; mobilité inexistante ; visage peu animé ; gestualité minimaliste ; grosse prise de poids depuis le début de la chimiothérapie. • Peu de capacités associatives ; fortes angoisses d'abandon.	• Fuit son image dans le miroir, sollicite le regard des animatrices. • Se touche du bout des doigts, visage pas considéré dans l'ensemble ; • Se sert grossièrement, met trop de crème et de maquillage ; • Ne demande pas d'aide, ne paraît pas savoir à quoi servent les produits.
Myrta	• Grande, corpulence imposante, cheveux bruns longs ; marche avec une béquille ; visage douloureux lors des silences et animé lors des échanges. • Parle beaucoup de son corps, douloureuse chronique, effondrement narcissique. • Semble diminuée, insécurisée par et dans son corps.	• Se regarde dans le miroir ; Visage douloureux par intermittence ; • A l'aise et autonome dans les gestes de soin et de maquillage, pour utiliser les produits. • Semble peu accessible derrière ses carapaces de douleurs, de savoir-faire
Anne	• Grande, mince, porte une perruque ; posture raide debout ou assise, tension musculaire palpable ; sourire figé à chaque silence. • Explique son histoire de vie infantile dans laquelle s'est toujours sentie lésée par rapport à son frère ; évoque sa vie actuelle de solitude. • Donne envie de l'accompagner.	• Rit beaucoup ; A du mal à se regarder dans le miroir et à soutenir son image, demande aux autres de lui renvoyer une image d'elle ; • N'ose pas prendre les produits, toujours trop peu, visage pas considéré dans son ensemble, demande fortement l'étayage des animatrices. • Donne envie de la consoler.
Critères groupaux		
		• Angoisses : dépersonnalisation, abandon. • Excitation et gêne, dépression puis espoir. • Fantôme du groupe rescapé renaissant de ses cendres. • Anne en bouc-émissaire.
Critères intersubjectifs		
Entre patientes	• Relation type anaclitique entre Anne et Myrta. • Jeanne tente d'annuler la dissymétrie de nos places.	• Relation Jeanne-Anne : Jeanne oscille entre attaque et soutien. • Éliette ne semble pas développer de lien intersubjectif avec les autres.
Entre animatrices		• Partage des attitudes consolatrices (physique et psychique). • Grande mobilisation énergétique, fatigue, soulagement.

III.2.2 GROUPE N° 2

III.2.2.1 *LE PARADOXE SOIGNANT*

Marilène, Marielle, Béatrice et Gabrielle sont les quatre femmes qui ont constitué le groupe n° 2. La particularité de ce groupe réside dans le fait que les quatre participantes travaillent ou ont travaillé dans le domaine de la santé : Marielle travaille encore, et Gabrielle est retraité de l'hôpital public. Marilène, sur le point de prendre sa retraite, et Béatrice travaillent dans le domaine du médicament. Marielle et Gabrielle ont toutes les deux fini les soins hospitaliers depuis plusieurs mois maintenant, Marilène débute les séances de chimiothérapie lorsque le groupe commence, Béatrice termine la radiothérapie.

Marielle a eu connaissance du dispositif en trouvant l'information que j'avais diffusé auprès des soignants hospitaliers afin qu'ils puissent proposer à leurs patientes de participer aux ateliers. Elle venait de reprendre le travail et avait envie de pouvoir bénéficier de cet accompagnement qu'elle qualifiait de « privilégié ». Gabrielle a aussi eu connaissance du dispositif par un moyen indirect : un proche qui travaille à l'hôpital, lui a parlé de sa mise en place et lui a donné les informations nécessaires pour s'inscrire. Marilène a entendu parler des ateliers lorsqu'elle s'est rendue chez le coiffeur-perruquier pour choisir sa perruque. Béatrice a été orientée vers le dispositif sur les conseils de son médecin-radiothérapeute qui la trouvait déprimée et en grande difficulté avec son corps. Lorsque j'ai parlé au téléphone avec ce médecin, celle-ci m'a alors expliqué que notre approche corpro-psychique lui semblait tout à fait adaptée pour Béatrice. Pour autant, l'entretien d'inclusion démarre sur les incertitudes de Béatrice de bien avoir une place ou plutôt de se sentir à sa place par rapport à d'autres femmes dans ce type de dispositif, puisqu'elle n'a pas eu de mastectomie ni de chimiothérapie dans son protocole de soin. Ce groupe sera toujours complet.

D'une manière assez globale, Marielle s'est plutôt positionnée comme témoin d'expérience par rapport aux autres femmes : elle envisageait la traversée du cancer en après-coup désormais, le retour au travail marquait son passage de nouveau du côté des soignants. Elle était de plus en train de préparer l'écriture d'un livre-témoignage. Gabrielle, quant à elle, s'est montrée plutôt réservée, brassée fortement visiblement par son retour à l'hôpital et elle ne l'avait pas anticipé. Béatrice semblait toujours en colère, dans l'incompréhension, surprise. Marilène a manifesté beaucoup d'angoisses : séparation, abandon, décrépitude. Elle avait beaucoup de difficultés à sortir d'un mouvement mortifère, répétitif, en boucle ... sur un ton monotone, qui aurait pu endormir doucement jusque vers la mort ... ou qui provoquait de l'insupportable à entendre et donc des réactions de survie chez les autres femmes.

La notion de paradoxe est apparue lorsque j'entendais notamment l'impasse suivante : l'impossibilité ou la lutte engagée pour ne pas penser leur statut de patientes. Tomber malade pouvait donc leur arriver ? Comment et pourquoi ? Le déni d'une part d'humanité partagée avec leurs patients se lève avec cette expérience et crée une blessure narcissique.

III.2.2.2 *PRESENTATION SYNTHETIQUE DES PATIENTES CONSTITUANT LE GROUPE N° 2*

Tableau 14 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 2

Patiente	Age	Pathologie	Traitements	Suivi psychologique	Situation personnelle/familiale/professionnelle
5 : Marielle	43	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie	Psychologue de la chirurgie gynécologique 1 fois, puis libéral.	Mariée - 2 enfants. Travaille dans l'hôpital. Y a été opérée par un confrère-ami. A fini les soins du cancer quand commencent les ateliers et a repris le travail en mi-temps thérapeutique. S'inscrit aux ateliers après avoir pris connaissance de leur existence par un flyer déposé dans sa boîte aux lettres de soignante, information destinée à ses patientes en 1 ^{ère} intention.
6 : Gabrielle	67	Sein	1. Tumorectomie + GG sentinelle 2. Radiothérapie 3. Hormonothérapie		Mariée - 3 fils dont le benjamin est soignant dans l'hôpital, c'est lui qui lui parle des ateliers. A été opérée dans ce même service, et traitée dans cet hôpital dans lequel elle a aussi travaillé. A la retraite depuis 15 ans. Rapport ambivalent avec l'hôpital. Souffre de névralgies dorsales et d'Arnold très handicapantes et douloureuses, déprimantes selon elle depuis la naissance de son dernier enfant.
7 : Marilène	62	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie 5. Réadaptation post-cancer		Mariée - 2 enfants, dont l'aîné est le fils de son mari veuf d'une 1 ^{ère} union. Travaille dans le secteur du médicament en activité, puis passage en retraite au sortir des soins. Vient d'avoir sa 1 ^{ère} cure de chimiothérapie quand commencent les ateliers. Prend connaissance des ateliers chez le coiffeur perruquier.
8 : Béatrice	55	Sein	1. Tumorectomie + GG sentinelle 2. Radiothérapie 3. Hormonothérapie	Psychologue de la radiothérapie, qui oriente pour les ateliers. En cours.	Mariée - 2 enfants (Difficulté à trouver une distance relationnelle juste avec ses enfants selon elle. Elle parle de son fils qui souffre d'un asthme sévère à l'autre bout du monde et de sa fille qui souffre d'un vécu d'abandon). Travaille dans le secteur du médicament. Problématique d'obésité depuis l'adolescence, décrit un comportement alimentaire anarchique très conscient, qui la fait d'autant plus souffrir. A eu des chirurgies bariatriques. En cours de radiothérapie quand commence les ateliers.

III.2.2.3 GRANDES TENDANCES DU COSMETOGRAMME DU GROUPE N° 2

Tableau 15 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 2

	En entretien	En ateliers
	Critères individuels	
Marielle	- Taille moyenne, plutôt mince, cheveux d'un blond vénitien, frisés, au carré court ; Posture droite, mobilité aisée, visage communicatif, prestance dégagée. - Transformation des relations familiales au cœur des échanges : vivre malade, angoissée, déprimée avec un mari et des enfants que cela inquiète. - Commence à se relever de l'effondrement narcissique, fragile encore.	- Se regarde dans le miroir, est participative et à l'écoute mais parvient peu à oser changer ses habitudes de maquillage, gestes de soin adaptés ; - Parole-témoignage après-coup de la profondeur du mal-être traversé durant les soins (dépression, angoisses) dont commence à sortir désormais. - Transformations encore peu mobilisables.
Gabrielle	- Grande, filiforme, cheveux courts et blonds ; posture voûtée, mobilité amoindrie par des douleurs cervico-dorsales chroniques, visage peu expressif douloureux par moments. - Difficulté à retrouver une vie sereine et spontanée malgré des nombreuses activités. - Prudente dans le lien, ambivalence quant aux ateliers : soins, mais qui rappellent le cancer, comme les soins avec ses ex-collègues : rassurants mais gênants.	- Soutient son image dans le miroir mais tourne le regard de temps en temps ; gestes de soin plutôt doux, à l'écoute et participative ; - Parfois un peu en retrait par rapport aux autres femmes mais présente, maladies névralgie + cancer) qui attaque l'idéal de soignant = échappatoires ? - Semble peu transformable, défenses bien installées la protégeant du sentiment de grande fragilité.
Marilène	- Grande et mince, cheveux bruns et courts, teint pâle ; posture voûtée, démarche vacillante, mobilité entravée par les douleurs liées aux traitements, visage peu expressif, air perdu. - Recherche d'étayages narcissiques importante. - S'exprime sans filtres et sans limites.	- Se regarde dans le miroir, livre des vécus de confusion (avec ses doubles), gestes de soin peu adaptés, manquent de finesse, utilise trop ou pas assez de produits ; - Livre ses contenus psychiques et affectifs débordants sans retenue, envahit l'espace de parole ; - Parait se vider en permanence, ne rien pouvoir garder en elle : effet transformateur des soins ?
Béatrice	- Taille moyenne, forte, blonde les cheveux au carré, portant des grosses lunettes à monture noire, posture voûtée, mobilité restreinte par son poids, air sévère sur son visage, ne semble pas prendre soin de sa peau ni de son apparence. - Destructivité et colère perceptible dans son rapport à son corps et aux autres. - Distance relationnelle complexe entre elle et ses enfants. - Rapports ambivalents envers les « psys » : ceux qui écoutent et les autres.	- Se regarde dans le miroir, a du mal à être soumise à celui des autres ; gestes de soin très adaptés, connaît bien l'utilisation des produits et prend plaisir à les manipuler. - Supporte mal l'expression des angoisses et de la dépressivité des autres femmes. - Croît peu en ses capacités de changement, identifie mal ses désirs.
	Critères groupaux	
		- Fantasmagique : groupe de soignantes qui lève le déni de son humanité partagée avec les patients et de leur potentialité à tomber malade. - Angoisses : vidange, explosion, pulvérisation, atomisation, abandon.
	Critères intersubjectifs	
Entre patientes		Marilène a une fonction de porte-angoisse, porte dépression, porte-mort.
Entre animatrices		Fatigue à devoir contenir les mouvements mortifères amenés par Marilène, et les mouvements défensifs que cela active chez les autres femmes (colère/retrait).

III.2.3 GROUPE N° 3

III.2.3.1 ENTRE ENVAHISSEMENT ET DISCRETION ... DEUX STRATEGIES QUI POUSSENT A L'OUBLI ?

Le groupe n° 3 réunit Joséphine, 65 ans et Émilie, 33 ans, puis Iris, 51 ans et Mirella, 44 ans, deux patientes que je reçois régulièrement en entretien psychothérapique individuel. Joséphine, Émilie et Iris ont terminé les soins hospitaliers, Mirella est en cours de radiothérapie au moment des ateliers. Dans l'après coup, nous nous sommes rendu compte en séance d'analyse de la pratique que ce groupe est le seul pour lequel nous devons faire des efforts pour nous rappeler de ce que nous y avons partagé. Est-ce parce qu'il se situe juste au milieu du premier protocole ? Il semble bien également que les personnalités qui composent ce groupe participent à cette tendance. Émilie est une jeune femme qui ne s'exprime presque jamais spontanément que ce soit en entretien ou en atelier. Nous devons être vigilantes à lui donner la parole, à faire exister son avis, à le prendre en considération. Elle répond aux questions directes de manière lapidaire et engage peu la conversation avec les autres. Dans le même type de comportement, nous découvrons également Mirella, qui n'avait pourtant pas laissé présager cela lors de nos entretiens. En effet, Mirella pouvait se montrer très affirmée dans ses choix concernant les traitements par exemple. Elle avait décidé de ne pas suivre l'hormonothérapie par crainte qu'elle n'entraîne des effets collatéraux néfastes pour sa santé. Elle avait alors dû affronter le désaccord des médecins. En ateliers, Mirella s'exprimait peu, osait à peine se mettre au centre, elle se montrait gênée devant le miroir lorsque son tour était venu. Qu'est-ce que l'effacement, le retrait, l'évitement, l'absentification par le silence dans le groupe pouvait bien signifier dans l'histoire individuelle de ces femmes et de ce groupe ? Joséphine, quant à elle, avait plutôt tendance à envahir l'espace de parole laissé libre, d'une manière insistante qui fait que nous n'avions pas envie de l'écouter, de concentrer notre attention sur ce qu'elle pouvait dire. Quant à Iris, celle-ci semblait obnubilée par son apparence (silhouette, cheveux) et notamment celle de ses sourcils depuis la chimiothérapie, et par le fait qu'ils ne repoussaient pas malgré les mois passés. C'est comme si aucun autre sujet ne pouvait être abordé. Lors des phases de soin et de maquillage, celle-ci pouvait s'enfermer dans une activité autocentrée comme pour inscrire en elle la trace des gestes et conseils de la socio-esthéticienne. Tous ces comportements (effacement, envahissement, auto-centrage), aussi contradictoires qu'ils puissent paraître, ont favorisé chez les animatrices le même processus d'oubli du groupe.

III.2.3.2 *PRESENTATION SYNTHETIQUE DES PATIENTES CONSTITUANT LE GROUPE N° 3*

Tableau 16 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 3

Patiente	Age	Pathologie	Traitements	Suivi psychologique	Situation personnelle/familiale/professionnelle
9 : Joséphine	65	Sein	1. Tumorectomie + GG sentinelle 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie		Mariée - 2 filles. Aide beaucoup l'aînée, avocate qui travaille beaucoup, en gardant ses petits-enfants. Fait également du secrétariat quelques jours/mois et la comptabilité de l'étude. A connu les ateliers par le coiffeur-perruquier. A déjà participé à un atelier maquillage au salon que j'ai observé, le même qu'Émilie. A commencé l'hormonothérapie au 1 ^{er} atelier.
10 : Iris	51	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie 5. Réadaptation post-cancer	ML (quelques séances sur quelques mois)	En couple - Sans enfant : a eu un parcours de PMA jusqu'en 2009 sans succès. Ne pas avoir eu d'enfant est un grand regret dans sa vie selon elle. Son compagnon actuel a une fille qu'ils accueillent durant les vacances : a du mal à trouver sa place. La mère d'Iris souffrant d'Alzheimer, elle la visite beaucoup. Doit être reclassée professionnellement car souffre de douleurs articulaires post-chimiothérapie (travaillait dans le domaine du commerce). Vient de terminer la réadaptation post-cancer au 1 ^{er} atelier.
11 : Mirella	44	Sein	1. Tumorectomie + GG sentinelle 2. Radiothérapie 3. Refus de l'hormonothérapie	ML (suivi 1x/semaine pendant 1 an ½), puis orientation vers un psychanalyste.	Mariée – 2 enfants. D'origine italienne, arrivée en France avec sa famille il y a un an 1/2 pour la carrière de son mari. Allait reprendre des études de psychologie. Travaille actuellement dans le secteur de la petite enfance, comme en Italie, mais son diplôme italien n'est pas reconnu. Se sent utilisée et dévalorisée. Relation avec sa direction mal distanciée. Sa mère est décédée quelques temps après son départ pour la France, elle origine d'ailleurs son cancer en réaction au vécu de perte douloureux de sa mère. Est entre la chirurgie et la radiothérapie au 1 ^{er} atelier.
12 : Émilie	33	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie		Mariée – 2 filles en bas âge. Travaille à l'administration dans une entreprise familiale (parents et mari). Reprend en mi-temps thérapeutique lors des ateliers. Livre très peu de choses. A déjà participé à des ateliers chez le coiffeur perruquier, le même que Joséphine que j'ai observé. A commencé l'hormonothérapie au 1 ^{er} atelier.

III.2.3.3 GRANDES TENDANCES DU COSMETOGRAMME DU GROUPE N° 3

Tableau 17 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 3

	En entretien	En ateliers
Critères individuels		
Joséphine	- Petite, menue, cheveux courts et teints couleur auburn ; Posture droite, démarche semblant assurée, mobilité restreinte par une certaine rigidité musculaire, visage expressif, air hautain. - Hyperactive : difficulté à trouver un rythme commun avec son mari handicapé. - En résistance vis-à-vis de la prise en considération de sa vie psychique.	- Se regarde dans le miroir, exprime son complexe de toujours (oreilles décollées) et la chirurgie qu'elle aura pour y remédier durant les ateliers. - Tendance à envahir l'espace de parole, sans pour autant livrer beaucoup d'elle, discours qui devient de + en + personnalisé. - Difficile à écouter, à accompagner, s'engage peu : lutte contre les transformations ?
Iris	- Allure imposante, cheveux courts, frisés et bruns contrastants beaucoup avec la pâleur de son teint, posture rentrée, démarche peu assurée, mobilité restreinte, douleurs articulaires handicapantes consécutives aux traitements (rééducation +) ; - Exercice d'une fonction maternelle importante auprès de ses proches, qui compense son incapacité à avoir pu enfanter dans sa vie. - En grande demande de soutien narcissique par la voie du corps.	- A des difficultés à soutenir son reflet dans le miroir, accepte mal les transformations physiques récentes (repousse des cheveux frisés, perte des sourcils, prise de poids) ; - Sollicite beaucoup la socio-esthéticienne : grande attente de transmission de savoirs- faire, pour s'envisager autrement ; - Peut être dans l'échange, mais aussi dans des moments de reprise solitaire, quasi auto-érotiques.
Mirella	- Petite, de corpulence moyenne, très brune, les cheveux longs, aux yeux marrons, la peau claire ; posture normale, mobilité aisée, gestualité très développée. - Deuil douloureux de sa mère, sentiment de l'avoir abandonnée et faite mourir en venant s'installer en France ; Recherche d'une place désirante dans sa famille. - Très sensible et réceptive à sa vie psychique, l'exprime volontiers.	- Gênée quand est au centre des attentions, voudrait disparaître, que ce soit rapide ; pose peu de questions, ne sollicite pas trop la socio-esthéticienne, utilise les produits avec parcimonie. - Peu dans l'échange, sous forme d'aparté avec Émilie la plupart du temps. - Difficulté à lui donner une place dans ce groupe, s'en extrait.
Émilie	- Taille et corpulence moyennes, aux cheveux courts et blonds, le teint maquillé, sourire de façade, posture normale, mobilité contenue, gestualité peu employée. - Parle de sa vie de famille (à la maison et au travail), peu d'ouverture au monde. - Sensation de ne pas l'avoir vraiment rencontrée, insaisissable derrière son sourire.	- Se regarde, paraît gênée quand se trouve au centre pour les activités, sollicite peu de conseils, utilise peu de produits avec des gestes de soin adaptés ; - Prend peu spontanément la parole, échange souvent en aparté avec Mirella. - Difficulté à la faire exister dans ce groupe, tendance à s'en effacer.
Critères groupaux		
		- Fantasmatique : groupe qui pourrait être oublié. - Problématique : trouver une juste place parmi les autres. - Angoisses : disparition, intrusion, dépersonnalisation
Critères intersubjectifs		
		Interactions plus marquées entre Joséphine et Iris / Émilie et Mirella.

III.2.4 GROUPE N° 4

III.2.4.1 *LES IDEALISTES*

Le groupe n° 4 accueille Jane, 54 ans, suivie pour un cancer de l'ovaire, Agnès, 64 ans, Joëlle et Sabine, 49 ans, toutes les trois en soin pour un cancer du sein. Il s'agit du deuxième groupe dans lequel participe trois soignantes. Jane fait en effet le récit d'un parcours professionnel dans lequel elle a gravi les échelons hiérarchiques jusqu'à des fonctions d'encadrement, et dont elle retire beaucoup de fierté. Joëlle est soignante à l'hôpital et Agnès vient de prendre sa retraite après un exercice libéral. Sabine, quant à elle, était responsable d'équipe dans la restauration, mais elle devra penser une réorientation professionnelle car son métier est jugé désormais inadapté. Elle a en effet subi un curage ganglionnaire qui lui ferait courir un risque infectieux important. Dans ce groupe, l'expression et le partage de valeurs morales fortes semblent primer, tel le respect d'autrui, la liberté individuelle de chacun, le respect du travail et de ses vertus dans la construction subjective, la confiance en l'être humain et en ses capacités d'être bon. Ces femmes recherchent beaucoup ces valeurs dans les relations qu'elles créent, et notamment dans les relations de soin dans lesquelles elles se trouvent pour le moment « de l'autre côté du champ », comme disait Joëlle en référence au champ opératoire. Elles vont à plusieurs reprises parler d'une rencontre fondamentale avec un soignant dans leur prise en charge qui va les soutenir durant la traversée malade. Jane parle d'une jeune interne, avec beaucoup de reconnaissance, rencontrée lorsqu'elle a été hospitalisée la première fois pour des symptômes pulmonaires. Elle lui doit d'avoir découvert le cancer. Après avoir réalisé une échographie thoracique pour évaluer l'efficacité d'une ponction pleurale, celle-ci demande à visualiser l'abdomen de Jane en prétextant devoir s'entraîner. Elle identifiera de cette manière la masse ovarienne ce qui accéléra la prise en charge adaptée de Jane. Elles ont aussi exprimé toute leur déception et leur désillusion de constater que ces valeurs peuvent ne pas être respectées, et cela semble s'accroître depuis l'expérience du cancer. En témoigne ainsi Joëlle qui décrit la manière irrespectueuse, moqueuse, dégradante même parfois, dont les soignants peuvent être amenés à parler des patients opérés lorsqu'ils sont endormis au bloc opératoire. Elle dit bien avoir auparavant laissé faire son groupe de collègues sans rien dire, et de ce fait avoir participé passivement à ce phénomène. Cela lui paraît désormais inconcevable de ne pas réagir si elle se trouvait de nouveau confrontée à ce genre de situation irrespectueuse envers le patient sous prétexte qu'il est n'est pas conscient.

III.2.4.2 PRESENTATION SYNTHETIQUE DES PATIENTES CONSTITUANT LE GROUPE N° 4

Tableau 18 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 4

Patiente	Age	Pathologie	Traitements	Suivi psychologique	Situation personnelle/familiale/professionnelle
13 : Agnès	64	Sein	1. Tumorectomie + GG sentinelle 2. Radiothérapie 3. Hormonothérapie	ML (Accompagnement durant les ateliers en individuel)	Divorcée – 3 enfants – En couple. A la retraite depuis quelques mois, était soignante libérale. Garde une rancœur envers son ex-mari (médecin pour qui elle a travaillé) qui ne manifeste pas beaucoup d'intérêts auprès de ses enfants. Une de ses filles est en arrêt maladie pour dépression, s'inquiète pour elle qui n'arrive pas à reprendre le travail. Se sent seule devant le cancer, en colère, incomprise par ses amis et son compagnon. Commence les ateliers entre la chirurgie et la radiothérapie.
14 : Sabine	49	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie 5. Réadaptation post-cancer		Divorcée – 3 enfants – En couple. En arrêt maladie ; devra se reconverter à la reprise du travail car ne pourra plus exercer celui-ci à cause du risque infectieux. 1 fille soignante en Suisse qui la rassure sur ses soins. Celle-ci se marie pendant les soins, Sabine nous en montre des photos fièrement maquillée et habillée selon les conseils recueillis lors des ateliers). Va avoir la 1 ^{ère} cure de chimio au 1 ^{er} atelier.
15 : Joëlle	49	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie		Mariée – 3 filles Soignante à hôpital. Vient de finir la radiothérapie au 1 ^{er} atelier. Reprend rapidement son travail ensuite. Après les ateliers, monte un projet humanitaire avec sa fille aînée en école de commerce pour pouvoir distribuer gratuitement des produits cosmétiques aux femmes atteintes de cancer.
16 : Jane	54	Ovaire	1. Wertheim élargi + CP + CLA 2. Chimiothérapie 3. Réadaptation post-cancer	ML (1x/semaine durant 2 ans) : Arrêt car départ CFP : orientation vers 1 psychologue psychanalyste libérale hypnothérapeute	En couple avec une femme – 1 fille d'une première union avec une autre femme. En arrêt maladie. Connaît très bien tous les services hospitaliers, nombre de soignants et le fonctionnement de l'hôpital. Rencontre sur sa demande : nous avons travaillé ensemble lors d'une journée : je lui propose alors plutôt de voir ma collègue : elle refuse, elle dit que notre journée de travail ensemble lui donne confiance en mes compétences. Lien transférentiel qui s'établit intensément dès la première rencontre. A fini la chimiothérapie au 1 ^{er} atelier.

III.2.4.3 GRANDES TENDANCES DU COSMETOGRAMME DU GROUPE N° 4

Tableau 19 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 4

	En entretien	En ateliers
Critères individuels		
Agnès	- Petite en taille et corpulence moyenne, cheveux courts cuivrés, style recherché original, mobilité retreinte par gêne, gestualité contenue. - Se décrit comme psychologiquement fragile, a déjà consulté plusieurs fois : il y a 20 ans, au divorce, maintenant car s'interroge sur les raisons de ce cancer à ce moment précis de sa vie. - Me sens désemparée face à elle, comme elle face au cancer.	- Se regarde dans le miroir, en attente par rapport aux regards portés sur elle ; utilise les produits mais a du mal à adapter ses gestes de soin ; - Plutôt discrète en atelier, échange peu lors des phases d'activité, mais demande des conseils personnalisés. - Se dit chaque fois satisfaite du moment de détente proposé bien que ce ne soit pas perceptible dans l'observation de son corps durant l'atelier.
Sabine	- De petite taille, un peu forte, visage marqué et fatigué, cheveux bruns très longs, posture rentrée, en pyjama assise dans sa chambre ; - Histoire marquée de rupture dans les liens (familles d'accueil, séparations de couples). Parle peu : pas habituée à parler d'elle. - Considère la maladie comme une opportunité de pouvoir à nouveau prendre soin d'elle (arrêt depuis sa nouvelle activité professionnelle).	- Se regarde dans le miroir, en attente des conseils de la socio-esthéticienne ; porte un regard ajusté sur sa silhouette. - Se montre méfiante dans un 1^{er} mouvement envers la crème, puis accepte finalement de l'utiliser, se maquille seule. - Discrète dans le groupe, prend part aux échanges, pose surtout des questions sur la chimiothérapie.
Joëlle	- Taille et corpulence moyenne, cheveux blonds frisés courts (post-chimiothérapie), posture droite, mobilité un peu rigide. - Histoire infantile et actuelle marquée par des pertes en conséquence de drames somatiques (parents / neveu), s'interroge sur ses relations avec ses filles.	- Devient rouge quand se place devant le miroir (gêne et/ou bouffée de chaleur ?), très participative aux soins, demande des conseils sur l'utilisation des produits et de l'aide pour se maquiller ; - Témoigne beaucoup de son expérience dans la maladie.
Jane	- Grande et mince, cheveux courts et gris, allure masculine et sportive, visage avenant, souriante, démarche rapide et gestualité diffuse ; - Histoire infantile marquée par les dépressions parentales et l'autonomie précoce dont a dû faire preuve / histoire actuelle : crainte de ne rien représenter pour sa fille. - Lien transférentiel fort immédiatement.	- Utilise beaucoup l'humour pour masquer sa gêne et ses affects négatifs ; a du mal à se concentrer sur les consignes de soin, ou pour retenir des conseils personnalisés. - Exprime toute sa résistance à changer ses habitudes de soin. - Manie les produits et se prodigue les soins avec maladresse, double mouvement : désir de se maquiller et l'enlève car ne se reconnaît pas.
Critères groupaux		
		- Fantasmatique : l'idéal du moi pour vaincre le cancer/le risque de mort. - Angoisse : dépersonnalisation, abandon, explosion/implosion.
Critères intersubjectifs		
Entre patientes		Jane et Joëlle sont très interactives, et elles sollicitent la participation des autres. Sabine sollicite les expériences de soins de Joëlle.
Entre animatrices		Travail d'attention soutenu car résistance non dite mais perceptible, attentes importantes chez Joëlle, Sabine et Agnès notamment.

III.2.5 GROUPE N° 5

III.2.5.1 FEMMES ... EN DEVENIR

Sofia, Clothilde, Christine, et Solène sont les quatre femmes qui constituent le groupe n° 5. Elles ont deux caractéristiques communes : pour l'une, toutes quatre sont soignées pour un cancer du sein, et pour l'autre, leur âge relativement jeune. Christine a 41 ans, Solène a 37 ans, Sofia a 33 ans et Clothilde a 21 ans. Ce groupe a toujours connu seulement trois participantes bien que quatre femmes y soient inscrites : Solène a disparu après le premier atelier, et Clothilde a intégré le groupe à partir du deuxième atelier. Ceci implique cependant que Solène et Clothilde ne se sont jamais rencontrées. Solène prend pourtant une place importante dans le premier atelier. Elle semble à l'aise dans les échanges, faisant à plusieurs reprises preuve d'humour et d'autodérision. La problématique adolescente apparaît rapidement sur le devant de la scène dans ce groupe, dès le tour de table de présentation des participantes du premier atelier. Solène fait en effet un lapsus au moment de donner son âge lorsqu'elle se présente : « J'ai 17 ... euh n'importe quoi, j'ai 37 ans ! ». Clothilde exprime également ceci dans un questionnaire de fin d'atelier en écrivant : « Ces ateliers m'ont réellement fait du bien. Je vous en remercie ! Grâce à vous, j'apprends chaque jour à être féminine ! ». Elle écrit que sa féminité est en train de se construire pour elle, tout en étant pourtant déjà attaquée par le cancer. Pour Clothilde, la période d'adolescence correspond à une période difficile dans la cellule familiale : son père quitte sa mère qu'elle doit alors soutenir fermement pour que celle-ci ne s'enfonce pas dans un état dépressif majeur. Christine parle peu de ses parents, mais elle adopte un comportement en atelier qui exprime une appétence à priori insatiable pour découvrir des modèles identificatoires différents et remettre en question ses croyances et ses choix, aussi difficile cela puisse être pour elle. Sofia exprime, quant à elle, un rejet du féminin. Seule fille de sa fratrie, elle ne désire en rien ressembler à sa mère, coincée au domicile, et répondant aux exigences des hommes de la maison. Elle évoque sa vie de jeune fille au milieu d'une fratrie masculine. Elle se souvient encore de son mouvement de lutte contre-identificatoire envers le féminin et le maternel véhiculés par sa mère. Issue d'une famille d'origine maghrébine, elle décrit une tradition familiale marquée selon elle par la dévalorisation de la condition féminine. Être une femme conduit à vivre une double peine selon elle : c'est accepter la soumission, l'enfermement, la souffrance physique liée à la maternité. Dans ce contexte, comment se créer une identité féminine satisfaisante ?

III.2.5.2 PRESENTATION SYNTHETIQUE DES PATIENTES CONSTITUANT LE GROUPE N° 5

Tableau 20 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 5

Patiente	Age	Pathologie	Traitements	Suivi psychologique	Situation personnelle/familiale/professionnelle
17 : Solène	37	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie	ML (3 entretiens avant les ateliers, puis disparaît après le 1 ^{er} atelier).	En couple – 2 filles jumelles. Décrit une tendance à la dépression depuis l'adolescence. Elle parle d'une relation insécure avec sa mère, elle-même dépressive, et avec son mari qui l'a déjà quittée. Il est présent lors de notre 1 ^{er} entretien, me demande implicitement de faire mes preuves car il ne croit pas en la psychologie et en son efficacité. Vient au 1 ^{er} atelier, puis plus de nouvelles malgré de nombreux messages téléphoniques laissés.
18 : Sofia	33	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie		En couple – 2 fils. D'origine algérienne, compagnon d'origine française. A souffert d'être la seule fille dans sa fratrie, relation faite de reproches avec sa mère. Dans le refus de position identificatoire de femme/mère. Est très soutenue par son compagnon pour participer aux ateliers. Travaille comme contractuelle dans une administration, a très peur de perdre son travail à cause de l'arrêt maladie et de rester à la maison le temps des soins.
19 : Clothilde	21	2 Seins	1. Double Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie	ML (2x avant les ateliers et 2 fois après)	Vit chez sa mère depuis le divorce de ses parents. A beaucoup soutenu sa mère déprimée. Benjamine de 4 enfants. Dit avoir du mal à communiquer avec eux : sollicite un RDV avec sa fratrie, je donne des dates, ne se fera pas finalement. A un petit ami qui semble soutenant durant les soins. Étudiante en licence à l'université. Exprime de la colère envers son père abandonnant. Ce dernier se découvre 2 cancers, sollicite du soutien de sa fille qui aimerait ne pas lui en donner pour se venger, mais n'arrive pas à tenir cette position de rétorsion. Manque le 1 ^{er} atelier, a eu sa 1 ^{ère} cure de chimio entre le 1 ^{er} et le 2 ^{ème} atelier.
20 : Christine	41	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie		Mariée – 3 enfants dont l'aîné est issu de la 1 ^{ère} union de son mari. Soignante à l'hôpital. Sujette aux pyélonéphrites, découverte du cancer lors d'une hospitalisation pour ce motif-là. En cours de radiothérapie durant les ateliers.

III.2.5.3 GRANDES TENDANCES DU COSMETOGRAMME DU GROUPE N° 5

Tableau 21 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 5

	En entretien	En ateliers
Critères individuels		
Solène	- Taille moyenne, un peu forte, cheveux bruns coupés au carré, teint pâle. En blouse d'opérée assise sur son lit. - Décrit une phase dépressive qui a débuté après la naissance de ses jumelles il y a 6 ans, mais finalement toujours latente depuis l'adolescence à cause du contexte de pathologie psychiatrique de sa mère ; - Mari qui pourrait faire vivre de l'insécurité (vécu d'abandon) et accorde peu de crédit aux démarches de soin psychologiques entreprises.	- Participe uniquement à l'atelier Conseil en Image, semble à l'aise, en attente de ce qu'elle pourrait y découvrir. - Utilise beaucoup l'humour pour dédramatiser ses vécus douloureux.
Sofia	- Taille moyenne, plutôt mince, perruque avec des cheveux mi-longs bruns qui cachent son visage pour partie, teint très pâle, posture voûtée. - Paraît être toujours en colère, craint d'être bernée (chirurgien, employeurs) et de se sentir en décalage avec les autres patientes. - Très soutenue par son compagnon, relation distante avec ses fils adolescents et ses frères, ambivalente envers sa mère.	- Montre toujours d'emblée un mouvement de résistance à la nouveauté, mais accepte de tester et s'en montre satisfaite ensuite. - Petit à petit se montre en forte demande d'étayage pour trouver et exprimer sa féminité, malgré des apparences initiales qui la dénigrent. - N'assume pas les effets qu'elle produit sur les autres (hommes), pourrait abandonner son désir de prendre soin d'elle.
Clothilde	- Toute jeune femme, petite et menue, brune aux cheveux longs frisés et le teint mat ; allongée dans son lit en blouse d'opérée au lendemain de la chirurgie ; - Fait état de toutes les pertes auxquelles est ou sera confrontée : seins, cheveux ; se demande si va perdre son petit ami. - Parle de ses relations avec ses frères et sœurs, de son sentiment d'abandon de leur part et de la dépression de sa mère à gérer ; colère envers son père.	- Suit les activités de l'atelier, mais n'adapte pas la quantité de produit et de maquillage aux besoins de sa peau et à sa personnalité. - Rit beaucoup, tente de trouver du positif dans tout et n'approfondit aucun sujet : en lutte contre la survenue d'affects dépressifs.
Christine	- Taille moyenne et forte, perruque avec des cheveux mi-longs fidèle à sa coiffure d'avant, mobilité et gestualité ralenties par une fatigue chronique ; - S'est mariée, a eu des enfants il y a peu, vie peu épanouissante avant. - Touchante car semble vouloir s'investir entièrement dans tout ce qu'elle entreprend, mais ne jamais pouvoir être satisfaite.	- Se sent rapidement déstabilisée lorsqu'elle découvre que ses habitudes vestimentaires et de maquillage ne coïncident pas avec les préconisations socio-esthétiques, rapidement touchée et remet en question son désir. - A toujours peur de se tromper et de le regretter, demande à être rassurée et guidée dans l'utilisation des produits.
Critères groupaux		
		- Fantasmagique : Groupe d'adolescentes se métamorphosant en femmes. - Angoisses : dépersonnalisation, effondrement, intrusion, abandon.
Critères intersubjectifs		
Entre patientes Entre animatrices		- Échanges en groupe difficiles, parole qui a du mal à circuler entre elles. Chacune semble prise dans ses difficultés et ses intérêts. - Grande fatigue partageable d'avoir dû porter les échanges de groupes, contre-investir les mouvements d'opposition ou d'effondrement potentiel. Chaque femme a demandé aux animatrices d'exercer une grande capacité attentionnelle.

III.2.6 GROUPE N° 6

III.2.6.1 *LA DESERTION*²⁹⁰

Le groupe n° 6 correspond à la mise en œuvre du protocole 2 de la recherche. Claire, Ella, Maeva, Maggie se sont inscrites pour participer à ce groupe qui propose pour la première fois six ateliers. Ces quatre patientes étaient en soin pour un cancer du sein. Pour Ella, il s'agissait d'un deuxième cancer du sein, mais elle n'en parlera pas dans les ateliers. S'agissait-il d'une expérience malade sans lien avec la précédente pour elle ? Ou de l'expression d'une forme de pudeur ? Avait-elle perçu que cette information pouvait générer questions et angoisse chez les autres participantes et qu'elle souhaitait protéger le groupe de cela ? Lorsque Maggie annonce qu'elle est traitée pour un troisième cancer du sein, cela provoque en effet chez Claire notamment un emballement frénétique d'interrogations inquiètes, de réflexions et de considérations sur l'injustice de la situation de Maggie, mais aussi de chacune. Cette annonce est devenue le point de départ à l'expression de la colère consécutive à l'annonce du cancer, mais Maggie ne l'a pas supportée. Maggie n'était pas venue au premier atelier, s'engageant à participer au second lorsque nous nous étions ensuite parlé au téléphone. Le jour du deuxième atelier, j'apprends qu'elle est hospitalisée dans le service pour une reprise chirurgicale d'hématome. Je vais la solliciter dans sa chambre pour l'inciter à venir participer. Puis elle ne reviendra plus aux autres ateliers, disant qu'elle s'était fait une fausse idée de ce que le dispositif pouvait lui apporter, et elle coupe la relation. J'avais rencontré Claire au lendemain de la chirurgie. Les soignants la sentaient très angoissée, dans de nombreuses plaintes somatiques et expressions de douleurs physiques que rien ne pouvait semble-t-il apaiser. La synergie de plusieurs approches n'était pas opérante : les traitements analgésiques, les échanges relationnels, les visites des proches, la respiration profonde accompagnée par la kinésithérapeute du service. Claire arrête aussi de venir à partir du troisième atelier, période à laquelle démarre la chimiothérapie, mais elle reste en contact téléphonique tout au long des séances pensant chaque fois pouvoir venir la fois prochaine selon son état de fatigue du jour. Maeva avait terminé les soins hospitaliers depuis quelques mois quand nous nous rencontrons. Elle se sent désormais envahie de craintes hypochondriaques, surtout depuis que sa mère, venue vivre chez elle depuis plusieurs mois pour l'aider avec ses enfants en bas âge, est repartie en Italie. Elle vient deux fois, dépose toute sa détresse, toutes ses angoisses de mort sans laisser la chance au Dispositif de les transformer en retour. Ella quant à elle prend rendez-vous dans le

²⁹⁰ Selon la définition du Larousse : Action de quitter un lieu, dont le contraire est l'engagement (<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/désertion/24395>)

but de s'inscrire. Elle se montre très assidue aux ateliers et tire bénéfice à se retrouver seule participante avec les animatrices à trois reprises. Dans le dispositif initial, les participantes s'étaient peu absentes. Le groupe n° 6 est le premier qui compte autant d'absences. L'ambiance du groupe était lourde, chargée d'angoisses de différentes natures (abandon, mort) et de colère. Le groupe n'a pas suffi à fournir l'étayage contenant nécessaire pour permettre aux patientes les plus angoissées de s'y sentir en sécurité.

III.2.6.2 PRESENTATION ET COSMETOGRAMME DES PATIENTES CONSTITUANT LE GROUPE N° 6

Tableau 22 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 6

Patiente	Age	Pathologie	Traitements	Suivi psychologique	Situation personnelle/familiale/professionnelle
21 : Greta	52	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie 5. Réadaptation post-cancer		Célibataire – 1 enfant. Fait l'entretien d'inclusion, puis se désiste par message quelques jours avant le 1 ^{er} atelier. Très mal quant à son histoire familiale, a appris récemment que son père biologique n'est pas celui qui l'a élevée mais un homme qu'elle pensait être l'associé de la famille. L'a retrouvé dernièrement mais il vient de décéder, elle ne peut plus lui poser de questions.
22 : Claire	60	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie		Mariée – 2 filles Se fait opérée quelques mois avant son départ en retraite qui se fera pendant son AM. Personnalité hyper anxieuse. S'occupe beaucoup de sa mère qui vit à domicile mais qui nécessite beaucoup d'aide. Celle-ci décèdera durant les ateliers. Est entre la chirurgie et la chimio au 1 ^{er} atelier. Assiste aux 2 premiers ateliers, puis ne vient plus. Reste en lien téléphonique tout au long des ateliers.
23 : Maggie	59	Sein (3 ^{ème} cancer du sein)	1. Mastectomie + CA + mastectomie controlatérale 2. Reprise hématome 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie		Mariée – 3 enfants. Soignante à la retraite de cet hôpital. Connaît beaucoup de monde dans les services de soins, d'anciens collègues. Mari ancien soignant aussi. Relation compliquée entre eux car ce dernier réalise les pansements de Mme qui se montre agressive envers lui, se sent intrusée par ses conseils de réaction. Absente au 1 ^{er} atelier. Vient au 2 ^{ème} car est hospitalisée pour reprise hématome. Ne viendra plus ensuite. Quand j'appelle, dit que les ateliers ne correspondent pas à ce qu'elle cherche.
24 : Maeva	39	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie	ML : 2 entretiens au moment de la chirurgie, puis plus. Hypnose en libéral au moment des ateliers.	En couple – 2 enfants en bas âge. D'origine italienne. Venue en France pour s'installer en couple il y a 10 ans. Travaille en usine. A du mal à trouver sa place dans sa relation de couple, ne se sent pas comprise. Se sent déprimée. Sa mère est restée chez eux durant toute l'année des soins. Elle vient de repartir pour l'Italie au moment du 1 ^{er} atelier. Participe aux ateliers 1 et 5.
25 : Ella	54	Sein (2 ^{ème} cancer du sein)	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie 5. Réadaptation post-cancer		En couple – 2 enfants. S'est reconvertie professionnellement, travaille auprès d'adolescents. Cette étape correspond au temps du 1 ^{er} cancer dont elle a été opérée il y a 10 ans. S'identifie fortement à moi quand elle sait que la recherche est universitaire : débordée par la charge de travail, la famille ... Fait montre de persévérance car a obtenu son diplôme après 2 échecs. En cours de chimiothérapie au 1 ^{er} atelier. Assiste à tous les ateliers, bien que se retrouve seule aux ateliers 3, 4 et 6.

III.2.6.3 GRANDES TENDANCES DU COSMETOGRAMME DU GROUPE N° 6

Tableau 23 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 6

	En entretien	En ateliers
Critères individuels		
Greta	- Taille et corpulence moyenne, cheveux courts et gris (post-chimiothérapie), posture légèrement voûtée, mobilité contenue, visage inquiet ; hospitalisation pour TS après décès de ses parents. - A divorcé deux fois et ne veut plus vivre en couple. A eu un fils d'une vingtaine d'années. Ébranlée par sa filiation. - Désire venir, mais rien n'est possible au moment de concrétiser son inscription.	
Claire	- Taille et corpulence moyenne, a pris du poids récemment : « depuis la ménopause », cheveux blonds et courts, teint pâle et très réactif (acné rosacée, rougeurs), couchée en blouse d'opérée, cherche l'accroche relationnelle. - En fin de carrière, devra prendre sa retraite sans dire au revoir. S'occupe beaucoup de sa mère. Parle de ses filles, de la MFIU : évènement traumatique.	- Ne participe qu'aux 2 ateliers Conseil en Image. - Dans l'incapacité de participer aux phases d'activité tellement envahie par l'angoisse, soliloque beaucoup, empêche les autres de prêter attention aux femmes qui s'installent devant le miroir. Intrusive, maladroite, tente de se rassurer mais échoue. Exprime sa colère et son incompréhension du diagnostic.
Maggie	- Taille et corpulence moyenne, blonde les cheveux courts, cherche à cacher les contours de son buste, mobilité réduite due aux opérations et au vécu de honte. 3^{ème} cancer du sein : demande une double mastectomie, et pourtant en éprouve une grande colère. Difficile d'affronter les regards posés sur elle (sien, autres). - Mari vécu comme intrusif. Grandes attentes concernant les ateliers.	Ne participe qu'à l'atelier Conseil en Image 2. Scotche beaucoup l'attention du groupe en annonçant rapidement qu'il s'agit d'un 3^{ème} cancer du sein : effet angoissant qui sidère ou excite la curiosité : n'assume pas les conséquences et coupe court aux discussions. Ne peut participer en totalité à la phase d'activité n'ayant pas amené d'affaires de chez elle.
Maeva	- Taille moyenne, menue, cheveux courts et blonds (post-chimiothérapie), teint pâle. Accompagnée et soutenue par sa mère. Posture rentrée, gestualité contenue, visage inquiet et regard sévère, perdu. - Difficulté à trouver sa place dans sa famille auprès de son mari et ses enfants : entre femme et mère, dans sa vie professionnelle ... dans la société. - Vécu de déchirement quand a quitté l'Italie pour venir vivre en France.	- Ne participe qu'aux ateliers Conseil en Image 1 et Soin du Visage 1. - Parle beaucoup de son expérience, angoissée par les manifestations somatiques, demande à l'autre de contenir et détoxifier ses vécus. - Participe aux phases d'activité mais semble toujours pour partie préoccupée. Se montre cependant très à l'écoute d'Ella quand elle fait les soins sur elle, malgré son manque d'assurance.
Ella	- Taille moyenne et mince, perruque avec des cheveux mi-longs, acajous, qui cache en partie son visage, gestualité contenue, visage peu animé ; 2^{ème} cancer du sein, mais n'en parle pas aux autres. S'interroge, veut s'investir dans les soins différemment. Reconversion professionnelle. - Grande capacité identificatoire dans la posture de chercheuse/soignante.	- Posture d'observatrice au début du cycle d'ateliers, se retrouver seule en atelier favorise ensuite son ouverture et la conduite de soins investis. - Libre de manipuler les produits et de solliciter l'accompagnement des animatrices à sa guise, entièrement disponibles pour lui prêter attention.
Critères groupaux		
		- Fantasmatique : groupe déserté car menaçant, angoissant. - Angoisses : mort, abandon, répétition mortifère
Critères intersubjectifs		
Entre patientes		- Claire/Maggie + Claire/Maeva : Résonnance d'angoisses très forte. - Ella/Maeva : soins en binôme : accordage de Maeva à Ella plus aisé. Ressenti partagé de débordement des capacités à contenir la charge d'angoisse ; - Sentiment d'échec de ne pas arriver à contenir l'angoisse du groupe.
Entre animatrices		

III.2.7 GROUPE N° 7

III.2.7.1 *LE MAL DE MERE !*

Le groupe n° 7 compte parmi ses membres Blanche, 56 ans, Janie, 62 ans, Marion, 64 ans et Françoise, 55 ans. Ces quatre femmes ont été opérées pour un cancer du sein. Blanche et Marion ont un protocole de soin qui comporte de la chimiothérapie et de la radiothérapie, Françoise et Janie uniquement de la radiothérapie. Blanche et Janie se sont montrées assidues aux trois ateliers proposés, ayant pour particularité par rapport aux groupes précédents à trois séances d'initier l'inversion des ateliers Maquillage et Soin du Visage pour la première fois. Blanche finissait ses séances de radiothérapie et elle était sur le point de reprendre le travail. Janie avait terminé les soins hospitaliers depuis quelques semaines, bien qu'un nouveau contrôle échographique vînt de mettre en évidence une potentielle image cancéreuse sur l'autre sein. Toutes deux ont été orientées par la psychologue du service de radiothérapie. Marion n'est venue participer qu'au premier atelier. Nous l'avons rencontrée quelques semaines auparavant, hospitalisée dans le service au lendemain d'une deuxième chirurgie du sein. En effet, elle avait déjà subi une tumorectomie un mois auparavant. Elle imaginait la tumeur bénigne. Quel a été le choc pour Marion d'apprendre le cancer à la visite post-opératoire ! En perte de confiance, celle-ci change de ville pour se faire soigner dans un grand hôpital. Marion avait accepté la proposition d'avoir un entretien psychologique, tout en souhaitant que son mari présent auprès d'elle participe aussi. Lorsque je lui ai proposée de participer aux ateliers, celle-ci s'est montrée hésitante, puis elle s'est laissée finalement convaincre par son mari que ce serait une très bonne idée, bien qu'ils habitent un peu loin. Le premier atelier a lieu à l'aube pour elle de commencer la chimiothérapie. Elle se montre tantôt pleine d'espoir, tantôt dépitée ... à la recherche de limites pour contenir son angoisse. Ce qui ne semble pas avoir eu lieu puisqu'elle n'est pas arrivée à revenir ensuite. Elle avait laissé un message téléphonique le matin du 2^{ème} atelier se disant trop fatiguée après la première cure de chimiothérapie pour venir. Elle n'a plus donné ensuite de nouvelles, malgré mes sollicitations téléphoniques. Je m'interroge sur les raisons de l'arrêt de Marion : S'est-elle sentie insuffisamment en sécurité pour revenir ? Le premier groupe a fait émerger des questions en Marion, l'a confrontée aux vécus des autres. Peut-être a-t-elle eu besoin de se concentrer sur les retentissements subjectifs que cette traversée a provoqués en elle ? Françoise, quant à elle, n'est jamais venue malgré une volonté de rester en lien téléphonique, par messages interposés.

Les ateliers 2 et 3 se sont donc déroulés avec Janie et Blanche. Les 2 femmes n'ont que peu échangé ensemble, elles étaient en relation avec les animatrices, parlaient aux animatrices, mais

ne semblent pas avoir créé véritablement de lien entre elles. Blanche n'a pas pu déployer d'autres liens que ceux réactivés par la relation transférentielle, contrainte à répéter son insatisfaction des liens primaires avec les animatrices, empêchant toute forme de jeu, d'espace potentiel pour découvrir d'autres types de relations de soin.

Janie a évoqué la pensée magique qu'elle a élaboré autour de son corps, de son poids ou du surpoids dont elle souffre depuis de nombreuses années. Elle a parlé d'une forme de culpabilité inconsciente qui l'envahit chaque fois qu'elle maigrit. Tout semble se passer comme si chaque fois qu'elle mincit, qu'elle se sent mieux et porte un regard de satisfaction sur l'image qu'elle renvoie, à elle et aux autres, en somme quand elle s'oriente du côté de la séduction, elle devait le payer cher et souvent dans sa chair. Janie articulait bien les deux espaces d'étayage narcissique proposés par les ateliers puisqu'elle montrait faire appel aux soins esthétiques, mais aussi avoir le projet de retourner voir le psychothérapeute qu'elle connaissait déjà, pour se sortir de l'impasse dans laquelle elle se trouvait depuis toujours dans son rapport à elle-même.

III.2.7.2 PRESENTATION ANAMNESTIQUE DES FEMMES PARTICIPANT AU GROUPE N° 7

Tableau 24 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 7

Patiente	Age	Pathologie	Traitements	Suivi psychologique	Situation personnelle/familiale/professionnelle
26 : Françoise	55	Sein	1. Tumorectomie + GG sentinelle 2. Radiothérapie 3. Hormonothérapie		Séparée – 1 enfant - En couple – 2 beaux-enfants. Travaille comme cadre dans une administration. Ne viendra pas aux ateliers car reprend son travail très rapidement. Tente de rester en lien téléphonique avec moi : laisse des messages, je rappelle sans arriver à lui parler et inversement durant plusieurs semaines.
27 : Marion	65	Sein	1. Tumorectomie 2. Mastectomie + CA 3. Chimiothérapie 4. Radiothérapie 5. Hormonothérapie	ML : rencontrée une fois en service de chirurgie.	Mariée – 2 enfants. Perdue, désir de participation porté par son mari. Très choquée par l'annonce du cancer après avoir été rassurée dans un 1 ^{er} temps par un 1 ^{er} chirurgien. 1 sœur + 1 nièce ont un cancer du sein. Vient au 1 ^{er} atelier, amenée par son mari, entre la chirurgie et la 1 ^{ère} cure de chimiothérapie et plus après. Se dit trop fatiguée.
28 : Janie	62	Sein	1. Tumorectomie + GG sentinelle 2. Radiothérapie 3. Hormonothérapie	Psychologue de la radiothérapie qui oriente vers les ateliers.	Mariée - 2 enfants (2 ^{ème} mariage pour son mari : a 4 enfants déjà). A des problèmes de poids depuis toujours. Elle fait des cures d'amaigrissement régulièrement, perd du poids puis en reprend ensuite dès le retour. Difficultés à trouver une distance préservant un espace intime dans sa vie. Se sent souvent envahie par son mari ou les demandes de ses fils. Est inquiète pendant les ateliers car une échographie de contrôle du sein montre une image suspecte : négativée par le chirurgien ensuite. A terminé la radiothérapie au 1 ^{er} atelier.
29 : Blanche	57	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie	Psychologue de la radiothérapie qui oriente vers les ateliers.	Divorcée - 2 filles. Travaille comme cadre dans une société. Décrit dès le 1 ^{er} entretien toute sa haine pour sa mère, et son sentiment de ne pas avoir su être mère à son tour pour ses filles. Elle se sent attaquée, brûlée, agressée par les produits ou les animatrices durant les ateliers, mais ne le dit pas. Au 1 ^{er} entretien post, est très attaquante envers le dispositif et les animatrices. Ne reviendra pas au 2 ^{ème} entretien.

III.2.7.3 GRANDES TENDANCES DU COSMETOGRAMME DU GROUPE N° 7

Tableau 25 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 7

	En entretien	En ateliers
Critères individuels		
Françoise	• Grande et mince, cheveux aux reflets rouges, coupés au carré. Va bientôt sortir au lendemain de sa chirurgie, agitée, gestualité importante, visage aux traits tendus. • Double mouvement : veut bénéficier de soins, participer aux ateliers, mais ne fait pas de place dans son emploi du temps pour, ne veut pas d'arrêt maladie. • Interroge beaucoup la relation qu'elle a avec son fils, recherche un décodeur, toujours en colère et en opposition avec elle.	
Marion	• Taille et corpulence moyenne, cheveux blonds au carré, en blouse d'opérée, couchée dans son lit, visage triste et grave, soutenue par son mari dans ce parcours hospitalier qui « tourne mal » : d'une chirurgie bénigne aux traitements d'un cancer. Mari qui tente d'ouvrir les possibilités de soutien. • N'accroche pas aux propositions de soin, s'adresse à son mari souvent pour qu'il comprenne qu'il est le seul objet secourable pour elle à cette époque.	• Participe uniquement à l'atelier Conseil en Image ; • Vécus dépressifs, d'abandon ou d'isolement de la part des proches, d'angoisse d'effondrement durant les soins pour elle et son mari. • Activité difficile car expéditive et ne lui renvoie pas de plaisir.
Janie	• Petite et ronde, cheveux courts aux reflets roux, dynamique, avenante et souriante. Se montre désireuse d'apprendre à prendre soin d'elle en général. • Vie actuelle : donne beaucoup de son temps pour ses enfants/petits-enfants, mari intrusif qui ne tolère aucun espace intime pour elle ce qui la fait souffrir. • Relations difficiles avec les enfants de son mari : incompréhensions.	• Très gratifiante envers les animatrices car à l'écoute et participative ; • Tente d'être dans l'échange avec Blanche aussi, exprime ses désirs et s'investit dans la pratique ; utilise les produits et le maquillage en fonction des conseils de soin personnalisés.
Blanche	• Taille moyenne et corpulence un peu forte, cheveux courts et gris (post-chimiothérapie), visage sévère, gestualité contenue, posture droite et rigide ; • Parle vite de ses souffrances liées à sa mère inatteignable, et à la manière dont elle a pu l'être aussi pour ses filles avec qui elle a peu de liens actuels ; • Travail qui prend une grande importance car permet de lutter contre des vécus de solitude et d'abandon de la part de son ex-mari.	• Tantôt dans l'échange, tantôt dans le repli durant les soins notamment, comme enfermée à l'intérieur d'elle-même et insécurisée par des sensations sur sa peau qui l'attaquent : agressive envers l'objet soignant socio-esthéticienne qui devient menaçant. A ces moments-là, peu accessible, et peu réceptive aux tentatives de mise en parole des vécus.
Critères groupaux		
		• Fantasmatique : Mère jamais satisfaisante, toujours décevante. • Angoisses : claustrophobie, intrusion, manipulation, anéantissement.
Critères intersubjectifs		
Entre patientes		• Marion/Janie/Blanche : Marion cherche à se rassurer auprès des autres femmes par leurs expériences mais échoue.
Entre animatrices		• Janie/Blanche : peu de partage et d'échanges entre elles. • Efforts partagés pour résister à l'agressivité de Blanche.

III.2.8 GROUPE N° 8

III.2.8.1 *LES VICISSITUDES DE L'ENGAGEMENT*

Le groupe n° 8 inaugure le protocole 2.2 car en proposant à la fois six ateliers et en mettant en œuvre l'inversion des ateliers « Maquillage » et « Soins du visage ». Celui-ci a été reporté, il a failli à plusieurs reprises être annulé faute de participantes. Jusqu'à la première séance, nous doutions de la fermeté de l'engagement des patientes. Ensuite, à part Mathilde qui s'est absentée une fois en nous avertissant, nous nous demandions si nous allions retrouver les autres participantes. Le terme « incertain » qualifierait bien ce groupe. Six femmes se sont inscrites au total pour ce groupe, mais seulement trois d'entre elles, Rachel, Mathilde et Katia, y ont participé réellement. En effet, malgré l'engagement pris, Sandra, Flora et Frédérique n'ont assisté à aucun atelier. Flora s'est positionnée quelques jours avant le premier atelier lorsque je l'avais contactée par téléphone pour confirmer sa présence, n'ayant pas eu de nouvelles de sa part depuis plusieurs semaines. Sandra et Frédérique ont répondu lorsque nous avons repris contact suite à leur absence à la première séance. Sandra a souhaité retirer son inscription et « laisser sa place à une autre femme », nous avons alors invité Katia à nous rejoindre dès le deuxième atelier. Frédérique, quant à elle, a maintenu son inscription jusqu'au bout, espérant chaque fois que son état de santé lui permettrait de venir la fois suivante. Mathilde et Rachel sont des patientes que j'ai rencontrées dans le service de chirurgie gynécologique. Mathilde a d'abord été très réticente à la proposition de participation. Au lendemain de la chirurgie, elle exprimait plutôt vouloir fuir les soins et les lieux dans lesquels elle aurait pu retrouver des « semblables », se confronter à ce qu'elle imaginait être de l'identique au sens de M. De M'Uzan (2017)²⁹¹. Mathilde exprimait tout à la fois ses craintes d'être submergée par le récit des histoires des autres femmes, et les effets-miroir qu'elles auraient pu lui renvoyer sur sa propre situation cancéreuse et qu'elle n'était pas encore prête à considérer. Finalement, elle s'est inscrite après un entretien ambulatoire dans lequel elle a formulé sa demande de soutien psychologique, quelques semaines à distance de la chirurgie, au moment où la chimiothérapie allait débuter. J'ai rencontré Rachel la veille de la chirurgie, elle paraissait très angoissée, à fleur de peau, désorientée au point que je n'imaginais pas qu'elle allait revenir au rendez-vous post-chirurgie que je lui avais proposé. C'est aussi lors de cet entretien ambulatoire que Rachel s'est inscrite, une fois retournée à domicile, durant le temps de latence entre la chirurgie et le début de la chimiothérapie. Elle paraît tout aussi désorientée au niveau spatio-temporel lors de

²⁹¹ De M'Uzan, M. (2017). Le même et l'identique. *Cliniques*, 13, 24-38.

cette deuxième rencontre que lors de la première, et je doutais alors de sa venue aux ateliers. Elle disparaît même lors de deux ateliers, puis revient sous l'impulsion de Mathilde qui la contacte pour prendre de ses nouvelles et pour la motiver à revenir.

III.2.8.2 PRESENTATION DES PATIENTES CONSTITUANT LE GROUPE N° 8

Tableau 26 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 8

Patiente	Age	Pathologie	Traitements	Suivi psychologique	Situation personnelle/familiale/professionnelle
30 : Mathilde	64	Ovaire	1. Wertheim + CP + CLA 2. Chimiothérapie	ML : 1x/semaine pendant 4 mois puis début CFP : orientation vers psychologue d'oncologie	Mariée – 3 fils, grand regret de ne pas avoir eu de fille selon elle. Rencontre au chevet en chirurgie, a déjà eu un entretien la semaine d'avant. Proposition des ateliers, très réticente. Puis rappelle pour s'inscrire + entretiens individuels sur les conseils de ses fils. Se dit exigeante, en attente quant à ses fils. Mari qui a déjà fait 2 TS, a eu des relations extraconjugales, elle aurait voulu avoir le courage de le quitter dit-elle. Il la soutient beaucoup depuis l'annonce du cancer. Absente à l'atelier 3 en ayant prévenu.
31 : Rachel	57	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie	Psychologue de la chirurgie gynécologique 2x qui oriente vers les ateliers.	Mariée – 4 fils. Travaille dans le secteur de la petite enfance. Très difficile à suivre quand elle parle de sa vie : pas de repères de temps, ni de lieux pour moi : veut dissimuler ou est confuse elle-même ? Elle aime peindre visiblement, aime les couleurs. Suivi psychiatrique libérale depuis longtemps pas satisfaisant. Absente à l'atelier 4 sans prévenir.
32 : Sandra	36	Ovaire	1. Wertheim + CP + CLA 2. Chimiothérapie	Psychologue de la chirurgie gynécologique	Séparée – 1 fille. Hospitalisée pour un staphylocoque qui repousse la 6 ^{ème} et dernière cure de chimiothérapie dans le cadre des soins pour un cancer de l'ovaire. Pathologie ayant causé le décès de sa mère à l'âge de Sandra en ce moment. Composante génétique du cancer qui pourrait aussi toucher sa fille. Veut participer avec enthousiasme, s'inscrit mais se désiste après avoir manqué le 1 ^{er} atelier.
33 : Katia	47	Sein	1. Tumorectomie + GG sentinelle 2. Radiothérapie 3. Hormonothérapie	Psychologue de la radiothérapie 1x/semaine qui oriente vers les ateliers.	Mariée – 1 fille. Agent d'accueil dans une administration. Parle de son problème d'alcool il y a 10 ans, et d'états dépressifs : a réalisé une cure de sevrage. Parle une fois de sa mère esthéticienne, mais coupe court à la discussion, ne veut pas approfondir dit-elle. Intègre le groupe au 2 ^{ème} atelier, après le désistement de Sandra.
34 : Frédérique	45	Ovaire	1. Wertheim + CP + CLA 2. Résections vésicales, intestinales + pose de Bricker ²⁹² 3. Chimiothérapie	Psychologue de la chirurgie gynécologique sur plusieurs mois, de manière espacée, qui oriente vers les ateliers.	Séparée – 3 enfants. Vit sur le même palier que ses parents beaucoup sollicités au quotidien pour elle ou pour ses enfants. Sa fille aînée accouche dans le même hôpital, et est hospitalisée sur le même étage. Cette dernière demande à me rencontrer. N'arrivera jamais à venir, est réhospitalisée sans arrêt pour des complications. Ne se désinscrit pas cependant, dit toujours penser pouvoir venir la prochaine fois.

²⁹² Système de dérivation urinaire qui débouche sur la peau du bas-ventre. L'urine s'écoule par la stomie et est collectée dans une poche placée à l'extérieur du corps.

III.2.8.3 GRANDES TENDANCES DU COSMETOGRAMME DU GROUPE N° 8

Tableau 27 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 8

	En entretien	En ateliers
Critères individuels		
Mathilde	- Petite et toute menue, cheveux courts et blonds, visage animé par beaucoup de mimiques et de sourires, gestualité expressive, posture droite ; se sent diminuée dans son narcissisme féminin. - Vie conjugale décrite rapidement comme décevante ; relation privilégiée avec son fils dernier né, ont partagé des scènes de tentative de suicide de son mari ; - Réticente au départ pour le soutien psychologique et les ateliers, se décrit comme trop cartésienne pour y croire.	- Utilise beaucoup l'humour pour dédramatiser les événements de vie douloureux ; parvient à faire rire les autres ; - Attire mon attention lorsque Rachel passe devant le miroir, ne participe pas aux échanges sur la détermination du profil colorimétrique de Rachel ; - En difficulté pour se détendre, raide sur sa chaise accrochée aux accoudoirs du fauteuil, mais y parvient accompagnée par la socio-esthéticienne. - Ouvre à la dimension de la séduction envers les hommes.
Rachel	- Petite, forte, visage rond, cheveux courts et auburn, teint très pâle ; démarche quasi vacillante, mobilité contenue ; - Histoire de vie incompréhensible : secret de famille à dissimuler ? - Seule femme à la maison : a eu 4 fils. Difficultés financières du couple ;	- Applique toujours trop de crème et de maquillage ; a des gestes de soin peu assurés, se touche du bout des doigts, plats qui ne suivent pas les contours du visage. Sur Katia, semble se mettre plus à l'écoute (physiologie et psychisme). - Exprime des affects de colère (envers le chirurgien, la psychiatre), et dévoile des aspects de sa personnalité en parlant de sa passion, la peinture.
Sandra	- Taille et corpulence moyennes, habillée et couchée sur son lit, sans cheveux ; gestualité tendue et parole semblant ralentie malgré l'angoisse ; - Téléphone quand je frappe, me fait asseoir et attendre la fin de l'appel ; - Histoire héréditaire du cancer de l'ovaire, mère en est décédée à son âge.	
Katia	- Taille moyenne, mince, cheveux bruns raides, au carré, teint mat, visage grave, douloureux par moments. - Évoque l'alcoolisme sevré et le diabète insulino-dépendant. - Comportement actuel boulimique envers les propositions de soin.	- Se montre dans le refus de réaliser les soins et le maquillage (séance de soins esthétiques individuels le matin même). - Envahit l'espace de parole pour donner le conseil de se faire accompagner psychologiquement comme elle pendant le cancer ; - Incapacité à se détendre, lutte contre la relaxation de son corps.
Frédérique	- Petite et toute menue, cheveux châtons au carré, peau mate, assise dans son fauteuil, mobilité restreinte par ses appareillages (sondes, perfusion) ; - Relation incestuelle avec ses parents (même palier) et ses 3 enfants ; - A la fois résignée des multiples hospitalisations, et surprise à chaque fois.	
Critères groupaux		
		- Fantasmagique : Questionner sa valeur pour les autres ? Climat de la 2^{ème} guerre mondiale (association qui s'élabore dans la figure du chirurgien nazi). - Angoisse : abandon, effondrement, dépersonnalisation ;
Critères intersubjectifs		
Entre patientes Entre animatrices		- Rachel et Mathilde ont créé un lien privilégié qui perdure à l'extérieur, sur lequel Rachel s'appuie pour revenir aux ateliers ; - Partage d'une vive angoisse d'abandon de la part des patientes : seront-elles aux RDV ? - Résistance aux mouvements d'attaque agressifs de Katia.

III.2.9 GROUPE N° 9

III.2.9.1 *RESISTE*²⁹³ !

Le groupe n° 9 aura mis à l'épreuve la résistance de Christelle. C'est ce dont elle aura témoigné atelier après atelier, au fur et à mesure qu'elle a découvert qu'elle serait à nouveau et encore seule participante. Les autres femmes inscrites pour ce groupe étaient Madeleine, April et Mila. April est une femme ayant fini la traversée des soins somatiques hospitaliers. Elle a terminé la radiothérapie qui lui a causé de nombreux effets secondaires : brûlures, lésions nerveuses et douloureuses, chute de cheveux. April était elle-même coiffeuse et esthéticienne dans son pays d'origine, ce qui semblait expliquer son intention de participer aux ateliers. Elle aimait beaucoup son travail en Irak, mais depuis qu'elle est en France, elle n'a jamais exercé. Est-ce que pratiquer l'activité l'aurait confrontée à ce qu'elle avait perdu en migrant ? Qu'en est-il de son désir ? Elle ne viendra jamais, prétextant avoir des papiers à faire pour les autres membres de sa famille qu'elle a fait venir en France. Mila envoie un mail la veille du premier atelier pour renoncer à l'inscription réalisée lors de son hospitalisation pour la chirurgie. Elle n'envisageait pas d'arrêter de travailler, et craignait de se sentir débordée par le travail, les soins, les enfants en bas âge ... Madeleine a aussi souhaité s'inscrire lors de son hospitalisation pour la chirurgie. Elle n'avait pas anticipé que le rythme de sa chimiothérapie serait proche de celui des ateliers, et qu'elle aurait tant de mal à se mobiliser dans les jours suivants une cure pour pouvoir venir sereinement. Elle aura fini par annoncer qu'elle serait toujours absente après le troisième atelier manqué.

Christelle a beaucoup attendu avant de pouvoir intégrer un groupe. Son inscription fut plusieurs fois reportée, faute de participantes recrutées à ses côtés pour former ce dernier groupe de recherche. Ma propre résistance a été mise à l'épreuve, mes capacités d'adaptation et mes ressources internes ont été mobilisées pour continuer à soutenir Christelle que je sentais se refermer au fil des semaines d'attente. Pour Christelle, contrairement à Ella, ce fut un regret jusqu'au dernier atelier de ne pas avoir pu partager l'expérience du cancer, des soins, et finalement ce groupe.

III.2.9.2 *PRESENTATION DES PATIENTES CONSTITUANT LE GROUPE N° 9*

²⁹³ En référence à la chanson « Résiste » interprétée par France Gall et signée par Michel Berger en 1981.

Tableau 28 : Présentation synthétique des patientes constituant le groupe n° 9

Patiente	Age	Pathologie	Traitements	Suivi psychologique	Situation personnelle/familiale/professionnelle
35 : Christelle	34	Sein	1. Tumorectomie + GG sentinelle 2. Mastectomie + CA 3. Chimiothérapie 4. Radiothérapie 5. Hormonothérapie 6. Réadaptation post-cancer	ML : 3 fois avant les ateliers.	En couple – 1 fille de 20 mois – 2 beaux-fils en garde alternée dont elle assure quotidiennement les trajets d'école notamment. Est soignante dans un service pour adolescents. Mère opérée il y a 2 ans par le même chirurgien d'un cancer du sein. Elle lui a fait ses pansements. La soutient intensément en la visitant tous les jours. En cours de radiothérapie au 1 ^{er} atelier. Attend 6 mois pour démarrer un atelier faute de participantes.
36 : April	49	Sein	1. Tumorectomie + GG sentinelle 2. Radiothérapie 3. Hormonothérapie	Psychologue de la radiothérapie qui oriente vers les ateliers.	Célibataire – sans enfant. D'origine irakienne, est arrivée en France la 1 ^{ère} , et depuis a fait venir mère, frères et neveux. Dit s'occuper de leurs papiers. A travaillé avant le cancer avec des enfants, s'est blessée à la cheville mais non reconnu comme AT. A été esthéticienne, coiffeuse ... au pays. Se plaint d'avoir perdu bcp de cheveux durant la radiothérapie. N'arrivera à venir à aucun atelier, malgré appels et RDV manqués.
37 : Mila	45	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie		Mariée – 2 enfants. Travaille à son compte et ne s'arrête pas de travailler avant la chimiothérapie, est peu disponible. S'engage car pense que doit s'occuper d'elle, puis renonce car trop occupée pour le moment par sa vie de femme active et de mère dit-elle.
38 : Madeleine	77	Ovaire	1. Wertheim + CP + CLA 2. Chimiothérapie.		En couple – 2 enfants d'un premier mariage – Retraitée du secteur éducatif. Ne vient à aucun atelier. Messages interposés laissés, finit par se désinscrire à l'atelier 3, disant ne pas savoir où elle en est actuellement, que la chimiothérapie la déstabilise beaucoup plus qu'elle n'aurait imaginé et qu'elle n'arrive plus à se projeter même pour les ateliers.

III.2.9.3 GRANDES TENDANCES DU COSMETOGRAMME DU GROUPE N° 9

Tableau 29 : Cosmétogramme synthétique du groupe n° 9

	En entretien	En ateliers
Critères individuels		
Christelle	- Taille et corpulence moyennes, porte les cheveux mi-longs et blonds. Posture rentrée, mobilité neutralisée, Peau très réactive, rougit fréquemment ; - Parle de sa vie de femme active, de mère et de belle-mère accaparante. - Relation proximale avec sa mère qui a elle-même eu un cancer du sein traité dans ce même hôpital, et pour qui elle a assuré des soins post-chirurgicaux. - Persévérante dans son désir de participer, contraste avec son manque d'assurance.	- Cheveux courts en repousse, peau réactive ; prise de poids durant les traitements ; - Très gênée d'être seule au centre de notre attention, surtout devant le miroir ; déplore sa solitude ; - Difficulté à percevoir les besoins de sa peau et à avoir des gestes adaptés et doux. - Crée une relation dyadique avec la socio-esthéticienne dont je me sens exclue
April	- Taille et corpulence moyenne, brune aux cheveux longs avec le teint mat. Parle avec un fort accent qui m'oblige parfois à la faire répéter. Marche avec une béquille et porte une attelle à la cheville ; - Dévouée à sa famille, s'empêche de vivre des expériences pour elle pourtant désir, - Manifestations somatiques atypiques : symptômes du cancer peu courants, perte des cheveux hors chimiothérapie, cheville qui ne guérit pas.	
Mila	- Grande et mince, portant les cheveux blonds aux épaules, les yeux clairs. Parle avec un léger accent des pays de l'est, couchée en blouse d'opérée ; - Hyperactive, réalise que prend peu de temps pour s'occuper d'elle. - Donne effet d'être insaisissable, sauf en situation d'hospitalisation car immobilisée dans un lit.	
Madeleine	- Taille et corpulence imposante, cheveux courts et gris, en pyjama dans son lit. - Très déstabilisée par l'annonce du cancer, peur que les soins renforcent l'isolement dont elle souffre déjà depuis qu'elle vit chez son compagnon. - Bon lien avec ses enfants, mais rejetée par ceux de son compagnon : blessants.	
Critères groupaux		
		- Groupe avec proportions inversées : 2 animatrices, 1 patiente. - Dynamique triangulaire mise en jeu : relations dyadiques, tiercéisation difficile.
Critères intersubjectifs		
Entre animatrices		- Mise à disposition psychosomatique importante ; - Vécus contre-transférentiels par effet ricochet : Christelle – socio-esthéticienne - psychologue.

III.2.10 PATIENTES RENCONTREES DESIRANT S'INSCRIRE MAIS QUI FINALEMENT N'ONT PAS PARTICIPE AUX ATELIERS

Tableau 30 : Présentation des patientes rencontrées désirant s'inscrire dans le dispositif mais qui finalement n'ont pas participé aux ateliers

Patiente	Age	Pathologie	Traitements	Suivi psychologique	Situation personnelle/familiale/professionnelle
39 : Flora	44	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie	ML : 1x, puis psychologue de la maternité pendant l'été 1x, puis libéral.	Mariée – 1 fils. Laisse un message pour s'inscrire après l'été, puis ne répond plus aux messages quand je souhaite lui donner les dates. Je finis par lui parler en direct, elle s'excuse de ne pas avoir rappeler, mais ne souhaite plus participer.
40 : Cynthia	38	Utérus	1. Wertheim + CP + CLA 2. Chimiothérapie. 3. Résections vésicales, vaginales.	Psychologue de la chirurgie gynécologique quelques fois, de manière espacée.	Mariée – 1 fils adopté en Amérique Latine de 3 ans. Veut s'inscrire avec sa mère, traitée il y a quelques années par le même chirurgien pour un cancer du sein. Je donne une réponse négative pour sa mère, priorisant des demandes plus récentes, elle se désengage alors.
41 : Nadine	67	Sein	1. Mastectomie + CA 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Hormonothérapie		Mère de Cynthia. Présente dans la chambre de Cynthia quand je parle à cette dernière des ateliers. Est désireuse en 1 ^{er} , voire revendicatrice de participer. A été soignée par le même chirurgien il y a 5 ans, mais en a encore besoin d'après elle. Quand je leur propose de participer à 2 groupes différents, se désistent toutes les 2.

SYNTHESE DU CHAPITRE III

Ce troisième chapitre est consacré à la présentation de la clinique que je qualifie de psycho-socio-esthétique, compte tenu du contexte dans lequel celle-ci a été recueillie, à savoir dans le Dispositif de soin psychologique en groupe sous-tendu par la pratique de la médiation des soins socio-esthétiques. Je propose d'aborder cette clinique en premier lieu par une approche globale, utilisant des critères d'observation que j'ai traités succinctement de manière statistique et qui incluent la totalité des patientes concernées par l'étude soit quarante-et-une femmes. Il s'agissait de pouvoir donner quelques traits caractéristiques commentés de la population de recherche afin de s'en forger une première représentation généraliste.

Pour commencer, j'ai rédigé un tableau qui récapitule la fréquentation des ateliers, puis j'ai repris ensuite cet item pour le commenter. Nous avons constaté alors que le taux d'absentéisme est au plus fort dans les dispositifs enrichis. Deux hypothèses pourraient expliquer ce phénomène : les patientes des dispositifs enrichis sont davantage en cours de soins que dans le dispositif initial qui regroupaient une majorité de femmes ayant terminé les soins hospitaliers ; les groupes à six ateliers demandent un engagement plus fort de la part des patientes, qui ne sont peut-être pas disponibles pour l'honorer compte tenu de l'exigence des soins somatiques. J'ai fait de même avec le type de pathologie qui fait ressortir que neuf femmes sur dix souffrent d'un cancer du sein ; l'âge de la population s'étend de 21 à 77 ans avec une forte proportion se situant dans la tranche des 50/64 ans suivie de près par la tranche des 35/49 ans ; le statut professionnel des femmes avec deux tiers de nos patientes en retraite ; le parcours de soins somatiques préconisé qui pour les trois quarts a consisté en une chirurgie + une chimiothérapie + de la radiothérapie ; leur situation dans ce parcours de soin lors de l'inscription pour la moitié en chirurgie et pour un tiers après les soins, et à la fin du dispositif, plus de la moitié des patientes avaient terminé les soins ; et enfin l'accompagnement psychologique qui montre que 70% des patientes a rencontré au moins une fois un psychologue dans son parcours de soin et que j'en ai rencontré moi-même la moitié. J'ai ensuite répertorié les réponses des patientes aux questionnaires, en ai relevé certaines très personnalisées, engagées et adressées, d'autres très banales, ne portant que sur la forme des ateliers. Nous interrogerons le sens que prennent ces types de réponses en regard de la problématique des patientes dans le cinquième chapitre. Je présente enfin chacun des neuf groupes, d'abord en abordant la problématique qui semble avoir favorisé un appareillage psychique particulier, puis deux tableaux pour chaque patiente du groupe : le premier regroupant des données anamnestiques et le second quelques éléments du cosmétogramme.

IV DONNEES CLINIQUES COMMENTEES

Dans ce quatrième chapitre, je vais exposer de manière thématisée des séquences cliniques sélectionnées²⁹⁴, issues des neuf groupes présentés précédemment. Puis je les commenterai dans l'objectif de mettre en lumière les enjeux cliniques majeurs qui ont émergés tout au long des entretiens et des ateliers. S'agissant d'ateliers co-animés, nous constaterons que la dynamique intertransférentielle apparaît ici de manière prégnante, et elle permet de mettre en évidence l'actualisation dans le groupe, et plus spécifiquement dans le couple/binôme d'animatrices, des caractéristiques relationnelles qu'entretiennent les femmes avec leurs objets et leurs imagos parentales. Les thèmes dégagés dans cette partie vont quant à eux mettre en lumière des processus psychiques qui serviront de fil rouge ensuite dans le chapitre V pour la théorisation des processus psychiques dégagés à partir de cette clinique. J'ai choisi de progresser dans cette présentation à l'image de la proposition faite aux femmes du travail à partir des outils de médiation de ce Dispositif, c'est-à-dire du plus superficiel au plus profond, de l'enveloppe à l'intime, de la surface contact-échange au noyau interne de l'appareil psychique.

IV.1 L'EMERGENCE DE LA CONFIGURATION DES ENVELOPPES

IV.1.1 PAR L'OBSERVATION CORPORELLE : MIMIQUES, POSTURES, VECUS SOMATIQUES

IV.1.1.1 KATIA ET MATHILDE EN TEMPS DE RELAXATION²⁹⁵

Ariane précise à Mathilde qu'elle peut tout de suite mettre une grosse noisette de masque dans sa main car il doit recouvrir son visage en couche épaisse.

- *Mathilde : « Il faut que je le garde 10 minutes ? ».*
- *Ariane : « Oui c'est ça. On va faire un petit temps de relaxation pendant ce temps ».*

²⁹⁴ Les séquences rapportées dans ce chapitre sont des extraits d'entretiens ou d'ateliers choisis afin de servir au mieux la démonstration envisagée. Pour en retrouver l'intégralité du déroulement, je renvoie le lecteur aux comptes rendus intégraux de ceux-ci qui figurent en annexe (Confer Volume II : Annexe n° 10).

²⁹⁵ Cette séquence est tirée de l'atelier Soins du Visage 2 du groupe n° 8. Rachel est absente pour cet atelier, sans nous avoir prévenues. N'ayant pas participé à l'atelier précédent, Mathilde n'avait pas retenu la consigne d'amener ses produits cosmétiques personnels. Katia n'a pas amené les siens non plus. Celle-ci refuse même de participer à la phase d'activité à proprement parler de soins du visage. Elle explique avoir bénéficié le matin même d'un soin individuel de la part de la socio-esthéticienne de l'hôpital, et elle ne voudrait pas en perdre les bénéfices dit-elle. Ariane guide alors Mathilde pour qu'elle réalise les soins sur son propre visage avec les produits de l'atelier. Celle-ci commence par appliquer un peu de crème-masque sur son visage.

Mathilde se recule au fond du fauteuil et s'adosse contre le dossier, elle pose ses mains sur ses jambes, paumes tournées vers le ciel.

Ariane indique qu'elles peuvent fermer les yeux pendant ce petit moment. Mathilde les ferme aussitôt, Katia nous dit qu'elle ne peut pas. Elle garde donc les yeux ouverts pendant 2 minutes environ, puis les ferme ensuite. Ariane parle de la respiration : elle invite les femmes à inspirer profondément et à expirer jusqu'à descendre la respiration au niveau du ventre. Elle propose de faire des grandes respirations quelque fois et ensuite de la rendre la plus naturelle possible.

Katia et Mathilde ont toutes deux tendance à monter les épaules. Katia fait beaucoup de mimiques, fronce les sourcils, tord la bouche ... Est-ce l'expression de la douleur/d'une souffrance ? Katia bouge beaucoup, elle se touche les mains sans arrêt, alors que Mathilde reste dans un immobilisme presque inquiétant, elle paraît figée.

Lorsqu'Ariane met fin au temps de relaxation, Katia sent monter une bouffée de chaleur.

- *Katia dit : « Quand je la sens venir, je veux lutter contre mais j'arrive pas à gagner ».*
- *Je dis : « Mais est-ce que ce n'est pas un combat perdu d'avance ? ».*
- *Katia : « Ça vient m'enlever tout le bien que j'ai vécu avant ».*
- *Je dis : « Il y aurait alors l'idée que la bouffée de chaleur viendrait vous punir d'avoir passé un bon moment ? ».*
- *Katia : « C'est ça ... ».*
- *Ariane propose : « Vous pouvez refaire des temps de pause comme ceux-là assises ou allongées au sol par exemple le dos par terre.*
- *Katia : « On fait ça avec Coline (Professeur de gymnastique douce de l'hôpital). J'ai beaucoup pleuré la dernière fois ».*

Katia semble d'emblée amener dans cet atelier la question de la rivalité : elle met en rivalité Ariane avec la socio-esthéticienne de l'hôpital, mais je me suis déjà sentie auparavant aussi prise dans ce mouvement envers ma collègue du service de radiothérapie qui l'accompagne de manière hebdomadaire. Celles-ci représentent des figures idéales dans le discours de Katia, vis-à-vis desquelles nous ne pouvions nous sentir que moins investies et donc par conséquent moins aidantes. Est-ce parce que celles-ci proposent à Katia un accompagnement individuel ? Son acte de refus de participer à la phase d'activité des soins du visage provoque chez Ariane et moi un fort sentiment de rejet. Katia semble ainsi s'opposer, agir une rivalité entre les objets soignants qu'elle côtoie et qui prennent figure d'objets maternels. Son manque d'intérêt pour le déroulement de la phase de soins de Mathilde témoigne de la grande préoccupation de Katia pour sa vie interne et qui est perceptible par les liens relationnels avec ses objets internes que Katia met en scène dans l'atelier transférentiellement. Rappelons que lors de l'atelier précédent, Katia et Rachel avait réalisé les soins l'une sur l'autre en binôme. Rachel avait pu se montrer relativement à l'aise dans cet exercice, capable de se mettre à l'écoute des réactions corporelles et verbales de Katia, mais aussi des conseils d'Ariane. Katia, quant à elle, avait manifesté de l'inconfort dans les deux postures, aussi bien dans celle qui recevait les soins, comme pétrifiée sous les doigts de Rachel, que dans celle qui

les agissait, se montrant peu réceptive aux effets produits par ses actions. Lors de cet atelier, Katia n'est pas en observation de Mathilde, elle veut prendre des notes mais elle n'y arrive pas. Elle regarde beaucoup les miennes, sans vraiment les lire pour autant il me semble. Elle montre ne pas pouvoir/vouloir s'autonomiser dans les soins.

Cette séquence présente de nombreux éléments d'observation corporels chez les deux participantes. Les mimiques de Katia lorsqu'elle ferme les yeux évoquent les signifiants formels (Anzieu, 1987²⁹⁶) suivants « une surface se tord » ou « une surface se fronce ». Quelle est sa crainte lorsqu'Ariane lui demande de fermer les yeux ? « Qu'un appui (ne) s'effondre »²⁹⁷ ? Katia semble dire que lorsqu'elle peut expérimenter un moment de contenance fort, par l'accompagnement soutenu de la professeure de gymnastique dans une posture de maintenance produite par le dos contre le sol et de portage par sa qualité de présence auprès de Katia, celle-ci pourrait alors se sentir complètement submergée par des pleurs, significatifs pour elle ou à contenir et traduire pour l'autre ? Mathilde, quant à elle, montre une autre manière de vivre cette proposition de temps de relaxation : elle se fige. L'immobilisme que j'observe me paraît inquiétant : elle ne paraît pas se détendre, les épaules montées et la tête rentrée, ou se concentrer. Elle s'est installée en prenant appui contre le dossier de sa chaise et les accoudoirs. Elle se donne ainsi des points de maintien qui ne suffisent pas pour autant puisqu'elle paraît contracter tous les muscles de son corps également. Pour autant, j'ai l'impression qu'elle traverse ce moment en se coupant d'elle-même, corps et psyché, dans un mouvement de retrait quasi autistique. Que pourrait-il arriver si elle ressentait ce moment ? Nous pourrions aussi imaginer que toutes deux puissent se sentir aux prises d'angoisses de type claustrophobique, seules avec elles-mêmes, leurs pensées, leurs affects du moment. Elles semblent en tout cas baigner dans un climat qui pourrait devenir persécuteur pour elles. Enfin pour Katia le temps de relaxation se termine par une bouffée de chaleur qu'elle vit comme une punition après avoir passé un bon moment. Pas sûr qu'elle parle de l'atelier, mais encore une fois plutôt de son rendez-vous esthétique individuel du matin. Elle évoque son mouvement de lutte contre ce moment désagréable, qu'elle perd chaque fois selon ses dires. La bouffée de chaleur dans ce contexte m'apparaît comme un moyen d'évacuer hors l'habitat psychosomatique (Dumet, 2017²⁹⁸) de

²⁹⁶ Anzieu, D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-peau. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (p. 1-22). Paris, France : Bordas.

²⁹⁷ Ces trois expressions entre guillemets sont trois types de signifiant formel, notion développée par D. Anzieu (1987) dans son travail sur le Moi-peau et les enveloppes psychiques. Les signifiants formels sont des constructions psychiques précoces, originaires, proches des pictogrammes de P. Aulagnier (1975), sortes de préformes des expériences ultérieures de rencontre avec le monde, et qui donnent des indices sur l'état des enveloppes psychiques.

²⁹⁸ Dumet, N. (2017, avril). D'une topique psychosomatique intersubjective. Communication présentée au colloque du Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique – Centre Didier Anzieu *La symbolisation et ses environnements*, Bron, France.

manière rapide un trop plein d'affects brûlants, de pulsionnel sexuel difficilement interprétable. Modifiant l'apparence du visage qui devient rouge et suant, la bouffée de chaleur viendrait, au-delà de son but de décharge, prendre valeur messagère dans un contexte intersubjectif. Dans cette scène, nous pourrions l'interpréter comme un message de mise à distance physique de l'autre, d'isolement, par la survenue d'un masque suant et chaud, d'évacuation des affects liés à la relation à l'autre, qu'il s'agisse de l'autre objet externe (animatrices, autre femme) ou l'autre objet interne lorsque Katia s'est retrouvée seule avec son monde psychique pendant le temps de relaxation.

IV.1.1.2 QUAND LE MASQUE DE CHRISTELLE TOMBE²⁹⁹

- Ariane dit : « Le début du soin a déjà eu un effet sur votre peau ... Elle est moins rouge ! ».
- Je dis : « Le rouge des pommettes est descendu aux joues ».
Christelle commence par appliquer le masque comme une crème.
- Ariane intervient et dit : « Je vais vous en rajouter en couche épaisse pour laisser poser sur votre peau ». Christelle en est surprise.
- Tout à coup Christelle dit : « J'ai la joue gauche qui me brûle très fort ! ».
- Ariane répond : « C'est que votre peau a vraiment besoin ... Si ça devient trop insupportable on enlèvera, sinon, si ça brûle comme quand vous mettez de la crème sur vos mains abîmées, on laisse ».
- Christelle demande : « Et on attend que ça ait tout pénétré ? ».
- Au bout de quelques minutes, Christelle demande à enlever le masque car elle n'arrive plus à supporter la sensation de brûlure. Dès le masque retiré, elle dit se sentir envahie par une grande sensation de froid et dit : « Il est pas super mon état général en ce moment ! ».
- Ariane pose alors une serviette sur le bas de son dos, lui donne la bouilloire entre les mains et propose de mettre son manteau sur ses épaules. Puis elle dit à Christelle : « Imaginer que la chaleur monte en vous et vous envahit petit à petit ... ».
- Christelle : « J'ai froid aux jambes et aux pieds maintenant ... ».
- Ariane : « C'est peut-être le contrecoup de ce matin ... Vous avez eu peur et vous avez le droit de ne pas vous sentir bien maintenant ... Vous pouvez pleurer si vous en avez besoin » dit-elle en ayant visiblement des émotions aussi au bord des yeux, tout comme moi.
- Je dis : « Juste avant on parlait de la sensation de feu aux joues ... Maintenant il est question de glace ... ».
- Ariane propose de finir de rincer le masque avec de l'eau chaude : « Ça vous fait du bien ? ».
- Christelle : « Oui ... Mais je suis toute rouge du coup ! ».

²⁹⁹ Cette séquence est tirée de l'atelier 4 Soins du Visage 2 du groupe n° 9. En arrivant à l'atelier, Christelle nous annonce qu'elle ne se sent pas très bien et qu'elle a failli annuler sa participation ce jour à l'atelier. Elle a passé une échographie le matin même qui l'a finalement rassurée. Christelle parle de fatigue et de nausées dues aux traitements, de problèmes au niveau de l'endomètre, l'utérus, les ovaires ... de saignements depuis un mois pour lesquels elle aurait dû déjà consulter en urgence dès les premiers jours.

Christelle a réalisé le début du soin du visage en utilisant ses propres produits cosmétiques amenés ce jour, mais aussi les nôtres. Ci-après le moment de la pose du masque, et les vécus psychosomatiques que cela provoque en elle.

- Ariane : « C'est pas grave ça ! Ce qui compte c'est être en accord avec ce qui vous fait du bien au moment présent ! Si vous ressentez du feu, mettez du froid, si vous ressentez du froid, mettez du chaud ! ». « Vous avez envie de refaire un temps d'enveloppement avec de l'eau chaude ? ».
 - Christelle « Oh oui ! Je veux bien ! ». Et Ariane la laisse faire.
 - Christelle souffle à plusieurs reprises et dit : « Purée ! J'arrive pas à me réchauffer ! Il faut trouver une solution ... Je dois être à l'école pour les garçons dans trois quarts d'heure ! D'habitude ça me fait l'inverse, j'ai plutôt des bouffées de chaleur ... ».
 - Ariane : « Vous voulez que je vous frotte le dos ? ». Ce que Christelle accepte volontiers.
 - Puis Christelle dit au bout d'une minute environ : « Vous pouvez vous arrêter ... Vous allez prendre une crampe ! ».
 - Je demande : « Vous faites quoi chez vous si vous avez froid ? ».
 - Christelle : « Je me mets dans mon lit, sous la couette, ou dans mon canapé avec une bonne couverture ... Ou alors je prends une douche bien chaude ... Si ma petite de 21 mois me le permet bien sûr ! ».
 - Je dis : « Quand on est saisi par le froid comme ça, on est vite dans des comportements régressifs comme aller sous la couette, dans son lit, s'occuper de son corps ... Vous vous occupez beaucoup des enfants, ceux de votre compagnon et votre fille ... Souvent seule avec eux pour contenir leurs émotions et leur traduire la vie ... ».
 - Christelle : « Oui c'est normal ! ».
 - Je dis : « Oui, mais peut-être vous pourriez avoir envie ou besoin de laisser d'autres s'occuper de vous, permettre à quelqu'un de vous aider à contenir les vôtres d'émotions ... C'est d'ailleurs le but de ces ateliers ... Même si ça peut faire pleurer ... C'est pas grave ... C'est bien le lieu ici pour partager ... ».
- Christelle a les yeux rougis, mais elle ne laisse aucune larme venir. Ariane semble très émue par ce que montre et fait ressentir Christelle. Et à mon tour je me sens très émue de voir Ariane émue. C'est comme si le partage affectif ne pouvait se faire que par ricochets.
- ✓ Crème :
Christelle ne remet pas de crème.

Maquillage :

Christelle ne se maquille pas avant de repartir.

Pour conclure l'atelier :

Question : Comment diriez-vous que vous vous sentez actuellement ?

- Christelle : « Moyen ! Ouï là là ! ». Elle semble sans mots pour décrire son état actuel.

Déroulement de la fin de l'atelier :

Ariane lui enlève la charlotte, Christelle enfle sa veste qu'elle portait déjà sur ses épaules.

Je lui remets le questionnaire à remplir.

- Christelle pleure enfin en écrivant, et elle ne peut rien dire de plus que : « Merci ! ».
- Christelle quitte ensuite la pièce après nous avoir saluées. Elle semble très perturbée par ce qui vient de se passer à l'insu de son corps et de sa volonté, et entre nous trois.

Dans cette séquence, il est frappant de noter comment tout à coup, le trouble saisit Christelle d'abord par une sensation désagréable de brûlure au visage, qui devient

insupportable, et comment ensuite l'ensemble de son corps vient refroidir la scène ardente précédente. Lors de cet atelier, je me sens seule, exclue de la relation dyadique entre Ariane et Christelle qui s'est mise en place depuis le début de la phase d'activité du soin du visage. Alors que nous communiquons souvent par le regard, je ne parviens pas à capter celui d'Ariane cette fois-ci, qui porte tantôt attention à Christelle, tantôt regarde dans le vague. Cela se traduit chez moi par une envie de m'évader, soit parce que mes pensées se tournent vers l'extérieur, l'après-séance, soit par une agitation motrice importante dans les moments où le sommeil me gagne. Puis le moment de brûlure puis de gel me ramène dans la pièce et fait appel à ma fonction contenant, mais aussi sans doute tiercéisante entre Ariane et Christelle. Et si cet épisode de trouble corporel dont elle a témoigné donnait des indices de l'installation du transfert de type maternel de Christelle envers Ariane et de transfert de type biparental envers moi, accompagnés de vécus de lâchage : la thématique du brûlant et du glacé n'est pas sans rappeler les deux bornes extrêmes possibles de la relation avec l'objet primaire. Ce moment de trouble somatique provoque un rapproché important entre Christelle et Ariane, qui paraît à la fois fui mais aussi recherché. Christelle accepte toutes les propositions d'enveloppements qu'Ariane fait, mais elle a du mal à assumer, dirait-on ensuite, qu'elle ait pu avoir besoin de cela. Lorsque je deviens à nouveau présente psychiquement à la scène de l'atelier, je m'aperçois que j'avais relâché mon investissement de la dyade. Le mal être de Christelle m'oblige à observer de nouveau la scène de soin, à verbaliser, et donc à introduire par mon regard et ma parole une forme de limite symbolique dans cette relation de soin rappelant la relation à l'objet primordial tiercéisée par un autre incarnant une fonction paternelle.

Ariane et moi sommes très touchées durant l'atelier, par effet ricochets. Ariane est émue au contact de Christelle, et je suis à mon tour très émue de voir Ariane émue. Ariane adopte envers Christelle des gestes chaleureux et enveloppants pour tenter de la réchauffer. Nous tentons de remettre Christelle en contact avec des représentations en tentant de mettre en mots ce qui pourrait être en train d'animer son psychosoma : relâchement après une période de forte angoisse ? Syndrome « burn out familial » dans le contexte du cancer ? Christelle semble avoir du mal à lier ce qu'il se passe en elle à ce moment-là et son contexte de vie. Ses affects semblent immobilisés eux-aussi, elle ne parvient pas à pleurer. Cependant, nous animatrices, avons du mal à contenir nos larmes en présence de Christelle.

Nous restons encore après le départ de Christelle perturbées par cette fin d'atelier. Notre premier réflexe est de nous interroger sur ce que nous aurions produit et qui a fait craquer la carapace corporelle de Christelle. Bien que le cadre proposé par l'atelier soit construit de manière à faire éprouver aux femmes les qualités de contenance des animatrices, nous sommes inquiètes de ne pas avoir permis à Christelle de s'apaiser suffisamment avant de partir ce jour.

Je suis même traversée par l'idée qu'elle pourrait ne pas revenir au prochain atelier, que nous l'aurions déstabilisée, sans lui avoir permis de trouver de nouveaux repères. Elle reviendra pourtant bien au prochain atelier, en évoquant avoir souffert les jours suivants d'une grippe, ce qui expliquait selon elle l'ensemble des symptômes somatiques manifestés en atelier. Qu'est-ce que notre présence de type maternel primaire vient réveiller en elle des bons soins et des manques de soin pour une part ? Qu'est-ce que notre présence de type biparental réactive de relations plus ou moins bien tempérées pour une autre part ?

IV.1.2 PAR L'OBSERVATION DE LA GESTUALITE

Les trois séquences suivantes montrent la manière dont ces femmes, Anne, Jeanne et Éliette, puis Ella et Maeva, et enfin Rachel et Katia, se saisissent des pinceaux et des cosmétiques à leur disposition et se mettent en mouvement avec. L'hypothèse liée à l'observation clinique de ceci que je formule est la suivante : la gestualité des femmes mise en œuvre pour prendre soin de la peau et la mettre en valeur témoignerait de l'investissement qu'elles font de l'enveloppe corporelle, la leur ou celle de l'autre. Vérifions-la dans la séquence suivante de soins auto-prodigués, ou dans les deux suivantes dans lesquelles les femmes effectuent les soins en binôme l'une sur l'autre.

IV.1.2.1 LES GESTES DE SOIN ET DE MAQUILLAGE DE JEANNE, ÉLIETTE ET ANNE³⁰⁰

Ariane commence par présenter comment la peau est structurée, et qu'il est idéal pour l'entretenir de s'en occuper matin et soir car la peau se régénère durant la nuit. Jeanne et Éliette semblent déjà prendre soin de leur peau matin et soir, Anne dit qu'elle ne le fait pas toujours le soir.

Ariane explique ensuite qu'il est important de se maquiller sur une peau qui a été préalablement nettoyée.

- *Jeanne s'adresse à Éliette et lui demande : « Vous n'enlevez pas votre perruque aujourd'hui ? ».*
- *Éliette répond : « Non, mon image ne reflète pas ce que je veux. Peut-être que c'est dans la tête tout ça, mais aujourd'hui c'est comme ça ! ».*

Jeanne et Éliette sont venues maquillées. Elles choisissent alors le démaquillant pour les yeux et une eau micellaire. Anne choisit d'appliquer un lait démaquillant et une lotion tonique.

Toutes les trois appliquent de la crème ensuite. Jeanne et Éliette ont tendance à en mettre trop, Anne pas assez alors que sa peau manque visiblement

³⁰⁰ La séquence suivante est issue de l'atelier n°2 Maquillage du groupe n°1. Rappelons que Myrta est absente lors de cette séance, sans avoir prévenu. Nous l'avions alors attendue quelques minutes avant de commencer. Dans cette séquence, nous nous concentrerons sur l'observation des gestes de soin de Jeanne et d'Éliette ainsi que sur mes commentaires in vivo de l'atelier, signes de la circulation des vécus et des affects dans le groupe.

d'hydratation étant donné la vitesse d'absorption de la crème. Jeanne dit qu'on lui a déjà fait remarquer qu'elle était un peu "brute" quand elle s'occupait de sa peau. Anne reste silencieuse, Éliette aussi.

Jeanne revient sur la ligne de sourcils. Ariane lui conseille de les faire teindre pour qu'ils soient plus en accord avec sa couleur de cheveux.

- Jeanne regarde Ariane et moi, à tour de rôle et dit : « Les vôtres sont superbes ! ».

Jeanne me demande alors si c'est Ariane qui me l'a faite. Elle remarque par la même occasion mon maquillage et dit imaginer qu'Ariane me donne des cours particuliers.

Puis Ariane introduit la phase de maquillage en présentant les produits et les pinceaux placés à disposition des patientes devant elles. C'est l'occasion pour chacune de se prononcer sur la manière dont elles se représentent le maquillage en général :

- Éliette : « Il doit être léger, me mettre en valeur, et il ne doit pas être plaqué ».
- Jeanne : « Moi, quand je me maquille, je m'occupe de mes yeux avec du fard à paupières et du mascara, et des lèvres avec du gloss, du rouge à lèvres et du crayon éventuellement ».

Éliette demande si elle met du fard à joues. Jeanne dit rarement.

Ariane rajoute qu'elles n'ont pas parlé du teint qui semble être en esthétique le premier geste de maquillage. Ariane utilise la comparaison avec le peintre : pour que sa toile soit belle, le fond doit être uniforme, lumineux, rehaussé. Pour un beau maquillage, c'est pareil. Les premiers gestes concernent le contour de l'œil, les cernes et l'uniformisation du teint.

Un échange s'instaure autour de l'horaire de fin de l'atelier, car nous nous rendons compte que nous allons déborder un peu.

- Jeanne et Anne propose de dépasser de 10 minutes, Éliette dit qu'elle ne pourra pas car son mari va l'attendre : « Moi j'ai un chauffeur ».

✓ Teint :

- Anne rit au moment d'appliquer l'anticerne car elle dit ne jamais avoir fait cela. Elle n'ose visiblement pas trop l'appliquer. Elle dit : « J'ai les yeux hypersensibles. Je ne peux pas porter de lentilles par exemple ! ». Jeanne intervient et dit : « Mais ça ne se met dans les yeux ! ».

Jeanne et Éliette en mettent trop, l'évalent mal, tout comme le fond de teint ensuite. Ariane les aide à estomper, et à unifier l'ensemble du visage pour ne pas créer de zones surchargées en produits.

- Soudain le téléphone d'Éliette sonne, elle regarde qui l'appelle et dit que c'est son chauffeur alors qu'elle est obligée de répondre : « On n'a pas encore tout à fait fini, ne te presse pas trop hein ! ».
- Anne observe beaucoup Jeanne et Éliette comme pour copier leurs gestes. Elle met de la poudre dans sa main et tousse. Jeanne dit alors : « Attention, ça se met pas dans le nez ! ». Elles rient toutes trois, mais Anne répond quand même : « Ouï là là, je ne sais pas si je reviens moi la prochaine fois ! ».
- Jeanne regarde Anne après qu'elle ait fini d'appliquer la poudre et dit : « C'est beau ! Vous avez une peau superbe ! Vous le voyez ? ».

✓ Yeux/Joues :

Anne n'arrive pas à fermer un œil pour le maquiller et à garder l'autre ouvert. Elle rit, mais semble se sentir vraiment en difficulté.

- Éliette met du fard à joues, beaucoup trop. Ariane lui fait remarquer en disant que les fards de cette marque sont très pigmentés et qu'il faut en mettre peu. Éliette réagit en disant : « Ah oui, je ne voulais pas en mettre autant ».
- Ariane lui redonne de la poudre pour estomper la couleur et est rassurante

en disant que ce qu'il y a de bien en maquillage, c'est qu'on peut toujours corriger.

- *Anne tente de s'appuyer sur Jeanne, en lui demandant sans cesse : « Y'en a t'il trop ? Pas assez ? », malgré les quelques pics moqueurs que Jeanne lui adresse. Ensuite, vient le maquillage des sourcils : Ariane conseille à Jeanne de les maquiller avec un fard à paupières et non avec un crayon pour que son regard paraisse moins dur. Pour Éliette, Ariane opte pour un crayon gris et un effet poil à poil. Pour Anne, Ariane réitère un conseil épilation.*
- *Éliette dit : « ça en fait des choses ! J'ai pas l'habitude de tout ça ! ». Pourtant Éliette se maquille beaucoup je trouve. Puis au tour des paupières et des cils : Jeanne demande à Ariane de lui montrer l'application du fard de l'extérieur vers l'intérieur de la paupière. Elle trouve que cela fait un plus beau maquillage. Elle s'adresse à Anne et lui dit : « C'est les yeux qui vont vous changer le plus pour vous ! ». Anne est en difficulté pour appliquer fard et mascara. Ariane l'aide. Éliette dit avoir perdu beaucoup de cils. Ariane et Jeanne lui conseille un produit destiné à aider à la repousse des cils.*

(...)

Dans cette séquence, Anne apporte la confirmation que l'univers des cosmétiques en général ne lui est pas familier. Elle témoigne peu faire usage et manipuler les produits de soin de la peau, ne pas toujours savoir à quoi ils servent, et dit ne jamais avoir appris à se maquiller. Elle n'en a pas non plus fait l'expérience seule, en autodidacte, pourrait-on dire, comme interdite de le faire faute d'avoir pu être initiée par sa mère, seule femme à avoir eu la légitimité à ses yeux de le faire. Elle se montre à plusieurs reprises maladroite avec les produits, avec des mimiques qui paraissent exagérées, mais qui montrent sans doute tout le malaise qu'elle ressent et le besoin d'accompagnement dont elle nécessite. Elle observe beaucoup Jeanne et Éliette dans leurs moindres faits et gestes.

Jeanne et Éliette témoignent quant à elles, d'un rapport quotidien avec les produits de soin et le maquillage. Notons tout de même l'écart entre la représentation idéale qu'en donne Éliette de légèreté, de mise en valeur naturelle, et l'observation que nous pouvons faire de son visage surchargé de poudres diverses et saturé en couleurs lorsqu'elle arrive déjà maquillée ou qu'elle se maquille devant nous. Ce qui pouvait paraître être une forme de coquetterie au moment de notre rencontre s'est révélée plus tard comme du fardage. Dès nos premières rencontres, j'avais imaginé qu'Éliette serait sans doute très à l'aise dans les ateliers. Mais elle se montre plutôt en difficulté notamment pour réguler les quantités de produits à utiliser, souvent dans le trop, comparé à d'autres qui n'en mettent jamais assez, comme Anne. Un questionnement se pose sur ce que le cancer provoque, réactive ou accentue comme vécus d'enveloppe chez Éliette : aurait-elle, en ce moment en tout cas, besoin de forcer la dose pour alléger ses vécus de discontinuité d'enveloppe ? Ses vécus sont-ils créés ou accentués par l'expérience du cancer et les soins ? Celle-ci décrit par ailleurs une forme de repli dépressif sur elle-même, physique et psychique, allongée dans son lit à regarder la télévision. Elle ne s'habille pas et ne se maquille

pas si elle n'a pas besoin de sortir de chez elle. Le maquillage pourrait jouer alors un rôle de couverture-support permettant à Éliette de faire face au monde et au regard des autres lorsqu'elle sort de chez elle.

Jeanne, quant à elle, arrive souvent avec les yeux et les lèvres très maquillés en atelier ou en entretien ce qui fait beaucoup ressortir ces deux parties de son visage. Elle semble porter une dose importante de maquillage dans des couleurs marquées, ce qui durcit son apparence. Ses gestes de soin sont bruts, elle appuie fort sur sa peau pour appliquer les crèmes, de même sur la pointe des pinceaux pour appliquer les poudres, ce qui provoque des amas de matière par endroits et rend les couleurs criardes. Jeanne se permet de se moquer de la maladroite d'Anne, comme pour venir asseoir une certaine forme d'assurance chez elle et envers les autres, dans une position supérieure d'observation et de critique des autres participantes. Elle se montre pourtant en difficulté à évaluer sur elle-même l'ajustement dont elle pourrait faire preuve pour adoucir et harmoniser son rapport à elle-même.

IV.1.2.2 LE BINOME ELLA/MAEVA³⁰¹

- ✓ *Démaquillage/Nettoyage de la peau :*
- *Maeva : « Je ne bois pas assez aussi moi ! ».*
Élla commençait à se positionner devant Maeva sur sa gauche.
- *Puis Ariane intervient et dit : « Vous pouvez vous mettre derrière ».*
Maeva ne pose pas sa tête sur le ventre d'Élla (Pas suffisamment à l'aise pour lâcher ? Élla ne manifeste pas une présence physique assez solide pour cela ?).
- *Ariane demande : « ça va là nuque ? ».*
- *Maeva : « Oui oui ça va. C'est ça que j'aime bien moi, ça me relaxe (malgré sa posture tendue sur son fauteuil qui ne me paraît pas confortable du tout) ».*
- *Je demande : « Le fait que quelqu'un le fasse pour vous ? ».*
- *Maeva : « Oui. J'ai fait quelquefois des soins des mains et des pieds, je me suis déjà fait masser ... C'est ... ».*
Élla a commencé par appliquer du lait. Elle s'est mise devant Maeva, sur son côté gauche, et après elle est passée à droite. Élla touche Maeva du bout de ses doigts raides, avec une gestuelle hasardeuse, peu assurée.
- *Maeva : « Au moins l'avantage d'avoir des cheveux courts, c'est qu'il n'y a pas besoin de mettre une charlotte ! ».*
- *Ariane s'adressant à Élla : « Vous pouvez travailler avec les doigts à plat ... Passer au-dessus des lèvres ... Est-ce que c'est agréable pour vous aussi ? ».*
- *Élla : « Mouais ... J'ai pas l'habitude, c'est la première fois que je fais sur quelqu'un d'autre ».*
Après proposition d'eau chaude ou froide, Maeva demande un rinçage du lait à l'eau chaude. Ariane guide vocalement Élla pour le rinçage et lui conseille

³⁰¹ Cette séquence de soin en binôme est extraite de l'atelier 5 Soin du Visage 1 du groupe n° 6. Maeva revient après avoir été absente aux deux ateliers précédents. Ella reste quant à elle fidèle au poste depuis le premier atelier. Ce sont les deux seules participantes de cet atelier. Ella avait pu anticiper dès l'atelier précédent la consigne de soin en binôme, mais pas Maeva qui la redécouvre en début de séance. C'est d'ailleurs Ella qui se porte volontaire tout de suite pour commencer à réaliser les soins sur le visage de Maeva.

de faire comme un 3 en passant le gant. De même avec le coton imbibé de lotion.

- Ella : « Et voilà ! ».
 - Maeva : « Merci ! ».
- ✓ *Gommage :*
 Ella se positionne devant Maeva. Cette fois elle applique le produit et réalise l'action de gommer par des petits mouvements circulaires avec le plat des doigts. Ariane l'encourage à poursuivre comme ceci, en n'oubliant pas le dessus de la lèvre. Puis Ella rince à l'eau et avec la lotion.
- Ella : « Moi pendant le gommage, je fais bouillir de l'eau et je me mets au-dessus ».
 - Maeva : « On peut faire des gommages du corps aussi ? ».
 - Ariane : « Oui bien sûr. J'ai une recette maison si vous voulez : huile d'olive et sel fin ».
 - Maeva : « Je le ferai pour mes enfants aussi parce qu'ils ont la peau hyper sèche ».
- ✓ *Masque :*
- Ariane : « Du masque, vous pouvez en mettre partout, au-dessus de la lèvre, sur les sourcils, dans le cou ... ».
 - Ella : « Ah bon ! Je croyais qu'on n'en mettait pas autour des yeux ».
 - Ariane : « Oui on n'en met pas sur les paupières dessus et dessous, mais sur les sourcils, on peut ».
 - Pendant que son masque pose, Maeva reprend en note toutes les étapes du déroulement du soin en les répétant à haute voix : « On commence par le lait qu'on rince à l'eau et avec une lotion pour enlever les effets calcaires de l'eau, ou par de l'eau micellaire ; Puis on fait un gommage qu'on rince à l'eau aussi et on passe après toujours la lotion ; Pareil avec le masque ; et après on applique une crème. Quel type de crème ? ».
 - Ariane : « Anti-âge le soir et hydratante le matin ».
 - Maeva : « Je peux mettre de la crème anti-âge alors que je ne vais avoir que 40 ans maintenant ? ».
 - Ariane : « Oui sans problème. La peau commence à vieillir déjà à 20 ans. Les premiers signes du vieillissement commencent à se voir à 30 ans. La crème anti-âge, c'est de la prévention, c'est pas curatif. Prendre soin de sa peau, c'est la stimuler, stimuler la souplesse, l'élasticité ... ».
 - Maeva : « J'ai une question. J'ai fait de la radiothérapie. Quand je suis allée à la piscine avec mes enfants, j'ai oublié de mettre de la crème, à moi et aux enfants. Ça va on n'a pas eu de coup de soleil mais est-ce que c'est risqué de pas en mettre ? ».
 - Ariane : « Le soleil, les UV, ça dessèche la peau. Les rayons de la radiothérapie restent actifs encore très longtemps alors c'est pour ça qu'on vous dit de ne pas trop vous mettre au soleil et de mettre de la crème. Un coup de soleil ça peut faire mal sur le coup, c'est la brûlure, mais surtout ça se paye 10 ans après. Je vous conseille de mettre d'abord de l'indice 50, et après de diminuer l'indice quand vous êtes déjà bronzée ».
 - Maeva : « Quand j'étais petite, je m'exposer sans y penser, comme ça ! ça faisait du bien de sentir la chaleur du soleil sur la peau ».
- Ella retire l'excédent de crème à l'eau, puis elle passe la lotion.
- ✓ *Crème :*
 Ella met une noisette de crème dans sa main, puis en fait plusieurs petites touches sur le visage de Maeva : sur le front, le nez, le menton, les joues ».
- Ariane : « Vous pouvez en mettre juste un voile sur les yeux et autour, et plus sur le reste du visage ».

- *Maeva demande : « Vous conseillez de mettre une crème contour des yeux le matin ? ».*
- *Ariane : « Oui, et le soir aussi. Vous pouvez l'appliquer avant votre crème de jour et de nuit ».*
- *Maeva : « On la met comment ? Dessus ? Dessous ? ».*
- *Ariane : « C'est ça, en faisant des cercles autour de vos yeux de l'extérieur vers l'intérieur », et elle mime le geste devant ses yeux. « Comment vous vous sentez ? ».*
- *Maeva : « Bien ! Ma peau est souple, douce et raffermie j'ai l'impression ».*
C'est au tour de Maeva de prodiguer les soins à Ella. Cette dernière ne veut pas mettre de charlotte, elle préfère quitter sa perruque.
- *Maeva demande à Ella : « Vous avez fini les traitements ? ».*
- *Ella : « Oui, ça fait deux mois maintenant ».*
- *Ariane dit : « Ils ont bien repoussé ! ».*
- *Ella : « Moi je trouve que c'est long ! ».*
- *Ariane : « Pour la longueur vous voulez dire. Ils se sont beaucoup densifiés depuis la dernière fois. Ça vous va bien comme ça ! ».*
- *Ella : « Je suis surprise, mais oui les gens le disent ».*
- *Ariane : « ça veut dire que parfois vous ne la mettez pas ? Et vous imagineriez rester maintenant tout le temps sans votre perruque ? ».*
- *Ella : « Non ... Mais avant j'ai déjà eu les cheveux courts et les gens disaient que ça m'allait bien ! ».*
- *Maeva : « Moi aussi je les laisse courts maintenant. D'ailleurs les gens disent que ça me va mieux. Et dire qu'avant je n'avais jamais osé les couper ».*

- ✓ *Démaquillage/Nettoyage de la peau :*
Maeva commence à appliquer le lait avec une gestuelle à la fois douce et assurée, un mouvement ferme et ample.
- *Maeva demande : « Mon geste ça va ? Vous me dites si je ... ».*
- *Ariane : « Non c'est très bien. Continuez à laisser aller vos mains comme vous faites ».*
- *Ella sourit silencieusement.*
- *Maeva dit à Ella : « Vous avez la peau douce déjà. On voit que vous en prenez soin ! ».*
Puis elle rince le lait à l'eau chaude et avec la lotion.

- ✓ *Gommage :*
- *Maeva demande à Ariane : « On en met aux mêmes endroits que le lait et on masse ? ».*
- *Ariane : « Oui c'est ça. Vous pouvez aller vers le menton en adaptant la force de votre toucher. Le menton est une partie osseuse alors que les joues sont plus molles, profondes donc vous pouvez appuyer un peu plus ». « Ça peut être très plaisant de bien prendre soin de l'autre, de le masser et de lui donner du plaisir aussi ».*
Pas de réaction observable. Le rinçage du gommage se fait silencieusement.
Maeva demande ensuite si pour le passage des cotons imbibés de lotion, elle pourrait faire les mêmes gestes qu'avec le gant. Ariane préconise plutôt de faire des mouvements circulaires, en symétrie pour que le toucher soit ressenti comme plus harmonieux.

- ✓ *Masque :*
Maeva applique le masque d'abord sur la moitié droite du visage d'Ella, puis sur la moitié gauche, en partant du centre chaque fois.
- *Ella pose tout à coup une question : « Moi je voulais faire une couleur et on dit qu'il ne faut pas après une chimio. Qu'est-ce que vous en pensez ? ».*
- *Ariane : « C'est pour le cuir chevelu surtout et pas pour le cheveu en lui-même. Il n'y a pas vraiment eu d'études de faites mais il y a deux courants : l'un dit*

pas de chimio ... euh pas de couleur (rires partagés) parce que le cuir chevelu a été sensibilisé ; l'autre dit que c'est possible de faire une couleur si elle contient des produits naturels ».

- *Ella : « Le henné c'est possible ? ».*
- *Ariane : « C'est possible, mais n'en prenez pas du noir car il contient de l'aluminium. Ne prenez pas non plus de produits Inoa parce qu'ils sèchent les cheveux. L'argument de vente c'est qu'ils ne contiennent pas d'ammoniaque, mais ça a été remplacé par autre chose de plus allergisant encore ! ».*
- *Ella : « Et la marque Cadi ? ».*
- *Ariane : « Je ne connais pas ».*
- *Ella : « C'est du henné ».*
- *Ariane : « Vous pouvez en prendre un marron. Attention, ne prenez pas de l'orange parce que ça vire au fluo avec les cheveux blancs ! ».*
- *Ella : « Je prendrais noisette je pense ».*
- *Ariane : « Si votre cuir chevelu est sain, faites une couleur naturelle. Il vaut mieux à mon sens se sentir mieux avec une couleur plutôt que d'être mal avec une perruque ».*
- *Maeva : « Avant j'avais les cheveux fins, et là ils sont plus épais et plus beaux ».*
- *Ariane : « Oui car tous les cheveux repoussent, tous en même temps ».*
- *Je dis : « Ce serait un bénéfice secondaire de la chute des cheveux après la chimio alors ? ». Ella et Maeva sourient.*
Maeva rince l'excédent de masque restant après le temps de pose avec des gestes très enveloppants. Puis elle passe la lotion.

✓ *Crème :*

Maeva met une noisette de crème dans sa main et mime comment elle compte l'appliquer devant le visage d'Ella, avant de l'appliquer vraiment par petits mouvements circulaires.
 (...)

Ella se porte rapidement volontaire pour commencer à prodiguer les soins sur le visage de Maeva. Cependant elle se montre embêtée pour se positionner dans l'espace vis-à-vis de Maeva et ne lui assure pas une atmosphère sécurisante et accueillante pour qu'elle puisse se détendre. Malgré son positionnement dans le dos de Maeva sur les conseils d'Ariane, Maeva ne s'appuie pas contre Ella, ce qui l'oblige à la fois à fermer les yeux sans pouvoir trouver un maintien pour sa tête. Elle ne s'en plaint pas, au contraire Maeva peut dire qu'elle se détend, mais celle-ci montre pourtant des signes d'inconfort manifestes : raideur de l'ensemble de son corps, elle s'accroche aux accoudoirs. De plus cela paraît difficile que Maeva puisse se détendre à l'observation de la gestuelle de soin d'Ella : ses gestes sont hasardeux, ses doigts sont raides, ses mains ne paraissent pas enveloppantes, à contrario de celles de Maeva envers Ella. De plus, Ella exprime toute la bizarrerie que cela peut lui faire de réaliser les soins sur une autre femme, soit parce que cela lui fait éprouver des affects négatifs qu'elle ne peut s'autoriser à communiquer, soit parce qu'elle se défend ainsi de penser la relation de soin dans laquelle elle est impliquée. Ella ne parvient pas, semble-t-il, réellement à se connecter psychiquement avec Maeva. Ceci est-il généré par le fait que Maeva et Ella se connaissent peu ? Par la primauté

dans cette scène du sens du toucher ? Il ne semble pas d'après l'expérience qu'en fait Maeva sur le visage d'Ella. Ella ne s'adresse d'ailleurs jamais directement à Maeva pendant les soins. Ariane est l'interlocutrice de Maeva et d'Ella, chacune à leur tour. Ariane vient médiatiser par la parole leur relation trop proximale peut-être, mettre en mots des conseils d'ajustements de la posture pour Ella, de ses gestes de soin, de l'utilisation des produits. La seule adresse verbale que fait Maeva à Ella est de lui adresser un remerciement de convenance semble-t-il, sans la regarder.

Vient ensuite le tour de Maeva de prendre soin de la peau du visage d'Ella. Maeva se montre à la fois toute aussi hésitante qu'Ella, mais elle paraît avoir une capacité d'identification à l'autre bien plus développée ici qu'Ella. Maeva demande à Ariane de la rassurer sur ses intentions de soin, sa gestuelle, mais elle tente également d'établir une interaction directe avec Ella en lui parlant de la qualité de sa peau. Celle-ci y répond en souriant mais reste silencieuse : est-ce un moyen pour Ella de se centrer sur soi, sur ses sensations, sur ses ressentis pendant qu'elle reçoit les soins ? A la notion de plaisir amenée par Ariane à faire du bien aux autres par le biais des soins, aucune n'y réagit : sont-elles trop absorbées par l'activité ? Ou démunies pour y réagir car coupées l'une comme l'autre de leurs ressentis ? Ou encore peut-être qu'elles ne ressentent pas de plaisir mais qu'elles ne souhaitent pas le dire de crainte de ne pas être d'accord avec Ariane ?

IV.1.2.3 LE BINOME RACHEL/KATIA³⁰²

Ariane explique qu'elles vont réaliser les soins l'une sur l'autre et demande de choisir qui débute. C'est Katia qui commence par faire les soins du visage à Rachel.

- *Katia demande à Ariane : « Dites-moi comment est ma peau ? ».*
- *Ariane dit : « Très sèche ! ».*
- *Katia : « C'est sans doute à cause de la ménopause, et de ces maudites bouffées de chaleur ... ça me gâche la vie ces bouffées de chaleur. Elles arrivent sans prévenir et je me sens toute transpirante, rouge écarlate, mal quoi ... ». « En ce moment, j'ai plus du tout envie d'être maquillée. Je me mets de l'eau micellaire partout ».*

✓ *Nettoyage/Démaquillage/Lait nettoyant :*

³⁰² Dans les groupes à six ateliers, la proposition de réaliser les soins en binôme se fait toujours à l'atelier Soins du Visage 1, comme nous venons de le voir précédemment avec Maeva et Ella. Néanmoins, pour le groupe n° 8, groupe auquel participent Katia et Rachel, l'atelier Soins du Visage 1 se positionne en troisième position, alors que pour le groupe n° 6, il avait eu lieu en cinquième position dans le cycle d'ateliers. Les patientes se connaissent moins, d'autant plus que Katia n'a intégré le groupe qu'au deuxième atelier. Est-ce que ceci aura une incidence sur leur manière d'être en interaction ensemble et avec les animatrices ? Pourrions-nous noter des différences significatives en comparaison du binôme précédent Maeva/Ella ? Ceci n'est pas sûr puisque Maeva était peu venue aux ateliers précédents. Cependant, cette proposition de soin arrivant plus tôt dans le cycle, les patientes ont moins eu l'opportunité de se familiariser avec les produits et les outils de soin.

Ariane a préparé quatre cotons imbibés de démaquillant pour les yeux : Katia en applique un sur chaque œil de Rachel en se plaçant derrière elle, et Ariane qui se place derrière Katia en applique aussi deux sur les yeux de cette dernière. Ceci permet à Ariane de faire ressentir à Katia la pression à exercer sur les yeux de Rachel. Rachel se tient droite adossée au fauteuil, la tête légèrement penchée en arrière.

- Rachel dit : « Hum ! C'est frais, ça fait du bien ! ».
- Ariane propose ensuite à Katia de passer le lait nettoyant.
- Katia dit : « J'ai peur de lui mettre les doigts dans les narines si je regarde pas dans la glace ».
- Ariane répond : « Vous le sentiriez bien du bout des doigts ! ».
- Katia : « Oui bof, pas sûr ! ».
- Rachel dit : « C'est agréable le lait, c'est doux ! ».
- Katia retrouve ensuite un geste de massage du visage de Rachel avec le plat des doigts et la paume qui crée un visuel d'enveloppement. Puis pour le rinçage, Katia place une main derrière la nuque de Rachel, et l'autre dans le gant. Puis elle passe ensuite le brumisateuse d'eau minérale. Ariane lui conseille avant qu'elle ne commence à pulvériser de l'eau de faire un côté du visage, puis l'autre.
- « Katia dit : « Ah oui, ça a l'air plus agréable comme ça ! Moi je fais un zéro en continu et du coup je m'en mets aussi dans le nez ».

✓ *Gommage :*

Katia regarde souvent Ariane, comme pour avoir son approbation dans ses gestes.

- Rachel dit : « Pour les peaux sensibles, ils font souvent des produits sans odeurs et moi je préfère quand il y en a ».
- Ariane : « Ça fait plaisir quand on trouve que ça sent bon ! ». Puis elle dit à Katia : « Vous avez une belle gestuelle ! ». Rachel acquiesce en souriant.
- Katia dit : « Oui à force de me le faire faire tous les 15 jours ... Et puis ma mère était esthéticienne aussi. Peut-être que c'est dans le sang chez nous ».
- Je dis : « Ah bon, mais vous ne nous l'aviez encore pas dit ! Peut-être que c'est aussi la manière dont votre mère s'est occupée de vous que vous avez intériorisé ».
- Katia : « On va passer à un autre sujet là ! ». Puis quelques secondes de silence.
- Katia dit en me regardant : « On en met des produits sur la peau nous les femmes quand même ! ».
- Ariane répond : « Les hommes aussi de plus en plus ! ».
- Rachel : « Pas le mien en tout cas ! ».
- Katia : « Non le mien non plus ! ».
- Rachel : « A mon mari je lui ai acheté une crème parce qu'il en a besoin. Il est train de prendre des vilaines rides autour des yeux, mais il ne la met pas ».
- Katia : « Moi il dit qu'il est pas une gonze ! ».

✓ *Masque :*

Pendant que Katia applique le masque sur le visage de Rachel, celle-ci explique qu'elle se maquille de plus en plus assise. La première raison a été parce qu'ils étaient six à la maison et que la salle de bain était difficile à avoir. Maintenant c'est aussi parce qu'elle aime se poser pour le faire ».

Pendant le temps de pose du masque, Ariane se place derrière Katia et pose ses mains sur ses épaules. Katia fait de même sur les épaules de Rachel. Katia semble très tendue, elle a du mal à transposer ce qu'elle ressent sur Rachel, elle grimace beaucoup.

Rachel raconte que quand ses enfants étaient petits, elle les massait beaucoup. Puis Ariane fait sur Katia, qui fait sur Rachel un mouvement énergique qui semble chasser les tensions du buste par les bras et les mains.

Katia rince le masque.

✓ *Crème :*

Enfin Katia applique sur le visage de Rachel une crème de jour.

- *Ariane demande : « Comment vous sentez-vous ? ».*
- *Rachel dit : « Très légère ! ».*
- *Katia : « A moi aussi ça m'a fait du bien. En ce moment, j'ai du mal à m'occuper de moi toute seule. Je vais voir Angélique qui le fait alors pour moi tous les 15 jours ».*

Puis c'est au tour de Rachel de faire les soins sur le visage de Katia. Rachel se positionne derrière Katia et pose la tête de cette dernière sur son ventre.

✓ *Nettoyage/Démaquillage/Lait nettoyant :*

Rachel appuie un peu fort au départ sur les yeux de Katia. Ariane montre à Rachel la pression à exercer, en appuyant ses doigts sur le dos de sa main.

Katia manifeste très vite de l'inconfort lié à sa position sur le fauteuil. Elle se remet droite, dit qu'elle souffre des cervicales, se tient le cou.

Ariane propose alors à Rachel de se mettre sur le côté si cela peut aider Katia à être mieux.

- *Rachel dit : « Ben oui j'suis idiote ! ».*
Rachel applique le lait du bout des doigts, avec des gestes peu appuyés. Puis elle regarde Ariane.
- *Rachel dit à Katia : « Vous saviez mieux vous y prendre que moi ! ».*
- *Ariane dit : « Vos doigts doivent se mouler au visage de l'autre comme une seconde peau ». Puis elle dit à Rachel : « Vous voyez, plus vous faites et plus vous êtes assurée, à l'aise ».*
Enfin Rachel pulvérise du spray d'eau minérale par petites touches.

✓ *Gommage :*

Rachel applique le gommage moitié par moitié en disant qu'elle ne sent pas à l'aise de l'appliquer tout de suite sur le visage en entier.

- *Katia dit : « C'est un métier ! ».*
Ariane propose à Rachel de l'aider à gommer de manière uniforme l'ensemble du visage de Katia.
- *Je dis : « Oui mais aussi ça peut être difficile de toucher le visage de quelqu'un qu'on connaît peu ». Toutes deux acquiescent.*
Katia parle ensuite de rides qu'elle a constaté récemment sur sa poitrine.
- *Rachel demande à Katia si ça va tout en regardant Ariane.*
- *Katia répond : « Je sens bien la différence entre votre toucher et celui d'Ariane ».*
- *Rachel dit : « Oui j'imagine ... ».*
- *Katia : « Je sens à peine vos doigts ».*
- *Ariane : « Oui hein vous pouvez y aller un peu plus fort, on n'est pas en porcelaine ! ».*

Puis Rachel rince les résidus de gommage et passe une lotion ensuite.

✓ *Masque :*

Ariane demande à Rachel si elle se sent plus à l'aise maintenant.

- *Rachel : « Oui, mais je suis longue moi ».*
- *Ariane dit : « Vous êtes appliquée ».*
- *Je dis : « On dirait que vous cherchez à écouter Katia de plus en plus, à être la plus accordée possible ».*
Pendant la pose du masque, Ariane se place derrière Rachel et pose ses mains sur ses épaules, qui elle-même a les mains posées sur les épaules de Katia. Ariane conseille de prendre contact avec les épaules pleinement.
- *Ariane dit : « N'oubliez pas de respirer surtout ! ».*
- *Je dis : « On y revient à cette respiration ! ».*

A la fin du temps de pose, Ariane constate que Katia a croisé les jambes et elle lui fait remarquer que cela peut montrer qu'elle s'est fermée pendant ce temps d'échange corporel.

Enfin Rachel rince le masque en passant doucement un gant d'eau froide sur le visage de Katia, qui rapidement dit que c'est terminé.

✓ *Crème :*

Rachel dit qu'elle va appliquer une crème sur la peau de Katia. Elle lui dit que sa peau en a besoin parce qu'elle est toute rouge.

- *Ariane dit : « Votre peau a des ridules de froissement liées à de la déshydratation ». Et elle propose à Rachel d'appliquer généreusement une bonne noisette de crème hydratante.*

Puis Katia remercie Rachel pour ce soin, qui lui répond : « De rien », avec un grand sourire.

Ce deuxième binôme montre encore une fois la différence de capacité d'identification à l'autre entre les deux patientes. Dès le début de la séquence, Katia souhaite commencer par réaliser les soins sur Rachel, mais elle accapare l'attention d'Ariane sur elle en lui demandant de la renseigner de sa place d'experte sur la qualité de sa propre peau. Elle évacue alors immédiatement la présence de Rachel et ne se concentre pas sur le soin qu'elle va avoir à lui prodiguer. Puis Katia montre son sentiment de fébrilité dans l'exercice de faire des soins, sa crainte d'avoir des gestes inadaptés ou désagréables et dont elle ne se rendrait pas compte. Nous pouvons alors constater, qu'en réaction ou non, Ariane valorisera souvent les gestes de Katia, comme pour l'encourager à poursuivre et l'encourager, et Rachel s'exprimera souvent sur ses ressentis positifs durant le soin comme pour rassurer Katia sur l'effet produit par ses soins. Katia commence par parler de l'apprentissage qu'elle fait des soins du visage grâce à ses rendez-vous réguliers avec la socio-esthéticienne en individuel. Il est intéressant de noter qu'intuitivement, Ariane proposait en début d'activité de lui faire ressentir la pression à exercer sur les yeux afin qu'elle puisse la reproduire en direct sur Rachel, comme si elle avait perçu qu'il était important pour Katia de passer par l'expérience sur son propre corps. Puis elle enchaîne en nous apprenant que sa mère exerçait la profession d'esthéticienne. Quelle surprise ! Et je me presse alors, à tort, de formuler une interprétation sur les liens identificatoires mère-fille, lien vraisemblablement inacceptable pour Katia puisqu'elle clôt le sujet immédiatement et sans appel. Celle-ci ne veut rien en dire de plus, comme si cette information lui avait finalement échappée et qu'elle venait traduire sa lutte contre l'identification, malgré elle, par le sang à sa mère. Nous ne saurons pas pourquoi il ne faut pas lui ressembler, mais Katia semble bien en souffrance à l'idée que la manière dont elle prend soin des autres et d'elle-même pourrait venir des soins qu'elle a reçus elle-même de l'objet maternel. Quels vécus douloureux lui en reste-t-il ? Elle engage la conversation ensuite vers l'excès de consommation de produits chez les femmes, le trop féminin qui ensuite se poursuit sur le fait que prendre soin de soi n'est

pas spécifique à son sexe anatomique, mais aux représentations que chacun se fait de ce qui est attendu si on est homme ou femme. Nous percevons tout de même le regard des maris des patientes jugeant et dévalorisant pour les hommes qui seraient attentifs à prendre soin d'eux par les soins esthétiques : « des gonzesses ... »³⁰³. Notons que ce terme est tout aussi dévalorisant pour les femmes qui s'intéressent et mettent en œuvre des soins esthétiques. Elles se trouvent alors qualifiées de séductrices et de filles faciles.

Le temps de relaxation au moment de la pose du masque est encore une fois difficilement vécu par Katia qui grimace, se raidit, se ferme, même lorsque c'est Rachel qui reçoit les soins. En effet, Ariane propose à Katia de lui faire ressentir le contact de ses mains sur ses épaules afin qu'elle puisse ajuster son toucher sur les épaules de Rachel. Katia semble complètement absorbée par ses vécus internes. Cependant, le contact des mains de Katia sur ses épaules provoque l'association chez Rachel de ses habitudes de massage quand ses enfants étaient petits. Cela semble être un bon souvenir : en association aux ressentis éprouvés comme agréables durant le soin ? Pour échapper à l'ici et maintenant moins agréable ? Peut-être un peu les deux. La phase d'activité pour Rachel se termine par une évaluation positive du soin reçu de la part de Katia. Cette dernière juge aussi que s'occuper de Rachel a eu sur elle un effet positif, mais elle complète en parlant à nouveau d'elle et de sa difficulté à prendre soin d'elle-même en autonomie, comme si avoir pris soin de Rachel, c'était comme l'avoir accompagnée à prendre soin d'elle-même ce qui ne l'intéresse pas et dont elle se sent incapable.

Lorsque Rachel s'occupe de Katia, nous constatons qu'il lui faut un temps d'adaptation pour trouver la pression juste à exercer sur son visage : d'abord trop fort sur les yeux, puis pas assez puisque Katia ne sent plus ses doigts. Petit à petit, Rachel tente de s'ajuster mais c'est comme si Katia ne pouvait jamais être satisfaite que par les mains de la figure maternelle incarnée ici par Ariane. Rachel a une gestuelle d'abord un peu gauche mais elle fait montre de capacité d'écoute et d'adaptation importante à l'autre, pour l'autre, à la différence de Katia qui semble toujours chercher le bénéfice narcissique derrière toute action.

³⁰³ Terme d'injure pour désigner un « homme lâche, couard ». Substantif qui peut aussi être employé pour définir une « femme en général, fille, de mœurs légères, maîtresse », selon la définition proposée sur le site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (<http://www.cnrtl.fr/definition/gonzesse>) et récupérée le 15/02/19.

IV.1.3 DANS LE DISCOURS

IV.1.3.1 *KATIA EN LUTTE CONTRE DES VECUS DE CHUTE ET DE VIDE*³⁰⁴

- *Katia insiste ensuite auprès de Rachel sur la période d'après-cancer et lui conseille de faire des activités pour ne pas se sentir seule et vide.*
- *Rachel demande : « Vous faites du sport ? ».*
- *Katia répond : « Je fais de la marche et de la relaxation avec Coline (professeur de gym douce sur l'hôpital) qui travaille sur la respiration ».*
- *Rachel dit : « Moi la relaxation je n'y arrive pas ! ».*
- *Je dis : « Peut-être que ça peut s'apprendre avec quelqu'un ? ».*
- *Katia : « C'est sûr parce que moi seule je n'y arrive pas non plus, mais avec elle c'est bon. En fait je prends tout ce que je peux ! ».*
- *Rachel : « Moi je ne vais pas tout prendre ! ».*
- *Je dis : « On entendrait comme une forme de culpabilité à tout prendre, à profiter ».*
- *Katia : « La psychologue que je vois en radiothérapie, elle m'aide à dire que ce n'est pas profiter ».*

Puis, quelques minutes après :

- *Katia : « Allez voir aussi quelqu'un, un psy, ça me fait beaucoup de bien. Moi je vois celle du service de radiothérapie. J'ai eu 6 séances avec elle et je sens que je peux aller au bout des choses avec elle. J'étais contre au départ. Je disais que j'en n'avais pas besoin, que j'étais forte ... Et là j'ai changé complètement d'avis, tout comme tout ce qui me soutient désormais : la socio-esthéticienne, Coline la prof de gymnastique, la secrétaire de l'espace des soins de support ... Au moins si je tombe, j'aurai tout fait pour ne pas tomber seule ! ».*

Nous voyons apparaître dans le discours de Katia un vécu de vide, mais aussi des angoisses de chute et d'effondrement. Katia affirme nettement dans ces deux séquences avoir besoin d'étayage, de soutien, de guide en ce moment, pour ne pas tomber, se laisser sombrer dans le trou du néant et le vide de la dépression. Elle fait également montre de renoncement : le renoncement à se sentir toute-puissante, le renoncement de celle qui peut tout faire, tout supporter, toute seule. Elle signifie d'ailleurs accepter d'être dans le lien et être aidée par tout professionnel qui voudra bien se mettre à son écoute psychique (secrétaire, psychologue) et corporelle (socio-esthéticienne, professeur de gymnastique douce). Elle avait pu dire auparavant : « Je prends tout ! ». Nous pouvons entendre cette affirmation à plusieurs niveaux : Katia voudrait se raccrocher à toutes les propositions de soutien et de soins dits complémentaires pour pouvoir survivre à l'expérience du cancer. Mais aussi, dans un

³⁰⁴ Les deux séquences suivantes se déroulent au début de l'atelier 3 Soins du Visage 1 du groupe n° 8. Mathilde avait bien prévenu qu'elle serait en voyage et donc absente ce jour-là, mais sans nouvelles de Frédérique, nous décidons d'attendre quelques minutes avant de commencer. Dans la première séquence, Rachel et Katia parlent ensemble pour la première fois dans un échange informel avant le début de l'atelier.

Le deuxième extrait présenté ensuite se déroule dès le début de l'atelier, quelques minutes après la séquence précédente. Rachel et Katia répondent à la question que je pose en début de séance qui leur demande de dire comment elles se sentent actuellement. Voici alors le conseil que donne Katia à Rachel qui dit être angoissée consécutivement à sa visite de la veille chez l'oncologue.

mouvement boulimique, Katia saisit toutes les opportunités de soin qu'on lui propose à la manière d'une revendication de plein droit que le cancer lui autorise désormais. Ceci nous évoque le mouvement infantile vampirique envers l'objet maternel qui se doit d'être tempéré pour ne pas devenir tyrannique et dénarcissisant. Ceci nous fait faire un lien avec le diabète, maladie dont souffre Katia depuis son épisode de vie lors duquel elle a été alcoololo-dépendante. Elle est devenue malade chronique désormais pour avoir voulu trop boire. Et après une dépendance au produit alcool, Katia est désormais dépendante à l'insuline. Elle manquera même le dernier atelier parce que le diabète est très déséquilibré et qu'elle doit être hospitalisée pour ajuster son traitement d'insuline de manière sécurisée. Dans la clinique des addictions, la dépendance aux produits représenterait une tentative de maîtrise des vécus de dépendance affective dont souffrent les sujets. Qu'en est-il alors de Katia et de ses vécus de dépendance à ses objets internes ? Nous ne pouvons rien savoir de son lien à sa mère. Elle parle d'une relation proximale avec sa fille qui y a trouvé une issue en s'installant dans une autre ville. Cependant Katia découvre qu'elle consomme du cannabis de manière importante, sans savoir depuis quand exactement. Était-ce pour sa fille une solution de fuite relationnelle trouvée antérieurement à son départ, ou un moyen de lutte contre des vécus de lâchage liés à l'éloignement géographique ?

IV.1.3.2 *LES VECUS DE TROU ET DE VIDE PARTAGES DANS LE GROUPE* N° 2³⁰⁵

- *Marielle : « Et puis il y a la sexualité ... Moi je me sens vide sans mon sein ... ».*
- *Marilène : « Et moi sans cheveux, un sein en moins ... comment mon mari va bien pouvoir me désirer ? ».*
J'introduis alors la notion de liens entre le corps et la psyché.
- *Béatrice : « Moi je n'ai plus de projets d'avenir depuis le cancer ! ».*
- *Marilène : « J'arrive plus à me concentrer ... Lire c'est devenu difficile tellement mon esprit divague ... ». Le téléphone de Marilène sonne et elle se lève et sort de la pièce pour répondre sans rien nous dire. Elle revient s'asseoir quelques minutes après, toujours sans rien nous dire.*
- *Marielle : « Moi j'ai fait beaucoup d'insomnies ... On peut dire qu'il en fallu pour que le ciel redevienne bleu ... ».*

Marielle, Marilène et Béatrice partagent dans cet échange ce que j'identifierai bien comme des vécus de trou, de vide comme elles les nomment, consécutifs à la maladie et aux traitements, tant il me semble que les patientes vont avoir affaire à symboliser la violence de l'éprouvé d'absence physique d'abord du sein, des cheveux, puis psychique de désir et d'avenir. Marielle

³⁰⁵ Cet extrait provient de l'atelier n° 1 Conseil en Image du groupe n° 2. Le groupe vient de se rencontrer pourtant, mais déjà les femmes échangent à propos de la sexualité et de leurs angoisses.

commence par évoquer le vide ressenti après la mastectomie en lien avec la sexualité. Serait-ce dans des moments intimes (avec soi, dans le couple) que l'absence se fait le plus remarquer et est la plus difficile à vivre ? Marilène associe avec le désir de l'autre, ici celui de son mari, alors que la représentation qu'elle se fait de son corps aujourd'hui est bien attaquée : « (...) sans cheveux, un sein en moins ... ». J'évoque ensuite la dimension liante entre psyché et soma, comme pour mettre en question ce que l'attaque du corps peut générer d'attaques des liens dans les relations à l'environnement. Béatrice rebondit alors en parlant de ses difficultés de projection dans l'avenir, de trou dans la mise en perspective de son histoire de vie depuis le cancer. Marilène parle ensuite de ses récentes difficultés de concentration, comme si son esprit ne pouvait plus se fixer sur un sujet précis tant il est préoccupé à lutter contre le cancer, et/ou envahi par une angoisse de mort débordante, et/ou encore mobilisé pour conserver des liens de qualité identique avec les proches avec la période avant-cancer ou d'amélioration de ceux-ci : l'adversité générée par la lutte contre le cancer peut resserrer des liens de couple. Marilène met ceci en acte d'ailleurs immédiatement en sortant de la pièce pour aller répondre au téléphone qu'elle n'avait pas coupé durant l'atelier, et en revenant sans en dire un mot. Marielle termine cet échange en parlant de ses insomnies dont elle a beaucoup souffert au début des soins. Sans doute la charge d'angoisse palpable chez Marilène lui a évoqué ceci. Les insomnies viennent aussi parler de l'accrochage au perceptif et à l'actuel, dont il est question depuis le début de la séquence. Les femmes évoquaient en effet au départ les trous dans leur image corporelle, faisant appel au sens visuel et qui supplanterait tous les autres par l'actualité de l'image renvoyée par le miroir. La dernière phrase de Marielle revient mettre le temps en perspective puisqu'elle évoque la fin des insomnies par un retour « au ciel bleu ». Cette image du ciel bleu, temps calme quelque peu idéalisé, de retour après la tempête générée par le cancer, a le mérite de montrer aux autres femmes que les vécus liés au cancer et aux soins ont une fin, même si l'image corporelle a sa propre évolution, laquelle commence toujours par la repousse des cheveux tant attendue.

IV.1.4 LE RECOURS A L'ENVELOPPE GROUPE

IV.1.4.1 LA CONSTITUTION DE L'IDENTITE DE GROUPE

Dans cette partie, nous allons mettre en évidence la manière dont les femmes s'appuient sur l'enveloppe que le groupe propose afin de l'intégrer, y trouver une place et forger une identité du groupe, pour permettre de suppléer leur enveloppe psychique individuelle. Il est intéressant de noter que pour la quasi-totalité des groupes, chaque participante s'est présentée

aux autres membres selon les mêmes modalités que celles que la première femme avait adoptées pour le faire. Nous allons mettre en perspective la séquence de présentation des femmes qui a lieu au début du premier atelier du groupe n° 1 avec celle du groupe n° 2, puis avec celle du groupe n° 4.

Groupe n° 1 :

J'introduis la séance d'atelier en me (re)présentant, en redonnant mon nom, ma fonction dans le service hospitalier, et comme co-animatrice des ateliers auprès d'Ariane, la socio-esthéticienne. Celle-ci prend la parole à son tour et présente sa fonction. Je précise à nouveau le cadre et le déroulement de la recherche, et plus précisément ceux de l'atelier du jour.

Puis je leur propose de se présenter au groupe par ce qu'elles ont envie de partager sur elle : chacune se présente alors en donnant son prénom, son âge et le type de cancer dont elle souffre.

- *C'est Anne qui commence à parler : « J'ai l'impression que tout le monde me regarde alors je vais commencer. Moi c'est Anne, j'ai 47 ans et j'ai été soignée ici pour un cancer du sein ».*
- *Éliette poursuit : « Bonjour, je m'appelle Éliette, j'ai 61 ans et j'ai été suivie dans ce service car j'ai eu un cancer du sein ».*
- *Vient ensuite le tour de Jeanne : « Bonjour, je m'appelle Jeanne, j'ai 71 ans et j'ai aussi eu un cancer du sein. »*
- *Myrta termine le tour de table ensuite : « Moi, c'est Myrta, j'ai 56 ans, et on m'a diagnostiqué un cancer du péritoine il y a maintenant 5 ans. Je passe toujours des scanners tous les 6 mois et chaque fois c'est l'angoisse ».*

Groupe n° 2 :

(...)

- *Marielle prend alors la parole en premier : « Je suis Marielle, j'ai 43 ans. J'ai eu un cancer du sein il y a un an et demi avec 2 chirurgies, de la chimio et de la radiothérapie. Ça a été un parcours difficile qui m'a bien chamboulée plus au niveau de l'âme et du corps. Pour mon entourage aussi ça a été dur, mon mari et mes enfants ... ».*
- *Marilène : « Ben oui, on veut pas les enterrer avec nous ! ».*
- *Marielle : « J'ai été très sensibilisée au contact d'Angeline pour les soins esthétiques. Après j'ai aussi fait de la gym douce pour apprendre à faire du sport sans agresser son corps. Ça fait 6 mois que j'ai repris le travail en mi-temps thérapeutique maintenant ... C'est un bon moyen je trouve de retourner dans la vie je trouve ... Je me sens tellement diminuée physiquement ! ».*
- *Marilène : « Moi c'est Marilène, j'ai 60 ans. J'ai su que j'avais un cancer du sein deux jours avant mon anniversaire ! Mon gros problème moi c'est que je suis professionnelle de santé, j'ai beaucoup travaillé et j'ai vu beaucoup de gens malades. Je me croyais invulnérable ! »*
- *Marielle : « Moi aussi je me croyais invulnérable en tant que soignante ! Ça a pas été le plus dur la mastectomie, c'est la chimiothérapie qui m'a atomisée ! Après on devient vulnérable ! ».*
- *Marilène : « J'étais à 15 mois de la retraite, c'est trop injuste. Du coup j'ai eu toute une phase où je disais moi et le cancer ... Maintenant je crois que j'intègre les deux. Je viens d'avoir ma première chimio la semaine dernière ... J'ai très mal aux os ... C'est vrai que c'est pas la maladie qui fait souffrir mais les traitements ... Physiquement ET moralement ... ».*
- *Gabrielle poursuit : « Je m'appelle Gabrielle, j'ai 67 ans. J'ai eu aussi un cancer du sein il y a un an avec une chirurgie et de la radiothérapie. Je suis à la fois*

contente et inquiète de ne pas avoir eu de chimio. Maintenant j'ai une hormonothérapie à prendre pendant 5 ans et elle est très difficile à supporter ... ça me rend très malade au niveau digestif, et puis ça me donne plein d'aphtes et de muguet dans la bouche ... Des petites choses mais qui me pourrissent bien la vie de tous les jours ! Moi j'ai travaillé 15 ans à l'hôpital ici ... Alors quand je venais pour mes séances, j'avais l'impression de revenir travailler ... de revenir voir mes collègues avec qui j'ai gardé des liens importants ... Mais c'est moi qui passais de l'autre côté cette fois ... ça fait bizarre ... J'essaie depuis le cancer d'avoir des activités en dehors du milieu médical, mais j'ai du mal. Toute ma vie a tourné autour de cet hôpital ! ».

- Béatrice termine le tour de table : « Je m'appelle Béatrice, j'ai 55 ans et un petit cancer du sein. Quand je vous écoute toutes, je me demande si j'ai vraiment ma place ici ... Je viens d'avoir ma dixième séance de radiothérapie sur 33. Ça se passe plutôt bien pour moi, même si je trouve que les trajets sont lourds ... Moi aussi je travaille dans le domaine de la santé, j'ai d'ailleurs hâte de reprendre le travail, je commence à tourner vraiment en rond chez moi ! ».

Groupe n° 4 :

Seulement trois des participantes sur les quatre sont arrivées lorsque nous faisons le tour de table de présentation du groupe. Sabine nous rejoindra plus tard et se présentera succinctement, les autres femmes redonnent simplement leur prénom.

- Joëlle commence par se présenter : « Quoi dire ? ... Je m'appelle Joëlle. Je suis soignante ... Oui c'est important je pense ... Le début de la maladie remonte à la rentrée de l'an passé ... Aujourd'hui je suis en fin de parcours, j'ai terminé la radiothérapie le mois dernier. Je vais plutôt bien, même s'il y a encore des petites choses qui ne sont pas rentrées dans l'ordre ... Mais ça avance ... ».
- Agnès : « Moi c'est Agnès et je suis aussi soignante, en retraite depuis un an. Je suis malade depuis le début d'année. Je vais commencer la radiothérapie en juin, mais j'ai encore un scanner à passer à la fin du mois. Je n'ai pas encore bien profité de ma retraite. Je me pose tout un tas de questions sur pourquoi la maladie, j'ai toujours fait attention à ma santé, à mon alimentation ... Et pourquoi maintenant ».
- Jane : « Moi c'est Jane. Je suis cadre et enseignante dans une école de formation paramédicale. A la rentrée 2013, on m'a découvert un cancer de l'ovaire. J'ai terminé la chimio il y a deux mois. On me dit qu'il y a peut-être quelque chose au sein ... à voir ... J'aurai des examens en septembre ... Pour l'instant, je n'ai plus rien ... Je suis allée voir la socio-esthéticienne de l'hôpital, et je fais de la gym douce aussi, j'en avais ce matin ... Ça fait du bien de reprendre soin de son corps autrement ».
- Joëlle : « C'est à l'hôpital à côté ? ».
- Jane : « Non non c'est ici. Peut-être qu'il y en a aussi à l'hôpital d'à côté ... Je verrai, je commence la réadaptation après l'été. J'ai vraiment besoin de venir à l'hôpital pour autre chose que la chimio ».
- Joëlle : « Le plus dur c'est pas la chimio je trouve, c'est la radiothérapie parce que c'est tous les jours. Pour la chimio, je venais le matin et à midi j'étais sortie ... Bon après vers 14h déjà les premiers effets se faisaient sentir ! ».
- Jane : « Moi je restais la journée pour mes cures ».
- Agnès dit : « Je vais faire la radiothérapie à C... ». Puis elle demande à Joëlle si c'est un programme fixe et si les horaires sont bien respectés.
- Joëlle : « A C... je sais pas, mais ici on a notre planning pour les cinq semaines avec des horaires différents tous les jours. Parfois il y a des changements, mais de manière générale c'est respecté ».

- Je dis : « *Nous avons donc trois soignantes dans ce groupe, et Sabine, qui est la 4^{ème} participante inscrite dans ce groupe dont je n'ai pas eu de nouvelles et qui ne l'est pas !* ».

L'aspect frappant qui ressort de ces trois séquences est la manière dont les femmes engagent la parole dans le groupe par leur présentation. La première femme à prendre la parole donne en quelque sorte le ton aux autres qui adoptent alors les mêmes modalités : le prénom, l'âge quoique pas toujours et qui peut être cité avant ou après la profession, si elle est citée, en fonction de l'investissement de celle-ci, la pathologie dont elle souffre, et enfin souvent le parcours de soin. Il s'agit des informations que les femmes sont fréquemment amenées à donner aux professionnels qu'elles rencontrent à l'hôpital pour se présenter. Ces phrases sont alors informatives, mais ne donnent pas d'éléments sur la personnalité de chacune. Ce phénomène n'est pas sans nous rappeler le processus que W.R. Bion (1961)³⁰⁶ nomme la mentalité de groupe, ou encore ce que D. Anzieu (1975)³⁰⁷ décrit comme la quête d'une peau commune, pour pouvoir faire corps ensemble et créer l'illusion groupale, consécutive aux angoisses schizo-paranoïdes de début de groupe. On ne se différencie pas pour ne pas générer de conflits entre les membres du groupe. Cela génère un effet de groupe qui s'apparente au phénomène du mouton de panurge : une participante en effet engage la parole dans le groupe, « Jamais simple d'ailleurs de commencer ! » diront plusieurs patientes, et les autres femmes suivent ce modèle. C'est ce qui constitue l'identité du groupe par l'identique. Plusieurs femmes avaient pu dire toutes leurs réticences, leurs angoisses à venir participer à des groupes de femmes atteintes de cancer. Certaines pouvaient dire qu'il était difficile d'imaginer être confrontée à des mêmes qu'elles, leur mettant sans cesse sous le regard les transformations physiques et narcissiques mutilantes, ayant plutôt envie de fuir tout ce qui pouvait leur rappeler le cancer ou l'hôpital. D'autres exprimaient leur crainte de devoir supporter les manifestations d'angoisse des autres femmes, et avoir peur de se laisser envahir par l'angoisse de l'autre et/ou que cela réveille la leur en miroir. Pourtant, comme nous le verrons ci-après, le groupe de « mêmes » favorise des liens d'étayage importants et s'avérant nécessaires dans ce moment de remaniement identitaire qu'impose le cancer.

³⁰⁶ Bion, W.R. (1961). *Recherches sur les petits groupes*. Paris, France : PUF, 1965.

³⁰⁷ Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*, Paris, France : Dunod, 1996.

IV.1.4.2 L'ETAYAGE SUR LE GROUPE DE FEMMES ET LE CO-ETAYAGE SUR LES PAIRES

R. Kaës (1984)³⁰⁸ a développé l'idée que le sujet construit son identité grâce à la fonction d'étayage. Cette fonction d'étayage possède quatre piliers : le corps, la Mère-environnement/l'imago maternelle, l'autoreprésentation de sa propre psyché, et le groupe (familial d'origine, de paires). Lorsqu'un de ses piliers est défaillant, ici nous pouvons dire que le corps et l'autoreprésentation de sa propre psyché ont été ébranlés suite aux atteintes somato-psychiques de la maladie, le sujet trouve appui sur les autres piliers demeurant fonctionnels pour traverser cette phase de crise identitaire consécutive au cancer. Les deux séquences suivantes vont illustrer la manière dont les patientes vont prendre appui sur la médiation et le groupe (paires et animatrices) pour favoriser la mobilisation et la relance de leur pulsion de vie.

IV.1.4.2.1 Parler chiffon : un sujet pour faire connaissance³⁰⁹

Joséphine se lève et se place aux côtés d'Ariane en premier qui déroule son mètre-ruban depuis l'épaule de Joséphine.

- *Elle dit : « Le corps change avec le temps ! ».*
Ariane sollicite mon aide pour déterminer son profil morphologique car j'ai plus de recul. Nous déterminons que sa silhouette est entre X et A avec les épaules rondes.
Les conseils vestimentaires que lui donne Ariane sont de mettre un gilet un peu long, une ceinture et des épaulettes.
- *Joséphine dit : « Je ne suis pas ceinture du tout ! C'est comme les foulards, je ne sais jamais quoi en faire ! ».* Puis elle demande : « Sous ce genre de tee-shirt comme je porte aujourd'hui, il faut s'amuser à mettre des épaulettes ? ».
- *Iris : « Il en existe qui se mettent avec des scratch ou autocollantes maintenant ».*
Iris a une silhouette en X. Ariane lui conseille aussi de porter des épaulettes. Elle constate qu'elle a également une taille marquée qu'elle peut accentuer avec une ceinture.
- *Iris dit : « Oui mais j'ai du ventre aussi et ça va pas le faire ressortir ? ».*
Ariane lui essaye une ceinture pour qu'elle se rende compte par elle-même que non. Puis elle lui passe un gilet.
- *Émilie dit : « Ah ouais ! C'est bien avec le gilet. J'en avais jamais vu des sans manches ! ».*
- *Mirella : « Ah oui ? ».*
Émilie et Mirella se mettent alors à rire ensemble.
- *Joséphine : « On va faire une journée relouking ! ».*
- *Ariane : « Ou avec ce que vous avez dans votre armoire, comment redonner une seconde vie à vos affaires ».*
- *Joséphine : « Ah non ! Je voulais débarrasser des choses justement ! ».*
- *Iris : « Dans 3 semaines, on va revenir métamorphosée, vous n'allez plus nous reconnaître ! », me dit-elle.*

³⁰⁸ Kaës, R. (1984). Étayage et structuration du psychisme. *Connexions*, 44, 11-48.

³⁰⁹ Voici l'échange groupal qui a eu lieu lors de la phase de détermination du profil morphologique de l'atelier 1 Conseil en Image du groupe n° 3.

Mirella a une silhouette en V. Ariane lui conseille de porter aussi des épaulettes car les coutures aux épaules de ce pull les rendent tombantes. Elle conseille également de porter des pulls un peu plus longs pour ne pas couper la silhouette, et plus serré sous la poitrine afin de la mettre en valeur. Ariane lui montre en resserrant le pull à la taille avec une ceinture, mais Mirella fait la moue.

- *Je demande : « Est-ce qu'en ce moment c'est une période où vous avez envie de mettre en valeur votre poitrine ? ».*
- *Mirella : « Oui ».*
Ariane fabrique un haut en nouant un tissu plusieurs fois et le place sur le buste de Mirella avec une ceinture.
- *Joséphine : « On se croirait chez un grand couturier ! ».*
- *Mirella : « Je vais garder cette technique du foulard, je trouve le résultat très joli ! ».*

Enfin Émilie a une silhouette en X. Elle paraît très mal à l'aise de se mettre sous le regard du groupe. Ariane lui donne peu de conseils car elle dit qu'elle met déjà très bien en valeur sa silhouette. Elle lui dit qu'elle peut accentuer sa taille pour accentuer le X.

Dans cette séquence, chaque femme renvoie aux autres une image, qui peut parler personnellement à chacune. Nous assistons à ce que S.H. Foulkes (1964)³¹⁰ nomme l'effet « Mirroring », qui permet de reconnaître chez les autres (ici, femmes) les aspects non perçus de son propre fonctionnement, de sa propre apparence, de son propre corps. Les patientes se laissent aller à partager des remarques, se faire des réflexions bienveillantes, et elles rient entre elles. Cette activité représente un moment de partage et de détente, de « frivolité essentielle » comme nous pourrions la nommer, pour faire référence à l'ouvrage de F. Monneyron (2008)³¹¹ qui considère que le vêtement représente tout à la fois un objet banal et pourtant hautement subjectif. Le qualificatif « essentielle » fait aussi penser à P. Marty (1995)³¹² qui avait qualifié la dépression d'essentielle chez le patient somatisant, dont la caractéristique principale est la disparition de la libido du moi et d'objet. Dans cet atelier, la frivolité serait pour le coup revitalisante, en ravivant la libido affaiblie, même si le fait de devoir passer devant le miroir et devant le groupe peut être source de malaise comme pour Émilie.

IV.1.4.2.2 *Maquillage et bagatelle ...*³¹³

- *Mathilde : « C'est bon, on peut enlever la charlotte ? Je l'avais gardée parce que ça aplatit les cheveux et ça me va bien ! ». Ariane dit que sur le dessus de la tête ça ne fait pas naturel.*

³¹⁰ Foulkes, S.H. (1964). *Psychothérapie et analyse de groupe*. Paris, France : Payot, 1970.

³¹¹ Monneyron, F. (2008). *La frivolité essentielle. Du vêtement et de la mode*. Paris, France : PUF.

³¹² Marty, P. (1995). La dépression essentielle. *Revue française de psychosomatique*, 2(8), 209-214.

³¹³ Cette séquence rapporte l'échange groupal qui a eu lieu lors de la phase d'activité maquillage de l'atelier 6 du groupe n° 8. La phase d'activité maquillage est bientôt terminée, reste aux participantes à appliquer le dernier produit qui est le rouge à lèvres.

- *Mathilde* : « ça finit bien le maquillage le rouge à lèvres ! ça change un homme ... euh ... une femme ... », dit-elle en me regardant et en souriant.
- *Mathilde* dit à *Rachel* : « On est belle ! Tu veux qu'on aille faire la fête ? ».
- *Rachel* : « J'ai pas l'énergie pour ça ! Mais on dirait que tu pourrais être une meneuse de bande toi ! ».
- *Mathilde* : « On boit un coup avant pour se désinhiber un peu ... ».
- *Je dis* : « Vous nous dites que ce serait plus intéressant que nous proposons les ateliers le samedi entre 17h et 19h ».
- *Ariane* dit à *Mathilde* : « Attention, vous avez du rouge à lèvres sur les dents ! ».
- *Mathilde* : « Oh quelle horreur ! Ce sont les mamies qui ont ça ! Je ferais plutôt fuir les hommes comme ça ! ».
- *Rachel* : « ça me rappelle une vieille tante que je n'aimais pas du tout, elle était méchante avec tout le monde ! ».

Dans cette séquence, nous voyons émerger à nouveau la pulsion sexuelle de vie, qui se montre cette fois par l'intention énoncée de vouloir séduire les hommes en se maquillant pour aller boire un verre. Nous voyons apparaître également l'imaginaire maternel de la sorcière, à qui la jeune femme en devenir ne veut surtout pas ressembler dans sa lignée familiale, qui la fait fuir par son physique peu attractif et son manque de qualités relationnelles envers les autres. Nous avons l'impression d'être en présence d'un groupe d'adolescentes qui se préparent pour sortir et faire des rencontres, avec l'autre sexe notamment.

La question des identifications à l'adolescence est également traitée dès les premières minutes de l'atelier 1 Conseil en Image du groupe n° 5, lorsque les participantes se présentent chacune à leur tour :

- *Solène* commence par se présenter au groupe : « Je m'appelle Solène, j'ai 17 ans ... euh n'importe quoi (rires) ... C'est l'âge que j'ai dans ma tête en fait ... 37 ans ... Mon dieu que je suis vieille pour 17 ans ... Je suis là parce que j'ai un cancer du sein. Je suis aussi maman de jumelles qui ont six ans ... Voilà ! ».
- *Sofia* : « Moi c'est Sofia, j'ai 33 ans. J'ai aussi un cancer du sein et deux enfants ».
- *Christine* : « Moi je m'appelle Christine, j'ai 41 ans, un cancer du sein et 3 enfants à la maison mais il n'y en a que 2 à moi ».

Lorsque Solène se présente au groupe lors du premier atelier, elle fait un lapsus sur son âge qui illustre bien la notion de reprise de rite de passage adolescent vers un devenir femme : « Bonjour, je m'appelle Solène et j'ai dix-sept ans (silence) (rires) ... euh n'importe quoi ... j'ai trente-sept ans ! ». Est-ce un effet de la configuration du groupe qui provoque ce lapsus ? L'appareillage psychique groupal entre ces femmes, relativement jeunes par rapport à l'âge moyen des femmes participant à la recherche, réunies pour parler, pour se maquiller, réactiverait le temps adolescent ? Sofia et Clothilde exprimeront des souvenirs, évoqueront des réminiscences de la période de petite enfance, mais aussi de celle de l'adolescence également.

Ce fut une période tumultueuse pour Solène d'après son récit lors de nos quelques entretiens individuels avant cet atelier. Elle rapporte des relations complexes avec sa mère dépressive. Elle aurait voulu s'opposer à elle, se mettre en colère contre elle, exprimer son désaccord dans les choix de vie qu'elle a pu faire, mais comment attaquer une mère qui paraît si fragile ? La menace réelle de l'abimer venait prendre le pas sur la crainte imaginaire. Est-ce la réactivation de cette période qui fait disparaître Solène ? J'ai beaucoup fantasmé que cela avait pu être très violent pour elle puisqu'elle ne nous rappellera jamais pour donner des nouvelles malgré de nombreux messages déposés sur sa boîte vocale. Compliqué en tout cas de prendre cette mère pour modèle identificatoire féminin.

Cette dernière séquence vient faire transition entre le premier point consacré à la thématique des enveloppes car il introduit bien le deuxième point que je souhaite traiter dans ce chapitre, à savoir la problématique des miroirs, mise en scène dans les ateliers et fortement convoquée chez les participantes.

IV.2 JEUX ET EFFETS DE MIROIRS

IV.2.1 FACE A SON REFLET

IV.2.1.1 LE TROUBLE DE MARILENE AVEC SES DOUBLES³¹⁴

- Ariane : « A chacun son visage ... ».
- Marilène : « Oui ... Et non ... Dans ma famille, tout le monde se ressemble beaucoup. Un jour, ma tante, ma mère et ma sœur sont venues à mon travail et personne n'y comprenait plus rien ... ».

Puis Marilène parle de l'impression produite en elle face au miroir³¹⁵ :

- Chacune applique la noisette de crème hydratante qu'elle s'est servie dans la main.*
- Marilène se regarde et dit : « Quand je me vois sans perruque, j'ai la même impression de voir mon frère jumeau dans le miroir, comme la première fois que je me suis fait raser la tête ! ».

Dans ces deux extraits de séances, nous pouvons noter que Marilène exprime à la fois le trouble ressenti par d'autres lorsque ses proches, femmes, lui ressemblant, sont venues lui rendre visite à son travail. Elle exprime alors une confusion dans les générations. Selon elle, on

³¹⁴ Cet échange a lieu lors de la mise en commun des représentations convoquées par la question : « Le visage, qu'est-ce que cela vous évoque ? » au début de l'atelier n°2 Maquillage du groupe n° 2. Marilène réagit suite à l'affirmation d'Ariane que chaque visage est unique.

³¹⁵ Lors de l'atelier 3 Soins du Visage du groupe n° 2.

ne peut pas reconnaître qui est la mère et qui est la fille. Puis dans la deuxième séquence, elle exprime son propre trouble face au miroir lorsqu'elle se regarde sans cheveux, car l'image renvoyée évoque son jumeau masculin, imaginaire car il ne me semble pas que Marilène ait jamais parlé de l'existence d'un frère jumeau. Nous sommes là face à une confusion de sexes. Est-ce alors l'effet de l'attaque de la féminité par le cancer du sein et la chimiothérapie ? Les aspects physiques permettant d'établir la différence des sexes, reconnaissables par tous lorsque nous rencontrons un autre, sont ici attaqués et viennent créer chez Marilène un trouble important, un vécu partiel de dépersonnalisation car elle fait tout de même appel à la figure du jumeau qui, dans l'imaginaire de cette situation, serait son double mais de sexe masculin. La figure du double de l'autre sexe fait penser à une image de complétude narcissique, comme celle décrite par Platon dans le mythe de l'androgyné (Chambry, 1964³¹⁶). Dans ce mythe, hommes et femmes existent car Zeus a décidé de punir, d'affaiblir les androgynes, êtres totaux, en les coupant en deux pour avoir osé attaquer, défier les dieux et surtout pour avoir risqué de les vaincre. Lorsque Marilène se regarde, elle éprouve de la confusion. Elle exprime ressentir une discontinuité dans la permanence de son image. Elle reconnaît des caractéristiques propres à son visage mais qui ne la définissent plus comme femme : l'image renvoyée par le miroir pourrait finalement être celle d'un homme, mais pas n'importe lequel, de l'homme qu'elle aurait pu être, autrement dit de son alter ego masculin qui dans l'imaginaire pourrait être représenté par la figure du jumeau. Le double viendrait combler les manques à être féminin dans cette situation d'attaque du cancer.

IV.2.1.2 *CHRISTELLE, GENÉE DE SE REGARDER EN TRAIN D'ÊTRE REGARDÉE*³¹⁷

- *Christelle s'installe sur le fauteuil devant le grand miroir et demande : « Est-ce que je quitte ça ? », en montrant son turban.*
- *Ariane répond : « C'est comme vous le souhaitez ».*
- *Christelle : « je le quitte ».*
Puis ses joues se mettent à rougir, elle paraît gênée de se regarder et de voir nos deux reflets à ses côtés concentrés sur son image.
- *Je dis : « Ils ont bien repoussé vos cheveux ! ».*
- *Christelle : « Oui oui ... Et ils ne sont pas tout blanc ... C'était ma crainte ! ».*
- *Je dis : « Ils sont même un peu plus foncés qu'avant non ? Je me souviens de vous plus blonde ».*
- *Christelle : « Oui c'est vrai, et en plus j'avais des mèches avant ». Puis elle demande : « Ça peut pas arriver qu'on soit entre deux saisons ? ».*

³¹⁶ Chambry, E. (1964). *Platon. Le banquet*. Paris, France : Flammarion.

³¹⁷ Christelle vient de découvrir lors de ce premier atelier Conseil en Image 1 du groupe n° 9 qu'elle sera seule participante, ce jour tout au moins. Elle en montre immédiatement sa déception lors du tour de table, elle qui aura pourtant attendue plusieurs mois avant de pouvoir intégrer un groupe, faute de patientes inscrites. Nous démarrons la phase d'activité de détermination du profil colorimétrique dans cet état d'esprit.

- *Ariane : « Non, c'est en fonction de la pigmentation de la peau, de la carnation ».*
Ariane commence le test avec les foulards or/argent, puis des foulards verts, violets, roses et bleus, qui nous permet de déterminer que le teint de Christelle supporte mieux les couleurs chaudes.
- *Christelle : « Je vois pas trop ... Si peut-être plus avec les verts ... C'est dur de passer seule ... Avec les regards (elle se cache le visage entre ses mains) ! ».*
Christelle me regarde alors dans le miroir et sourit, puis elle tord la bouche à plusieurs reprises et se pincent les lèvres.
- *Ariane passe un tissu rouge froid et dit : « Vous voyez, ça vous ferme tout de suite le visage ».*
- *Christelle : « Et c'est pas bien ? ».*
- *Ariane passe alors un tissu rouge chaud et dit : « Avec du chaud, voyez comme ça ouvre ».*
Ariane poursuit avec des marrons et dit que la saison de Christelle est automne.
- *Ariane : « Vous avez pu voir ? ».*
- *Christelle : « Oui un peu ... c'est vraiment pas évident ! ».*
- *Ariane : « Du coup, par exemple, au lieu de porter du blanc pur, je vous conseille du blanc cassé ; et au lieu de porter du noir, plutôt du marron ».*
- *Christelle : « C'est très joli le noir pourtant ! Regardez, elle est habillée tout en noir ! », dit-elle en me montrant.*
- *Je dis : « Oui, je suis hiver plutôt ».*
- *Ariane range les tissus et Christelle lui propose alors de l'aide qu'Ariane refuse. Christelle semble manifestement gênée de ce petit temps entre deux phases d'activité.*

Cette séquence nous évoque chez Christelle la gêne narcissique de voir qu'elle est regardée en train de se regarder. Christelle ne soutient pas son propre regard dans le miroir, elle cherche tour à tour celui d'Ariane puis le mien, tout à la fois en les fuyant. Cette scène nous en rappelle une autre : celle lors de laquelle un enfant joue dans une activité solipsiste, puis il prend conscience tout à coup qu'un adulte l'observe dans son jeu. Cette situation peut se rejouer chez l'adulte : qui n'a pas été surpris par un autre à faire une activité réservée dans des moments intimes ? La gêne ressentie par Christelle dans cette phase d'activité est forte, il s'agirait presque d'un vécu honteux d'avoir été regardée par d'autres lors de cette scène sexuelle auto-érotique de contemplation dans le miroir. Christelle est ensuite en interaction directe avec Ariane qui présente les foulards près de son visage, et je les observe par leurs reflets dans le miroir en étant positionnée derrière elles. Est-ce alors mon regard qui la gêne, et/ou l'excite, alors qu'elle est en relation avec Ariane ? Tout comme pourrait être gênante/excitante la présence et le regard d'un tiers (le père ?) dans une scène d'interaction et de transmission du féminin secondaire entre mère et fille à visée de séduction sexuelle ? Cette scène fait aussi appel à 2 destins possibles opposés de la pulsion partielle scopique qui sont exhibition versus voyeurisme ou encore exhibition

versus inhibition. Être malade dans le secteur hospitalier, c'est être amenée à montrer son corps souvent, à plus d'un autre. Pour nos patientes cela revient à montrer des endroits intimes, et à caractère sexuel, et à devoir parler de la relation qu'elles entretiennent avec ceux-ci. Toutes les techniques d'imageries laissent aussi fantasmer que les médecins pourraient en connaître davantage que les femmes elles-mêmes sur le fonctionnement de leur propre corps, et qu'à chaque visite, le rapport entre patiente et médecin se trouve teinté de ce fantasme : que vais-je apprendre aujourd'hui que j'ignorais encore et qui va appuyer de nouveau sur l'affect de honte ? Chez Christelle la scène du miroir représente une scène d'exhibition qui lui fait éprouver de la honte que nous aurons à partager.

Cette scène nous rappelle aussi le jeu de cache-cache, ou encore plutôt celui du coucou-caché lors duquel l'adulte joue avec un très jeune enfant qui pense, étant donné son degré d'immaturité, que le fait de se cacher les yeux permet de disparaître complètement au regard des adultes. Cette scène prend la forme d'un jeu lorsque s'instaure un dialogue rythmique de cette gestuelle entre l'enfant et l'adulte.

Le reste de la séquence nous évoque comme un sentiment de culpabilité chez Christelle à prendre soin d'elle, à se regarder et à prendre le risque de se trouver jolie. Tout se passe comme si cela pouvait venir déclencher une peur de séduire et donc consécutivement une peur de la sexualité qui pourrait s'en suivre. Christelle n'a vraisemblablement pas l'habitude d'être sur le devant de la scène, de se mettre en avant, au centre dans ses activités, elle semble alors ne pas savoir comment se comporter dans cette position privilégiée.

IV.2.2 L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSE PAR LES ANIMATRICES : DES MIROIRS INCARNES

IV.2.2.1 A LA (RE)DECOUVERTE DE SON PROPRE VISAGE³¹⁸

Ariane explique qu'il existe 8 types de forme du visage (une planche récapitulative circule), et ce que sont le côté ouvert et le côté fermé d'un visage. Elle revient sur le fait que le corps humain n'est pas symétrique car chaque corps est unique et elle dit : « Dans un visage, on cherche à mettre en valeur le côté qui paraît le moins marqué, le plus joyeux, le plus souriant ». Je leur propose de prendre une photo maintenant, avant le maquillage, puis après. Chacune accepte.

³¹⁸ Lors de l'atelier 2 Maquillage du Dispositif initial, la phase d'activité démarre par un temps d'observation et d'explication de planches proposant huit formes de visage. Ensuite chaque patiente passe devant le miroir tour à tour afin de déterminer la forme de son visage ainsi que le côté ouvert versus fermé de celui-ci. En fonction de ceci, Ariane prodigue quelques conseils de coiffure, lunettes et/ou bijoux. Voici ci-après comment cette séquence s'est déroulée pour le groupe n° 5.

Puis c'est Christine qui passe en premier devant le miroir. Ariane lui demande si elle est d'accord pour enlever sa perruque afin qu'elle puisse voir l'implantation de ses cheveux. Christine se montre soucieuse de l'effet produit sur les autres et si ça ne va pas les déranger. Elles répondent que non.

- Christine : « C'est difficile je trouve ... Je ne vois pas ! ».
- Ariane dit que la forme de son visage est triangulaire avec la pointe en haut. (Soudain une soignante du service fait irruption dans la pièce, s'excuse en nous voyant et disparaît en refermant la porte).
- Ariane : « Je ne vous conseille pas de porter la frange. Le visage dégagé permet de mieux le mettre en valeur pour vous ».
- Christine : « On m'a toujours dit l'inverse depuis que je suis toute petite ! ».
- Ariane : « Je n'arrive pas à déterminer un côté plus ouvert que l'autre. J'ai l'impression que votre visage est découpé en 4 parties : votre œil gauche est plus tombant, mais pas le côté gauche de votre bouche ! ».
- Puis Sofia prend place devant le miroir : « Je vais aussi enlever ma perruque alors ! ».
- Ariane détermine une forme de visage en losange pour Sofia.
- Sofia : « Et dire que j'ai toujours penser avoir un visage rond avec des bonnes joues de bébé ! ».
- Ariane parle du côté gauche qui serait le côté le plus ouvert. Puis elle demande à Sofia si elle peut lui donner un conseil coiffure avec la perruque.
- Sofia : « Oui oui allez-y ! » en remettant sa perruque.
- Ariane : « Je vous conseille de placer votre mèche à droite pour laisser dégager le côté gauche de votre visage, comme ceci. Là on vous voit ! ».
- Enfin Clothilde prend place. Son visage a une forme qui serait entre le carré et le rectangle. Le côté gauche semble le plus ouvert. Ariane lui donne un conseil pour ses sourcils. Elle lui dit de laisser repousser la tête vers le nez un peu plus que vers la queue.
- Comme Clothilde était absente au premier atelier, Ariane lui propose de faire très vite son profil colorimétrique et de déterminer à quelle saison elle appartient. Clothilde se révèle appartenir à la saison hiver grâce à l'argent et à la comparaison de bleus, de verts et de roses.

Un peu plus tard dans ce même groupe, Christine fait part à Ariane de son trouble consécutivement à la détermination de son profil colorimétrique de l'atelier précédent. Elle y a découvert que la couleur violette qu'elle aimait beaucoup et avec laquelle elle se maquillait toujours, ne mettait pas son teint en valeur d'après la saison à laquelle elle appartient.

- Christine : « Le choc ! Je peux vous montrer des photos ? ».
- Ariane : « Ce sont vos photos de mariage, avec votre mari ? ».
- Christine : « Oui. Regardez j'ai une robe blanche et un maquillage violet, et la dernière fois vous m'avez dit que ce n'était pas ce qui me mettait le plus en valeur ! ».
- Ariane : « Vous n'avez rien à regretter ! Vous êtes magnifique sur ces photos ! ».

Christine se montre très touchante lors de cet atelier. Tout d'abord, elle exprime avoir beaucoup de mal à repérer quels pourraient être les critères de détermination de la forme de son visage. Lorsque Ariane propose la forme triangulaire, pointe en haut, et qu'elle lui donne un conseil de coiffure, Christine dit qu'on lui a toujours conseillé l'inverse. Nous avons alors

l'impression que cela remet en cause l'image qu'elle avait construite d'elle-même jusqu'à présent à partir des conseils que lui avaient données différentes personnes auparavant. Les certitudes sur lesquelles elle s'appuyait pour se sentir belle et mise en valeur semblent voler en éclats. Ce processus s'est sans doute accentué depuis la survenue du cancer chez Christine car il a induit beaucoup de changement d'apparence, perte des cheveux et prise de poids importante, et sans doute consécutivement un sentiment de vacillement par rapport aux repères identitaires acquis antérieurement. Désormais elle paraît à la recherche de tout conseil qui lui permettra de changer sa propre perception de son corps, tout en ayant du mal à abandonner ses repères identificatoires de toujours. Sofia réagit aussi, mais plutôt sur un ton amusé, après la détermination de la forme de son visage en losange, car elle avait toujours imaginé avoir un visage rond et enfantin. Ceci marque-t'il le début d'une nouvelle manière de percevoir son visage comme celui d'une femme et qui autorisera plus tard à tenter l'expérience du maquillage ? Christine, quant à elle, semble éprouver un profond désarroi depuis qu'elle a découvert que sa couleur préférée, fétiche, qui définissait en quelque sorte un trait de sa personnalité, ne lui correspondait pas le mieux en conseil en image. Nous avons l'impression que la découverte de son appartenance à la saison automne vient balayer des certitudes sur lesquelles elle avait pu se construire une forme d'assurance et de valeur narcissique. Elle aimait beaucoup le violet, elle se plaisait en violet et était persuadée que cette couleur la mettait en valeur. Pour preuve, elle avait choisi de se maquiller avec cette couleur le jour de son mariage, moment prototypique lors duquel une femme s'apprête pour être la plus séduisante aux yeux de son mari et de tous les invités. Cette expérience pour Christine montre l'existence d'une forme d'écart entre la réalité perceptive et sa réalité psychique, découverte déstabilisante mais qui met en lumière l'existence d'un espace intrasubjectif, intime, dans lequel construire et s'approprier sa propre représentation de soi en fonction des images renvoyées par l'environnement.

IV.2.2.2 L'ECHOÏSATION PSYCHOAFFECTIVE

Après avoir montré dans la séquence précédente la manière dont nous proposons d'accompagner les patientes dans la (re)découverte de leur corps par l'intermédiaire de nos outils de médiation, face au miroir, voici ci-après quelques extraits qui mettent en avant les effets de réflexivité de leurs motions psychiques et affectives.

IV.2.2.2.1 Accueillir les vécus claustrophobiques de Blanche³¹⁹

Chacune prélève une noisette de crème dans sa main et se l'applique toujours silencieusement. Au bout de quelques secondes, Blanche manifeste de l'inconfort, dit que sa peau pique, que c'est insupportable et demande à enlever la crème rapidement. Ariane lui tend des cotons imbibés d'eau pour qu'elle enlève la crème et un mouchoir pour qu'elle s'essuie.

Ariane préconise de faire ces soins une fois par semaine.

- Blanche : « Quoi ? Tout ça une fois par semaine ? ».
- Ariane : « Oui, et n'oubliez pas d'appliquer de la crème matin et soir. Comment vous ressentez votre peau maintenant ? ».
- Janie : « Bien, très bien ... Je sens ma peau plus souple, plus fraîche ! », dit-elle en souriant.
- Blanche : « Pas moi, pas du tout ! Ma peau me picote, mes yeux aussi ! ça me fait jamais ça à l'autre hôpital ».
- Ariane explique pourquoi la peau de Blanche a piqué. Elle prend l'exemple de la crème qu'on applique sur ses mains quand la peau est très sèche : le produit commence par piquer beaucoup, puis au fur et à mesure que la peau se répare, cette sensation désagréable passe : « ça vous a piqué parce que la crème a soigné votre peau qui en a vraiment besoin. Je vous conseille une crème très nourrissante à appliquer matin et soir ».
- Je dis : « C'est un paradoxe de devoir avoir des sensations désagréables pour soigner sa peau ! ».
- Blanche : « Mmh ! ça donne surtout pas envie de le faire ! ».
- Je dis : « C'est comme avec le cancer. Les patients disent bien qu'ils ne se sentent malades qu'une fois qu'ils ont commencé les soins ».
- Blanche : « Oui. D'ailleurs j'ai dit à mon oncologue la dernière fois que si les médecins testaient les traitements sur eux, sûrement que les malades seraient moins malades ! ».
- Ariane : « Votre peau réclame beaucoup apparemment en ce moment ».
- Blanche : « Oui mais moi je préfère ne rien avoir dessus sinon ça me donne l'impression d'étouffer ».

Blanche finit cette séquence en disant vivre une impression d'étouffement, qualifiant ainsi le type d'angoisse que l'application de la crème lui a fait vivre, à savoir une angoisse claustrophobique. Comment l'application d'une crème peut-elle réactiver des vécus d'étouffement chez Blanche ? Qu'est-ce qui les génère dans cette situation de soin spécifique ? Blanche nous en donne un indice en disant qu'elle ne ressent jamais cela lorsqu'elle reçoit des soins individuels de la part de la socio-esthéticienne d'un autre hôpital. Nous faisons alors l'hypothèse que la situation de groupe et l'accompagnement pour se faire elle-même les soins du visage favorisent chez Blanche l'émergence d'une forme de colère envers les objets soignants qui ne seraient pas totalement dévoués à prendre soin d'elle. L'accompagnement vers l'autonomie dans les soins pourrait aussi générer des vécus insupportables, piquants. Blanche avait décrit lors de notre première rencontre une mère inatteignable, froide et interdicière de

³¹⁹ Cet extrait provient de l'atelier 2 Soins du Visage du groupe n° 7. Les deux participantes de cet atelier, Janie et Blanche, s'apprentent à appliquer la crème, dernier produit de soin de la peau proposé, avant éventuellement une retouche maquillage si elles le souhaitent pour repartir.

tout élan vital. Nous imaginons que cette mère ne s'est pas montrée très disponible pour accompagner ses filles dans leur prise d'autonomie, leur faisant sans doute souvent vivre une forme de délaissement. Nous pouvons aussi imaginer du côté de Blanche des vécus d'arrachage lors des phases de séparation nécessaires à l'individuation. Ces vécus, toujours actifs en elle, pourraient se réactualiser sous la forme de « ça pique » dans le lien soutenant et attentif proposé par les animatrices, qui rappelle nécessairement le manque dans l'accompagnement maternel. Je formule d'ailleurs ceci sous la forme d'un paradoxe : devoir vivre des sensations désagréables pour prendre soin de soi, ce qui semble être au plus près des vécus de Blanche dans le lien avec son objet maternel. D'ailleurs nos associations se poursuivent avec les soins qui rendent malades et toute l'agressivité que cela provoque chez Blanche envers les médecins/soignants/animatrices/objet maternel. Est-ce qu'il pourrait aussi s'agir d'une tentative pour se différencier de Janie, qui se jouerait transférentiellement dans le groupe sous la forme d'un conflit fraternel, afin d'attirer l'attention totale des animatrices, comme elle aurait pu le faire avec sa sœur au sein de sa famille pour capter l'attention de sa mère ? Ariane conclut ce moment qui a été très difficile à vivre pour elle tant la violence émotionnelle de Blanche était importante, en ramenant les échanges sur sa peau qui selon elle est en manque criant de soin. Blanche acquiesce et répond pourtant qu'elle préfère faire fi de ses besoins, se trouvant submergée d'angoisses, même si nous sommes en sa présence et qu'elle n'est pas seule à y faire face. Elle montre ici un échec de sa capacité d'être seule en présence d'autres pour prendre soin d'elle, mais notre expérience d'accueil de ce mouvement et nécessairement de reprise pourra, nous espérons, avoir un effet après-coup.

IV.2.2.2.2 Accompagner les mouvements d'investissement / désinvestissement / réinvestissement de l'autre et de soi

Ces différents mouvements d'investissement relationnel, ou phase dans le processus d'autoreprésentation corporelle et psychique, concernent bien sûr chaque individu tout au long de sa vie en fonction des événements de vie rencontrés. Pour nos patientes, il s'agit de mouvements induits par le cancer et les soins somatiques, mais d'autres s'étaient nécessairement déjà produits dans leur vie de femme et/ou de mère.

Voici ci-après une séquence issue de l'atelier 1 Conseil en Image du groupe n° 5. Nous venons de terminer la phase d'activité à proprement parler et les patientes donnent leur avis sur ce qu'elles ont pu découvrir dans cet atelier, ou s'expriment sur l'écart qu'elles perçoivent entre leurs représentations passées et actuelles, avec plus ou moins de plaisir ou souffrance ...

- Sofia : « J'ai appris beaucoup de choses, mais j'ai l'impression d'être plus fatiguée maintenant qu'en arrivant ! ».
- Ariane : « On a été beaucoup debout aussi ! ».
- Je dis : « Peut-être que ça brasse aussi ! ».
- Sofia : « Oui ... On avait des habitudes et là on voit comment on peut faire autrement ! Moi je n'aime pas les accessoires, les bijoux les vêtements ... ».
- Ariane : « Je vous donne des clés pour aller à l'essentiel ».
- Solène : « Oui, comme il faut bien s'habiller de toute façon, autant que ça nous aille bien ! ».
- Christine : « Euh ... Alors moi, je me rends compte que j'avais tout faux avant. Ça remet vraiment en question ... Il faudra tout revoir ! ».
- Ariane : « Vous n'avez pas tout faux ... Vous avez le droit de porter les couleurs que vous aimez ».
- Christine : « Sinon je suis contente parce que j'ai appris plein de choses ! Et je ne me sens pas spécialement fatiguée ».
- Solène : « Moi je suis agréablement surprise ! On dit que les couleurs ça joue mais tant qu'on n'a pas fait sur soi on sait pas ! C'est vraiment un test intéressant de passer les couleurs sur soi ! Je suis plutôt contente ! ».

Sofia et Christine sont d'accord pour dire que cet atelier chamboule leurs habitudes vestimentaires. Nous avons noté auparavant combien Christine a pu s'en montrer déstabilisée dans son autoreprésentation plus globale. Sofia dit que l'effet produit par cet atelier est de la fatigue, elle commence d'ailleurs par parler de ce ressenti. Ariane et moi rebondissons alors de suite, comme pour tenter de donner du sens à ce vécu : Ariane sur la mise en mouvement du corps, et moi sur la mobilisation psychique que l'atelier a générée pour les patientes. Sofia décrirait alors une fatigue due à un mouvement de résistance vis-à-vis des conseils apportés par Ariane en signifiant qu'elle n'aime pas les bijoux et les accessoires. Elle n'en porte pas en effet habituellement. Mais je me demande si elle en a déjà essayé ou si c'est une représentation toute faite dans un mouvement de lutte contre les « trucs de fille » qui évoqueraient la féminité. Les conseils et essais d'Ariane ont obligé Sofia à se confronter à une image d'elle transformée dans le miroir, peut-être trop radicale pour le moment. Puis Christine témoigne, quant à elle, de l'effet dévastateur de l'atelier sur ses convictions passées, et finalement de la déconstruction que cela l'oblige à faire des représentations de mise en beauté qu'elle pensait maîtriser auparavant, bien avant d'être malade même. Cependant, elle dit se sentir contente à la fin de ce premier atelier d'avoir pu apprendre à avoir un nouveau point de vue sur son image, et ne pas se sentir fatiguée à la différence de Sofia. Elle décrit alors une déstabilisation de ses représentations non destructrice. Serait-ce grâce aux effets de contenance produits par le groupe, par la présence bienveillante des autres patientes, ainsi que par l'accompagnement actif et personnalisé des animatrices ? Enfin Solène parle peu de ses ressentis, simplement qu'elle est contente d'avoir pu faire l'expérience du conseil en image. Cependant elle ne reviendra pas aux deux autres ateliers et ne donnera jamais de nouvelles malgré nos sollicitations

téléphoniques. L'effet après-coup aura-t'il été trop violent ? Elle semblait plutôt à l'aise et amenait de la légèreté dans les échanges. Peut-être que les liens n'en étaient que trop superficiels et ne lui ont pas permis de sortir de l'état dépressif et de mal être profond qu'elle avait décrit lors de notre première rencontre à son chevet.

IV.2.2.2.3 Aider à définir ce que représente le soin de soi³²⁰

- Katia : « Quand ? Parce que j'ai réalisé déjà un énorme changement entre avant et maintenant ».
- Ariane : « Oui, on en a évoqué un tout à l'heure ».
- Je dis : « Plusieurs même ! ».
- Katia : « Ah bon ? ».
- Je dis : « Et oui, vous en avez dit plusieurs ! ».
- Katia : « Ah, comme la relaxation, le massage, les soins du visage, le sport, la marche ».
- Je dis : « Oui et aller chez le psy aussi ! ».
- Katia : « En ce moment, je n'arrive plus à me maquiller, j'ai plus envie ... surtout quand je fais du sport ».
- Ariane : « Se reposer c'est aussi prendre soin de soi ».
- Je dis : « Se laisser tranquille ... ».
- Katia : « Ça pour moi c'est difficile ! ».
- Rachel : « C'est sûr que bouger ça permet de pas penser ! Moi j'endure ».
- Ariane : « Ça veut dire que vous allez au-delà de vos limites ? ».
- Rachel : « Je fais ... pour ne pas penser ».
- Katia : « la tête elle veut mais le corps ne suit plus à un moment donné. Moi je prends, mais ce n'est pas profiter ce que je fais. Je prends pour que si un jour je tombe, je ne sois pas seule ! ».
- Je dis : « Donc je le redis : aller voir le psy, c'est aussi prendre soin de soi ! ».
- Katia : « Oui je vais aller au bout avec elle ».
- Rachel : « Alors moi je fais beaucoup de peinture : de l'aquarelle, de la peinture à l'huile ... Mais là j'ai pas l'esprit assez détendu pour peindre. Maintenant je brode et c'est moi qui fais les patrons ».

Plus tard dans le même atelier, l'accompagnement de Rachel et Katia s'effectue conjointement encore une fois au niveau corporel et au niveau psychique.

- Katia : « Beaucoup mieux ... Ouï là là ... J'ai une bouffées de chaleur qui arrive ... Deux en deux heures, ça va ... ».
- Ariane dit : « Accueillez-là ».
- Katia : « Non je peux pas ... Elles sont douloureuses ... Et je sens comme de la grande colère ... De ... De ... ».
- Je dis : « De la rage ? ».
- Katia : « Oui c'est ça. Je me bats contre mes bouffées de chaleur et j'ai encore jamais gagné ! ».

³²⁰ Le premier échange a lieu alors que l'atelier 3 Soins du Visage 1 commence. Nous demandons aux femmes d'échanger à bâtons rompus d'après la question suivante : « Comment peut-on prendre soin de soi ? ». Ce premier échange sera ensuite mis en perspective avec un autre qui arrive plus tard dans le même atelier et qui a lieu pour répondre à la question : « Comment diriez-vous que vous vous sentez actuellement ? ».

Pendant ce temps, Rachel se lève parce qu'elle veut regarder la bouteille d'eau micellaire.

- *Rachel dit : « C'est étonnant, je partais tellement du principe que ma peau était grasse ... J'en mettais trop peut être ».*
Ariane conseille alors à Rachel d'essayer des crèmes à texture gel ou fluide pour ne pas avoir d'effet brillant sur la peau.

Ces deux séquences du même atelier nous permettent de nous rendre compte des représentations préexistantes au cancer et aux ateliers de Rachel et Katia de leur manière d'envisager comment prendre soin d'elles, les aménagements qu'en impose le cancer, et de son évolution au cours de la séance. Katia semble déjà consciente d'avoir opéré un changement dans sa manière d'envisager prendre soin d'elle depuis qu'elle souffre du cancer et qu'elle a commencé des soins. Katia compare sa vie d'avant, avant le cancer, et celle de maintenant, impactée à jamais par cette expérience de vie. Cependant elle semble avoir encore du mal à identifier les activités ou démarches qui pourraient être considérées comme un soin pour elle. C'est sur la sollicitation insistante des animatrices que Katia repère des activités qui mettent le corps en avant comme la relaxation ou les soins esthétiques, ou alors en mouvement, comme la marche, le sport. J'évoque alors le suivi psychothérapique comme une démarche pour prendre soin de soi. Mais ni Rachel ni Katia ne réagissent. Katia au contraire parle à nouveau de faire du sport qui lui fait désinvestir le maquillage en ce moment. Ariane propose de citer les temps calmes, les temps où on ne s'oblige à rien, les temps pour « se laisser tranquille » selon ma formule. Katia et Rachel y réagissent en disant qu'elles sont en difficulté avec le repos. Rachel dit bien qu'elle fait des choses en général pour ne pas penser. Mais elle rajoutera aussi qu'en ce moment, même les activités qui lui font du bien et plaisir d'habitude, comme la peinture, sont inefficaces pour s'évader mentalement. Son esprit est trop préoccupé, elle ne se sent « pas assez détendue ». Cependant elle dit avoir testé la broderie qui lui convient bien, cela lui permet de continuer à développer son esprit créatif et artistique afin d'exprimer par ce moyen ses ressentis profonds, à visée sublimatoire. Katia évoque sa recherche d'étayages relationnels multiples dans sa boulimie d'activités de support pour se prémunir d'avoir éventuellement à revivre la chute vertigineuse de la dépression sans objets secourables. Elle entend cette fois mon allusion au soutien psychologique et y réagit en confirmant que son suivi représente bien un soin pour elle dans lequel elle a trouvé en la psychologue un objet sécurisant pour « aller au bout avec elle ».

Dans la séquence qui suit celle-ci, Katia est prise d'une bouffée de chaleur qui l'enferme complètement sur elle-même, ses affects les plus violents, puisque nous nommons ensemble la rage. Celle-ci accapare complètement l'attention des animatrices. Mais Rachel intervient en se levant d'abord pour regarder un produit, ce qui ramène la médiation au premier plan, puis en

évoquant les croyances qu'elle avait toujours eues sur sa peau et sur les manières de prendre soin de celle-ci, qui se sont transformées et adaptées grâce à l'atelier.

IV.2.3 ENTRE PAIRES ET EFFET GROUPE

IV.2.3.1 LA FABRICATION DE L'IMAGE DE SOI GRACE AU REFLET PROPOSE PAR LE REGARD DES AUTRES³²¹

- Jeanne s'adresse à Éliette et lui demande : « Vous n'enlevez pas votre perruque aujourd'hui ? ».
 - Éliette répond : « Non, mon image ne reflète pas ce que je veux. Peut-être que c'est dans la tête tout ça, mais aujourd'hui c'est comme ça ! ».
- Jeanne et Éliette sont venues maquillées. Elles choisissent alors le démaquillant pour les yeux et une eau micellaire. Anne choisit d'appliquer un lait démaquillant et une lotion tonique.
- Toutes les trois appliquent de la crème ensuite. Jeanne et Éliette ont tendance à en mettre trop, Anne pas assez alors que sa peau manque visiblement d'hydratation étant donné la vitesse d'absorption de la crème. Jeanne dit qu'on lui a déjà fait remarquer qu'elle était un peu "brute" quand elle s'occupait de sa peau. Anne reste silencieuse, Éliette aussi.
- Jeanne revient sur la ligne de sourcils. Ariane lui conseille de les faire teindre pour qu'ils soient plus en accord avec sa couleur de cheveux.
- Jeanne regarde Ariane et moi, à tour de rôle et dit : « Les vôtres sont superbes ! ».
- Jeanne me demande alors si c'est Ariane qui me l'a faite. Elle remarque par la même occasion mon maquillage et dit imaginer qu'Ariane me donne des cours particuliers.

Puis Ariane introduit la phase de maquillage en présentant les produits et les pinceaux placés à disposition des patientes devant elles. C'est l'occasion pour chacune de se prononcer sur la manière dont elles se représentent le maquillage en général :

- Éliette : « Il doit être léger, me mettre en valeur, et il ne doit pas être plaqué ». Cette description me paraît être à l'opposé de la manière dont elle se maquille habituellement et ce qu'elle montrera par la suite.
 - Jeanne : « Moi, quand je me maquille, je m'occupe de mes yeux avec du fard à paupière et du mascara, et des lèvres avec du gloss, du rouge à lèvres et du crayon éventuellement ».
- Éliette demande si elle met du fard à joues. Jeanne dit rarement.
- Ariane rajoute qu'elles n'ont pas parlé du teint qui semble être en esthétique le premier geste de maquillage. Ariane utilise la comparaison avec le peintre : pour que sa toile soit belle, le fond doit être uniforme, lumineux, rehaussé. Pour un beau maquillage, c'est pareil. Les premiers gestes concernent le contour de l'œil, les cernes et l'uniformisation du teint.
- Un échange s'instaure autour de l'horaire de fin de l'atelier, car nous nous rendons compte que nous allons déborder un peu.
- Jeanne et Anne propose de dépasser de 10 minutes, Éliette dit qu'elle ne pourra pas car son mari va l'attendre : « Moi j'ai un chauffeur ».

³²¹ Échange groupal lors de la phase d'activité de l'atelier 2 Maquillage du groupe n° 1.

✓ *Teint :*

- Anne rit au moment d'appliquer l'anticerne car elle dit ne jamais avoir fait cela. Elle n'ose visiblement pas trop l'appliquer. Elle dit : « J'ai les yeux hypersensibles. Je ne peux pas porter de lentilles par exemple ! ». Jeanne intervient et dit : « Mais ça ne se met dans les yeux ! ».
- Jeanne et Éliette en mettent trop, l'étaient mal, tout comme le fond de teint ensuite. Ariane les aide à estomper, et à unifier l'ensemble du visage pour ne pas créer de zones surchargées en produits.
- Soudain le téléphone d'Éliette sonne, elle regarde qui l'appelle et dit que c'est son chauffeur alors qu'elle est obligée de répondre : « On n'a pas encore tout à fait fini, ne te presse pas trop hein ! ».
- Anne observe beaucoup Jeanne et Éliette comme pour copier leurs gestes. Elle met de la poudre dans sa main et tousse. Jeanne dit alors : « Attention, ça se met pas dans le nez ! ». Elles rient toutes trois, mais Anne répond quand même : « Ouï la la, je ne sais pas si je reviens moi la prochaine fois ! ».
- Jeanne regarde Anne après qu'elle ait fini d'appliquer la poudre et dit : « C'est beau ! Vous avez une peau superbe ! Vous le voyez ? ».

✓ *Yeux/Joues :*

- Anne n'arrive pas à fermer un œil pour le maquiller et à garder l'autre ouvert. Elle rit, mais semble se sentir vraiment en difficulté.
- Éliette met du fard à joues, beaucoup trop. Ariane lui fait remarquer en disant que les fards de cette marque sont très pigmentés et qu'il faut en mettre peu. Éliette réagit en disant : « Ah oui, je ne voulais pas en mettre autant ». Ariane lui redonne de la poudre pour estomper la couleur et est rassurante en disant que ce qu'il y a de bien en maquillage, c'est qu'on peut toujours corriger.
- Anne tente de s'appuyer sur Jeanne, en lui demandant sans cesse : « Y'en a t'il trop ? Pas assez ? », malgré les quelques pics moqueurs que Jeanne lui adresse.
- Ensuite, vient le maquillage des sourcils : Ariane conseille à Jeanne de les maquiller avec un fard à paupières et non avec un crayon pour que son regard paraisse moins dur. Pour Éliette, Ariane opte pour un crayon gris et un effet poil à poil. Pour Anne, Ariane réitère un conseil épilation.
- Éliette dit : « ça en fait des choses ! J'ai pas l'habitude de tout ça ! ». Pourtant Éliette se maquille beaucoup je trouve.
- Puis au tour des paupières et des cils : Jeanne demande à Ariane de lui montrer l'application du fard de l'extérieur vers l'intérieur de la paupière. Elle trouve que cela fait un plus beau maquillage. Elle s'adresse à Anne et lui dit : « C'est les yeux qui vont vous changer le plus pour vous ! ». Anne est en difficulté pour appliquer fard et mascara. Ariane l'aide. Éliette dit avoir perdu beaucoup de cils. Ariane et Jeanne lui conseille un produit destiné à aider à la repousse des cils.

✓ *Lèvres :*

Chacune se maquille les lèvres avec un rouge à lèvres qui respecte la couleur de la saison qui leur correspond : orangé pour Anne et Jeanne, rosé pour Éliette. L'application se fait au pinceau, sans difficulté particulière pour les femmes, Anne rit toujours car elle dit que tous ces gestes ne sont pas naturels pour elle.

La problématique œdipienne émerge chez Jeanne lorsqu'elle dit imaginer qu'Ariane et moi entretenons une relation intime, dans laquelle Ariane prendrait soin de moi, temps lors desquels elle et les autres participantes seraient exclues car ils auraient lieu en-dehors du temps du groupe. Jeanne semble penser que dans cette relation privilégiée, Ariane m'initie aux gestes de maquillage et de mise en beauté. Elle imagine en effet que nous entretiendrions une relation basée sur les soins corporels, et qu'Ariane me donnerait des cours particuliers. Jeanne exprimerait de la rivalité à mon égard en ne reconnaissant pas qu'elle et moi avons nécessairement de fait une place par nature asymétrique auprès d'Ariane, figure maternelle ou paternelle à séduire. La rivalité, ou la non-reconnaissance de différence de place, ou encore l'attaque envieuse de ma place, émerge aussi lorsqu'elle me demande où je me procure les dossiers Photolangage© car elle utilise aussi cet outil dans son activité professionnelle. Également, au troisième atelier, Jeanne ne participe pas au temps Photolangage© puisqu'elle a prévu de partir avant la fin de l'atelier. Cependant elle me prend à partie en me demandant de lui révéler la consigne préparée afin de pouvoir s'en inspirer à l'avenir. Il s'avère difficile pour Jeanne de se considérer comme une patiente parmi les autres dans ce groupe de femmes toutes atteintes par le cancer hormis les animatrices. Elle semble essayer de se positionner régulièrement dans une place différente par rapport à Éliette et à Anne. Jeanne tente régulièrement des parenthèses relationnelles avec moi. Elle imagine son activité professionnelle proche de la mienne et voudrait être une collègue. Puis dans le groupe de patientes, elle fait régulièrement des suggestions aux autres femmes qui pourraient s'apparenter à celles des animatrices en vue de soutenir Anne par exemple : « Vous avez une peau superbe. Vous le voyez ? ». Cependant, Jeanne renvoie tout de même une image d'elles-mêmes aux autres participantes, peu importe l'intention ou le ton, et Anne en est d'ailleurs à la recherche quand elle la sollicite du regard et demande si elle a appliqué trop ou trop peu de fard. Anne et Éliette parlent volontiers d'elles également en décrivant des habitudes et en expérimentant et partageant l'activité maquillage en groupe ce jour. Ariane intervient, comme pour canaliser l'utilisation des produits. Elle tempère le vécu de débordement d'Éliette quand celle-ci se rend compte qu'elle a appliqué beaucoup trop de fard.

IV.2.3.2 LES IMAGES AUTOREPRESENTATIVES GROUPALES CONSTRUITES A PARTIR DU PHOTOLANGAGE©

Rappelons que dans ce dispositif de recherche, une courte séance de Photolangage© a été proposé aux femmes à la fin du dernier atelier dans un double objectif :

- Leur permettre de témoigner « à chaud » de leur expérience de participation aux ateliers en s'exprimant à l'aide d'un support photographique. Cet outil représentait l'occasion de réaliser comme une sorte de photo-bilan instantané du groupe.

- Par la mise en commun de leurs vécus du groupe dans une perspective de bilan, cet outil aide à initier la séparation du groupe lors de ce dernier atelier.

Dans l'analyse des séquences Photolangage© des neuf groupes, il est frappant de noter l'émergence du processus de l'autoreprésentation : du groupe bien sûr, sur laquelle vient prendre appui l'autoreprésentation de soi et de son environnement. Nous faisons d'ailleurs l'hypothèse que ce mouvement autoreprésentatif est inhérent au travail psychique mis en œuvre dans ce Dispositif grâce à l'appui proposé par le groupe, par les outils de médiation et par l'accompagnement des objets actuels de relation que représentent les animatrices.

Nous proposons aux patientes de choisir une photo parmi trente-deux à chaque séance, toujours les mêmes. Malgré un nombre conséquent de photos à disposition, il est intéressant de comparer la fréquence avec laquelle les photos ont été choisies :

- La photo n° 27 : Visage de jeune femme pensive avec reflet : 8 fois sur 42 soit à 19 %.
- La photo n° 41 : Sentier dans la forêt : 6 fois sur 42 soit à 14 %.
- La photo n° 452 : 4 danseuses étoiles assises : 5 fois sur 42 soit à 12 %.
- Les photos n°14 : Équipage sur voilier, n° 48 : Position d'équilibre entre deux arbres et n° 473 : Buste de femme éclaboussé de peinture : 3 fois sur 42 soit à 7 %.
- Les photos n° 8 : Danseurs et ronds de lumière, n° 445 : Femmes africaines et n° 480 : 2 amies assises : 2 fois sur 42 soit à 5 %.
- Les photos n°18 : Lavage de coque d'un bateau, n°23 : Réseau autoroutier chargé, n°28 : Cordée de quatre personnes, n° 42 : Personnes assises sur banc au soleil couchant, n° 44 : Femmes au départ pour une course, n° 444 : Parturiente + bébé, n° 449 : Mère + fille en discussion et n° 468 : Couple âgé marchant : 1 fois sur 42 soit à 2,5 %.

Nous pouvons constater que la photo la plus choisie représente le visage d'une jeune femme maquillée, seule, et de son reflet sur une vitre. Cette photo offre un support de projection de soi rapide et facile dans le contexte des ateliers car elle réunit plusieurs critères : une femme, le maquillage, le reflet. Selon les femmes, il s'agit d'une projection de soi au passé, au présent ou au futur. Puis en deuxième position, nous retrouvons une photo symbolique représentant un sentier dans une forêt. Celui-ci propose une figuration de la métaphore du chemin à parcourir lors de la traversée malade. Cette photo a d'ailleurs été davantage choisie par des femmes qui avaient terminé leur parcours de soin, ou qui était sur le point de le faire. Ensuite, nous retrouvons des photos mettant en scène des groupes (danseuses, équipage, danseurs, femmes

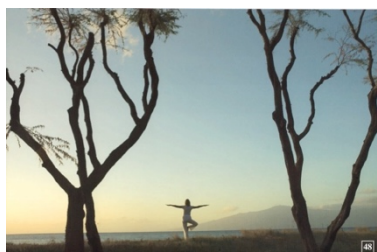
africaines) formés pour accomplir une tâche précise. Il s'agit alors d'une figuration directe du groupe formé lors des ateliers. Ensuite nous pouvons voir que la photo symbolique de la position d'équilibre entre deux arbres a été choisie pour figurer un vécu présent de se sentir sur le fil, ou pour définir une aspiration à retrouver une forme d'équilibre dans la vie après le cancer. Enfin, la photo du buste de femme éclaboussé de peinture a permis d'exprimer des vécus liés aux atteintes du corps féminin par le cancer et les soins, et au travail de réinvestissement qu'il est désormais nécessaire d'accomplir. Cette photo a aussi permis de figurer le nécessaire dévoilement de l'intimité psychique inhérent au travail proposé dans le cadre de ce Dispositif. Notons qu'elle a été choisie deux fois sur trois par les animatrices. Sans doute que cette photo s'avérait trop proche de la réalité corporelle des patientes.

IV.2.3.2.1 L'autoreprésentation des groupes n° 2 et n° 7 : Seule avec la maladie, même en groupe

Groupe n° 2 :

Lorsque je présente la consigne de bien conserver sa photo de départ même si quelqu'un l'a déjà prise,

- *Marilène dit : « Qu'est-ce qu'on fait on se l'arrache des mains ? » et elle rit.*
- *Béatrice dit : « Je ne me serais pas laissé faire ! ».*
Lorsque nous nous levons pour choisir, Béatrice dit qu'elle choisit une photo sans conviction, que ce n'est pas évident.
- *Béatrice commence par montrer sa photo n° 48 : Position d'équilibre entre deux arbres.*



- *Marielle demande : « C'est une femme en train de faire du yoga ? ».*
- *Béatrice : « Si c'est ça, je me suis vraiment trompée alors ! Moi je voyais une femme en plein air. Voilà ce que ça m'apporte les ateliers, une respiration, une bouffée d'oxygène. J'ai beaucoup hésité aussi avec la vôtre (en regardant Marielle), parce que le groupe ça aide, être avec d'autres personnes ! ».*
- *Marilène parle ensuite de sa photo n° 14 : Équipage sur voilier.*



« C'est un voilier ... qui va partir et revenir. Avant je ne pouvais plus me projeter. Maintenant je vais pouvoir revoir l'avenir en rose ».

- *Gabrielle présente ensuite sa photo n° 473 : Buste de femme éclaboussé de peinture.*



« J'ai choisi ce nu parce que j'ai eu l'impression de me mettre à nu ici ... C'était difficile au début ... Et maintenant je suis en train de me revêtir ! ».

- *Je prends la parole ensuite parce que j'ai aussi choisi cette photo : « Ce buste m'a plu tout de suite car je trouve qu'il représente bien la féminité par ses courbes. Le fait qu'il soit éclaboussé de peinture, ça m'a fait penser aux aléas que l'on rencontre dans la vie, et qui font qu'on doit faire avec un corps changeant, qui ne nous plaît pas ou plus, qui peut faire souffrir ... c'est sans doute un peu ce que peut représenter l'expérience que fait vivre le cancer par exemple ».*
- *Ariane poursuit : « Moi aussi j'ai choisi cette photo. J'ai imaginé aussi que ça pouvait représenter la manière dont on peut percevoir son corps après le cancer. Et le travail proposé par les ateliers consisterait alors à regarder son corps différemment, pas en voulant le changer mais en apprenant à l'accepter tel qu'il est, avec ses imperfections et ses blessures, et en mettant en valeur des parties aimées de soi ».*
- *Marielle prend ensuite la parole et parle de sa photo n° 8 : Danseurs et ronds de lumière.*



« J'ai fait beaucoup de danse gamine ... Je vais mieux ... Je dis pas encore que je vais bien ! Je me retrouve petit à petit en tant que femme. C'est pas pour le

groupe que j'ai choisi la photo, mais pour l'harmonie ... Le retour à l'harmonie ! ».

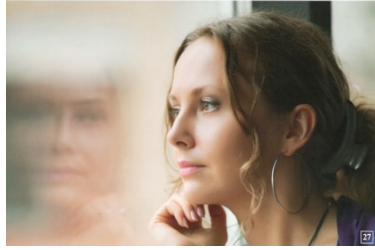
- *Béatrice dit à Marielle : « Entre nous toutes, c'est vous qui vous êtes le moins transformée physiquement, qui avez le moins changé au cours des ateliers ».*
- *Marielle : « Il y a une différence entre paraître et ressentir ! Le contrat est rempli ! ».*
- *Marilène : « Moi après le 14 avril, c'est la 4^{ème} chimio et après c'est fini ! Mon mari disait 'Tu sais s'il y en a plus, c'est pas grave', mais si ! ».*
- *Béatrice : « Moi j'ai été tirée au sort pour faire partie d'un essai clinique : J'ai eu 33 séances de radiothérapie au lieu de 25 et un suivi plus régulier. Il y a 15 jours mon mari m'a dit : 'Tu vois si tu avais pas été tirée au sort tu aurais fini !' ».*
- *Marielle : « Oui on subit nous et personne prend à notre place tout ça ! ».*
- *Marilène : « Après la maladie, on sera jamais comme avant ! ».*
- *Je dis : « C'est sûr que cette expérience transforme, mais est-ce toujours en négatif ? ».*
- *Toutes répondent à l'unanimité : « Non ! » et rient.*

« Le groupe, ça aide » d'après Béatrice, même si juste avant de présenter sa photo qui représente une femme seule, elle a pu manifester une certaine forme d'agressivité, salvatrice de vie, de rivalité nécessaire à l'émergence du sujet au moment du rappel de la consigne de conserver son choix de photo princeps. Ceci nous rappelle l'expression du complexe fraternel dans le groupe prenant la forme ici d'une bagarre fratricide pour la même photo.

Nous retrouvons aussi dans cette séquence un mouvement du sujet qui vient prendre étayage sur le groupe pour se représenter soi-même, ainsi que son environnement. En effet, le groupe semble ouvrir un espace du plus semblable au plus différent. Ces femmes sont toutes différentes dans leur histoire et dans leurs représentations mais en même temps, elles ont une part commune, partageable : l'expérience de la maladie. Elles naviguent entre ces deux pôles dans cette séquence. Nous constatons ce que le groupe renvoie comme miroir de soi, et ce qu'elles ressentent intimement. Le groupe permet de se rendre compte de l'écart entre les deux et de se le dire, notamment avec Marielle qui refuse de se considérer comme moins impactée psychologiquement par le cancer parce qu'elle donne le change physiquement. Avec Marilène, nous assistons à un mouvement d'idéalisation important lorsqu'elle parle de revoir la vie « en rose ». Et pourtant, chacune peut se retrouver et partager des vécus de solitude forts dans le groupe familial quand elles ne se sentent pas comprises par leur mari par exemple. Il s'agit alors de gérer ces écarts en permanence dans cette traversée malade et ceci se perçoit bien dans cette séquence.

Groupe n° 7 :

- *C'est Ariane qui commence à présenter la photo n° 27 : Visage de jeune femme pensif avec reflet :*



« C'est une femme dans un train et qui va quelque part. On sent le mouvement. On voit le reflet de son visage dans la vitre, comme si on pouvait s'y voir différemment. C'est ce que j'ai ressenti ici avec vous : quel regard différent je peux avoir sur moi, sur les autres et avec les autres ? ».

- *Blanche a également choisi cette photo : « Pour moi le visage c'est le moment où elle est présente, et le reflet quand elle est absente, songeuse, rêveuse, où elle pense à l'avenir ... Il y a des moments dans l'atelier où j'ai été plus active, et d'autres où j'ai été rêveuse, plus dans le flou ... ».*
- *Janie a aussi choisi cette photo : « Esthétiquement parlant elle m'a attirée. Elle était dans le flou et elle va vers l'affirmation d'elle-même, oui voilà ! C'est s'affirmer par rapport à soi-même. Et être sûre de ses choix. Et aussi d'aller vers l'avenir. Pour moi ce n'est pas vraiment son reflet parce qu'elle est de face dans le flou alors qu'elle devrait être de profil. Donc pour moi il y a l'avant et maintenant ».*
- *C'est à mon tour de présenter la photo n° 480 : 2 amies assises :*



« C'est un couple de femmes. Pour moi ça a été une spécificité de ce groupe parce que vous vous êtes retrouvées à 2. Il y a eu du soutien et de l'accueil lorsque vous vous êtes confiées. Ces deux femmes ont l'air préoccupé par la même chose car elles ont le regard tourné dans la même direction, mais elles vivent les choses différemment car on imagine qu'elles n'ont pas la même histoire, comme vous après l'expérience du cancer. Ce couple de femmes a aussi représenté pour moi le couple d'animatrices que nous avons formé avec Ariane ».

Dans cette séance de Photolangage©, il est remarquable de voir que trois personnes sur quatre ont choisi la même photo. On pourrait imaginer que la vitre sur la photo représenterait tout à la fois le miroir du groupe et le miroir de soi. Ariane commence par en parler en proposant de dire ce qu'elle projette dans cette photo. Sa formulation est ambiguë, est-ce qu'elle parle des patientes ? d'elle-même ? de nous toutes ? Puis Blanche poursuit en introduisant la thématique

de la présence-absence. Nous pensons alors à la présence physique régulière de Janie et Blanche, à l'absence physique de Françoise et Marion, mais Blanche introduit la notion d'absence psychique alors qu'elle était présente. Est-elle en train de nous parler d'un mécanisme de défense mis en œuvre dans les ateliers afin de prendre de la distance avec la charge affective mobilisée ? Enfin Janie évoque la question de la temporalité, de comment on se positionne soi dans le temps. Elle parle également du flou qui évoquerait le vacillement pendant les traitements, et du net qui résulterait de la reconstruction de soi après le cancer.

Je termine la séquence en parlant de ma photo de couple. J'envisage ce groupe de quatre membres comme formé de deux couples, configuration particulière du groupe n° 7 : le couple des patientes en interaction avec le couple des animatrices. Cette photo montre combien j'ai dû m'appuyer dans ce groupe sur ma représentation du binôme pour ne pas me laisser envahir par l'angoisse massive et me laisser atteindre par l'agressivité.

La photo de la femme rend le groupe présent par l'effet de miroir qu'elle renvoie à chacune. Cette photo illustre une situation prototypique d'auto-étayage des membres du groupes sur les groupes externes tant elle (ré)active les réseaux identificatoires de chacune. Cette séquence montre que chacun construit son identité en prenant à l'intérieur de lui ce qui lui convient et en rejetant ce qui lui déplaît de l'autre.

IV.2.3.2.2 L'autoreprésentation des groupes n° 6 et n° 9 : des corps aux membres-fantômes

Le point qui se révèle commun entre ces deux groupes est le temps de Photolangage© qui s'est réalisé avec une seule patiente, Ella pour le groupe n° 6 et Christelle pour le groupe n° 9.

Groupe n° 6 :

- *Je commence par présenter la photo n° 44 : Femmes au départ pour une course :*



« Ce n'est pas pour l'aspect de la compétition, mais pour représenter la forme particulière qu'a pris ce groupe qui ne semble pas avoir pris justement. Les individualités ont dominé et n'ont pas permis de créer un groupe. Parfois le

groupe permet de donner de la motivation, de soutenir le désir quand on n'arrive pas à faire quelque chose ou qu'on n'en a pas envie, mais pas là ».

- *Ellä poursuit avec la photo n° 445 : Femmes africaines :*



« Je voulais la prendre d'ailleurs cette photo. Mais j'ai choisi finalement celle-ci. Moi aussi j'ai pris une photo de groupe. Au début avec la maladie, je me suis sentie différente dans l'esprit, tout le monde n'est pas malade à l'extérieur. J'ai fait aussi la réadaptation alors que je ne voulais pas, et j'ai dit au médecin que je ne voulais pas me retrouver avec d'autres comme moi., et finalement c'est bien. Au 1^{er} atelier, j'ai pris peur des échanges sur la maladie, Claire, et puis ça a été. ».

- *Je dis : « On avait remarqué que cela avait provoqué une position de retrait pour vous ».*
- *Ellä : « J'ai senti aussi que celle qui est venue qu'une fois, elle a dû se sentir mal à un moment quand Claire lui a dit qu'elle avait de la chance de ne pas avoir de chimio. Ça m'a choquée même mais bon elle était arrivée en retard et n'avait pas tout entendu. C'est aussi une photo un peu exotique, je veux aussi voyager, passer à autre chose. Bon là c'est pas possible avec ma mère souffrante. Le groupe c'est pas évident mais ça fait aussi la richesse des échanges. Je sais c'est mon travail. J'ai fait les 2 : seule dans un bureau et puis j'ai saturé ».*
- *Enfin Ariane parle de la photo n° 449 : Mère + fille en discussion :*



« C'est une photo d'un duo, comme nous ... mais pourtant on était bien 3 », dit-elle en se reprenant et en me regardant. « Je l'ai choisi pour accentuer le fait qu'il y a eu beaucoup d'échanges interpersonnels, de conseils et une relation très privilégiée qui n'aurait pas été possible en groupe ».

- *Ellä : « Le plus, c'est que j'ai bénéficié de conseils très personnels. Le moins c'est que j'ai eu peu d'échanges avec d'autres femmes. Mais bon maintenant je prends les bons moments. En rentrant du 4^{ème} atelier j'ai dit à ma fille que j'étais seule. Elle m'a répondu : 'Oh ! Trop bien !' ».*

Groupe n° 9 :

- *Christelle dit en me regardant : « On va avoir la même vous pariez ? ».*
Je prends la photo des mains.
- *Christelle : « Et ben oui ... Je me suis faite avoir ... Je suis pas assez rapide ... ».*

- Je dis : « Regardez, je vais là mettre entre nous deux pour que vous puissiez y avoir accès aussi quand vous le voudrez ».
- Ariane commence par présenter la photo n° 48 : Position d'équilibre entre deux arbres :



« J'ai choisi cette photo parce que cette femme a une position ouverte, et je trouve qu'au fil des ateliers, les choses se sont ouvertes pour vous ... Progressivement ... De plus en plus ... Et dans la sérénité ... Et je me suis dit qu'avec Mariane, on a été derrière vous, comme ces arbres-là ».

- Je présente ensuite la photo n° 27 : Visage de jeune femme pensif avec reflet :



« J'ai choisi cette photo parce qu'elle représente une femme seule, comme vous l'avez été dans ces ateliers. On vous avait promis un groupe, mais vous vous êtes retrouvée seule ! ».

- Christelle : « Ah oui ... C'est vrai ! ».
- Je poursuis : « On s'est dit avec Ariane qu'il était important de maintenir nos séances quand même ... Cette femme, elle semble perdue dans ses pensées, tournée vers ses ressentis ... Et en même temps elle semble sereine ... Comme vous aujourd'hui bien plus qu'au début ».
- Christelle enchaîne en présentant la même photo : « Moi je l'ai choisie parce que la femme est maquillée. J'ai imaginé qu'elle se regardait dans un miroir, comme moi pendant les séances Ça reflétait bien ce que je faisais ... Elle a l'air sereine et souriante ... Au début ça a été très dur parce qu'on ne se connaissait pas ... Et après on se connaît ... C'était pas toujours évident non plus d'être seule ... ».

Dans ces deux séquences, il est intéressant de noter que les échanges entre les deux participantes et les animatrices font appel au groupe « perdu » pour l'une et au groupe « idéalisé, jamais rencontré » pour l'autre dans la présentation des photos.

Pour le groupe n° 6, je parle d'emblée de ma photo qui représente un groupe de femmes, mais au départ d'une course. Elles ne font donc pas équipe et concourent chacune pour elle-même et pour gagner. Elles ne sont pas amenées à avoir des échanges interpersonnels entre

elles, contrairement à ce qui est proposé dans les ateliers. Ella parle ensuite de sa photo représentant un groupe de femmes africaines réunies pour écouter plus particulièrement une femme qui est en hauteur. La différence culturelle permet à Ella de parler de son sentiment de différence avec les autres qui ne sont pas malades dans la vie courante. Cela lui permet aussi de se projeter dans des projets d'avenir et de voyages, vers un ailleurs meilleur. Cette mise en scène dans la photo parle aussi de sa place d'enseignante qui parle et que les élèves écoutent. Elle évoque ensuite sa résistance au départ à intégrer des groupes de malades pour autant. Ella avait peur de ce que pouvaient provoquer sur elle les angoisses des autres. Elle illustre cela en prenant l'exemple de Claire. En effet, cette dernière avait dit à Maggie qu'elle avait de la chance de ne pas avoir de chimiothérapie à faire, alors que Maggie venait de dire en son absence qu'elle avait été opérée d'un troisième cancer du sein. Lorsque Claire avait pris connaissance de cette information, elle avait ensuite déversé toute son angoisse, toutes ses interrogations sur Maggie. Rappelons qu'il s'agit pour Ella d'un deuxième cancer du sein, élément qui pourrait de plus faciliter un mouvement identificatoire envers Maggie. Finalement cette séance de Photolangage© lui aura permis de dire qu'elle a pu trouver sa place et se sentir bien dans le groupe par rapport aux autres femmes, ce qui a été difficile à expérimenter dans les deux premiers ateliers avant de se retrouver seule. L'exclamation de sa fille qu'Ella rapporte, et qui clôt cette séance, est illustrative du fait qu'elle ait dû renoncer au groupe et à ses membres disparus, devenus fantômes pour s'approprier cette place d'unique patiente. Ceci n'est pas sans rappeler son histoire familiale, puisqu'elle est la seule fille d'une fratrie nombreuse. Nous pouvons imaginer qu'elle a pu souvent ressentir le désir d'être unique enfant sans vraiment se l'autoriser pour autant, tout autant que rejeter sa place d'unique fille, n'ayant pas d'interlocuteur familial de sa génération avec qui partager des vécus liés à la condition féminine. Est-ce qu'elle aura pu le faire avec sa mère ?

Pour le groupe n° 9, la séance démarre par l'expression chez Christelle d'une rivalité avec moi, et d'une angoisse d'être dépossédée, et même abusée quand elle constate que nous avons choisi la même photo et qu'elle ne l'aura pas pour elle seule. Tout en craignant de ne pas pouvoir prendre la photo choisie, elle ne se dépêche pas pour autant à la prendre pour pouvoir être la première à l'avoir en main. Elle anticipe son sentiment mais reste passive à la survenue de celui-ci. Je tente de la rassurer immédiatement en lui montrant que cette photo ne m'appartient pas et qu'elle peut y avoir accès quand elle le souhaite. Serait-ce encore une fois l'expression d'un conflit fratrique pour Christelle, issue d'une famille de deux filles ? Ariane parle ensuite la première de sa photo, ce qui favorise encore le désamorçage de ce conflit. Elle propose une autoreprésentation de ce groupe particulier, avec une seule patiente du premier atelier au dernier, et la manière dont elle perçoit l'évolution de Christelle dans celui-ci. Ariane parle du

binôme d'animatrices (arbres) soutenant les capacités d'ouverture et d'apaisement de Christelle au fil des rencontres, malgré la manière agressive dont a débuté ce Photolangage©. J'explique ensuite mon choix de photo en regard également de cette configuration particulière et mets en mots les manifestations de regrets formulées par Christelle régulièrement. Puis j'évoque le fait que cette femme pourrait la représenter, ce qui permet à Christelle de parler ensuite des raisons de son choix de photo. Elle voit un autoportrait actuel et en même temps elle projette des qualités qu'elle aimerait posséder comme la sérénité et le sourire. Pour terminer, Christelle précise qu'il peut être difficile d'être seule, comme l'est cette femme, comme elle a été dans les ateliers, bien que nous ayons été présentes pour elle et comme elle peut sans doute le ressentir régulièrement quotidiennement.

IV.2.3.2.3 L'autoreprésentation du groupe n° 8 : Vivre, rester en vie malgré tout !

- *Mathilde commence par parler de la photo n° 468 : Couple âgé marchant :*



« C'est l'énergie malgré l'âge ... et une joie de vivre. Je la trouve très esthétique cette photo. C'est des vieux, ça m'inspire, la campagne, la verdure, l'authenticité ».

- *Puis Ariane prend la suite avec la photo n° 452 : 4 danseuses étoiles :*



« C'est un groupe de 4, comme nous. Sur cette photo je sens de l'échange, du partage, de la bienveillance dans les regards ... de la complicité et de la confiance ... comme ici je trouve ».

- *Puis Rachel parle de sa photo n° 41 : Sentier dans la forêt :*



« Moi j'ai choisi celle-là parce que c'est l'évasion plutôt. La couleur aussi j'aime ça. Et les arbres ... Je pense que ça ... j'aime beaucoup les arbres de vie comme ça .. avec les racines ... c'est toujours vivant ! ».

- *Enfin je présente ma photo n° 445 : Femmes africaines :*



« Je m'imaginais les groupes de femmes africaines comme étant très vivant où ça parle fort, ça vit, et moi dans votre groupe j'ai beaucoup ri, c'était vivant ! ».

- *Mathilde : « On n'était pas toujours nombreuses, mais on était quand même en vie ! Merci ! ».*

Nous pouvons rapidement constater que Mathilde et Rachel ont choisi des photos qui mettent en avant ce qu'elles identifient comme une pulsion de vie inébranlable, alors qu'Ariane et moi avons plutôt représenté le groupe. Mathilde parle de sa photo en premier. Ce choix me surprend beaucoup et j'ai hâte d'entendre les raisons de ce choix. Elle identifie en premier le contraste entre l'énergie qui se dégage de la démarche et la vieillesse du couple. S'agit-il d'une projection de la manière dont elle aimerait vieillir ? En couple vraisemblablement, à la campagne pour retrouver les sources, la vérité, la beauté. Peut-être est-ce également une forme de représentation actuelle de son couple : elle, marchant devant et son mari derrière, ensemble, avançant dans la vie malgré les tentatives de suicide de Monsieur, ses relations extra-conjugales et le cancer. Ariane parle ensuite de sa photo de groupe qui représente quatre femmes, comme nous l'avons été dans cet atelier. En effet, Katia, absente ce jour, n'est pas prise en considération ici. Ariane parle d'échanges complices, de partage bienveillant et de confiance dans ce groupe. Cette notion de confiance est introduite ici et nous rappelle ce que disait D.W. Winnicott

(1971)³²² de la confiance nécessaire à trouver en la mère pour se subjectiver et pour pouvoir aussi se séparer. Si nous reprenons ceci sous l'éclairage de R. Kaës (1999)³²³ avec son équation « groupe = mère », Ariane propose aux femmes une représentation d'un groupe permettant le développement personnel de chacune et prêt à se séparer car chaque femme peut être sûre que toutes vont y survivre. Rachel a perçu dans cette photo de sentier dans la forêt la force de vie dégagée par les arbres. Je mets aussi cela en avant lorsque je parle de ma photo de groupe des femmes africaines. J'ai une représentation sonore associée à cette image que je décris : « j'imagine qu'elles parlent fort et rient ensemble ». Mathilde a fait preuve de beaucoup d'humour dans ce groupe, nous avons ri. Tout ceci me renvoie l'image d'un groupe bien vivant malgré les menaces de mort récentes portées sur chaque patiente, c'est aussi parce que ce groupe était très vivant que cela leur permet de le rester aussi individuellement. Katia, évacuée de la représentation finale de ce groupe, avait pu montrer toute la lutte engagée en elle pour survivre malgré tout, mais elle incarnait également des aspects plus mortifères du groupe : vécus dépressifs d'effondrement, envie dévoratrice, maladie chronique. Sans doute est-ce la raison de son éviction.

IV.3 LES AFFECTS MOBILISES ET PARTAGES DANS LE GROUPE

IV.3.1 SOLUTIONS DEFENSIVES FACE A L'AFFECT : MODALITES D'EXPRESSION ET NEGATIVATION

IV.3.1.1 L'HYPEREXPRESSIVITE

IV.3.1.1.1 La fixation d'Iris sur ses sourcils³²⁴

Ariane explique que la ligne des sourcils est très importante en esthétique, car c'est elle qui vient donner l'équilibre et l'harmonie à l'ensemble du visage.

- *Joséphine : « Moi j'ai fait faire un tatouage semi-permanent il y a 12 ans pour le mariage de mon fils et j'ai trouvé ça super. J'ai eu à faire juste 2 retouches depuis ».*
- *Iris : « Moi ils sont tous tombés avec la chimio. Depuis la repousse, je n'ai pas encore osé me faire épiler tellement ils sont clairsemés, mais ça me choque de me voir sans. Avant ils étaient très denses et bien épais ». Elle demande à Ariane : « Vous pourriez me dessiner les deux s'il vous plaît ? ».*

³²² Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard, 1975.

³²³ Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF.

³²⁴ Cette séquence se déroule au moment de la phase d'activité du maquillage lors de l'atelier Maquillage du groupe n° 3.

Émilie se regarde après avoir repris au crayon sa ligne de sourcils, mais elle se trouve l'air très sévère. Ariane va alors estomper son tracé pour le rendre plus doux. Mirella attend, regarde Ariane.

- *Joséphine demande à Mirella : « Vous ne faites pas ? Essayez ».*
Ariane dit qu'elle a en main le seul crayon gris qu'elle doit certainement attendre.
- *Mirella : « Non non ce n'est pas que pour ça ! ».*
- *Iris : « Je fais une fixation sur mes sourcils ! ».*
- *Joséphine : « Je sais ce que c'est ... J'ai fait pendant des années une fixation sur mes oreilles ! ».*
- *Iris : « Mes sourcils sont tombés à peu près deux mois après la première chimio ».*
- *Joséphine : « Pour moi aussi ! ».*
- *Émilie : « Moi ils ne sont presque pas tombés. Mes cheveux par contre oui, au bout de 3 semaines. Et ils ont repoussé différents d'avant, plus foncés et ondulés ».*
- *Iris : « Moi aussi ils ont repoussé ondulés ... Et là ça y est je m'y suis faite ! ».*
- *Mirella : « De toute façon, les cheveux c'est toujours mieux chez les autres ! ».*
Ariane donne l'idée à Iris de se créer un pochoir en plastique souple pour pouvoir avoir le gabarit des sourcils et les tracer tous les jours au crayon.
- *Iris : « Vous m'enlevez un poids là avec cette idée ... Les sourcils, c'est ce que je regarde en premier chez les autres tellement c'est un complexe pour moi ! ».*

Avant cette séquence, Iris trouve rapidement que la technique de maquillage transmise est trop développée, qu'il y a trop de choses à faire. Elle n'imagine pas dans un premier temps pouvoir intérioriser uniquement ce qui pourrait lui servir selon ses attentes ou ses besoins. Elle fait référence à son rythme de vie ralenti depuis la maladie. « Tout me prend du temps maintenant ». Puis au moment de maquiller les sourcils, Iris parle de ce qui s'avère aujourd'hui être devenu un complexe, d'après ses propres mots. Ils - ses sourcils - sont tombés deux mois après le début de la chimiothérapie et ne semblent pas repousser. Nous voyons alors comment elle sollicite l'accompagnement d'Ariane afin qu'elle lui montre comment retracer au crayon sa ligne de sourcils. « En m'apprenant à faire ça, vous m'enlevez un poids », conclura-t-elle. Pour le reste, Iris s'autorise à ne pas faire tout à fait comme ce que propose la socio-esthéticienne, et reste concentrée sur ses sourcils, qu'elle retravaille encore, refaisant encore et encore les mêmes gestes, comme pour s'entraîner jusqu'à la fin de l'atelier. Dans l'atelier suivant, Iris parle rapidement du fait qu'elle a désormais acquis la technique de maquillage des sourcils. Les autres femmes lui renvoient d'ailleurs immédiatement qu'ils sont parfaits comme ils sont. Iris opérait une fixation sur les transformations physiques (sourcils, cheveux) engendrées par les soins et leurs effets, sans doute pour lutter contre l'émergence d'angoisses de mort, comme bien d'autres patientes. Il est alors important de les prendre en considération, à la « juste » valeur donnée par ces femmes, c'est-à-dire sans préjuger de futilités esthétiques dans ce contexte de maladie potentiellement mortelle, afin d'accéder aux représentations et éprouvés qui y sont associés. Iris ne se reconnaissait plus sans sourcils. Son visage et son regard,

censés refléter sa vie psychique et émotionnelle, étaient devenus inexpressifs et non communicants, à l'image du miroir maternel, à cause aujourd'hui de l'atteinte de la maladie d'Alzheimer, mais aussi déjà avant finalement d'après Iris. Joséphine, quant à elle, parle d'une fixation sur ses oreilles qu'elle trouve décollées. Cependant, il semble qu'elle soit ancienne, datant d'avant le cancer, et elle reviendra à l'atelier suivant en nous montrant fièrement avoir fait pratiquer une chirurgie pour les recoller. Cela faisait des années qu'elle y pensait. L'expérience du cancer et des ateliers également lui auront donné l'élan nécessaire pour oser franchir le pas.

IV.3.1.1.2 La parole débordante de Claire³²⁵

Ariane introduit cette présentation en disant que selon la personnalité, le contexte et les circonstances, nous pouvons avoir un ou plusieurs styles vestimentaires. Elle ajoute que la mode passe mais que le style reste. Elle fait passer dix planches qui présente chacune l'un des styles suivants :

- *Dramatique : pour les femmes qui ont envie d'être vue, d'être provocatrice.*
 - *Créatif : C'est le style des créateurs. Claire pense que c'est un style particulier.*
 - *Couture : Il y a des bijoux en or, des tissus nobles, des talons hauts et fins, c'est le luxe, les femmes ne passent pas inaperçues ... Maggie dit que les sacs à main sont très beaux.*
 - *Actuel : C'est un look simple, citadin, adapté au quotidien. C'est un style confortable-chic.*
 - *Naturel : Look décontracté. Maggie montre une tenue et dit qu'elle l'aime beaucoup.*
 - *Romantique : Les qualificatifs de ce style sont : féminin, séducteur, délicat, ancien, avec des tissus dentelle, de la mousse, des boucles ...*
 - *Étudiant : Ce style est défini par des chaussures plates, un jean, un pull ample, une grande écharpe et un gros sac.*
 - *BCBG : Tailleur / Chemisier, ce style ne répond pas du tout à la mode. Maggie dit que ce style est très élégant, joli. Ella dit qu'elle portait ce type de tenue quand elle travaillait dans la finance avant. Claire dit aussi qu'elle mettait ce type de vêtements aussi quand elle travaillait, maintenant ils restent au fond du placard.*
 - *Gamine : Claire dit : « Ah oui, c'est un style ça aussi ? ». Maggie : « Moi si j'étais gamine, et j'en suis loin maintenant, j'aimerais porter des salopettes ».*
 - *Sportif : il peut être très féminin, puisqu'on voit ici que la femme porte une jupe.*
- *Maggie dit beaucoup aimé le style naturel. Elle pense faire partie du style actuel, bien qu'elle hésite avec le style BCBG.*
 - *Ella pense se situer dans les styles couture et actuel car elle porte beaucoup de talons hauts et d'accessoires.*

³²⁵ L'extrait suivant est issu de l'atelier Conseil en Image 2 du groupe n°6. Maggie avait été absente au premier atelier. Elle est actuellement encore hospitalisée dans l'unité de chirurgie le jour de ce deuxième atelier car elle a dû être réopérée après l'apparition d'un hématome. L'infirmière qui s'occupe d'elle ce jour me prévient de sa présence et de son besoin d'être sollicitée pour participer à l'atelier. Je vais alors la saluer dans sa chambre ce qui l'incite à venir. Claire arrive un peu en retard ce jour-là, après que Maggie se soit présentée au groupe. Nous en arrivons dans l'atelier à la phase d'activité qui consiste en la présentation des dix styles vestimentaires et en l'identification du/des style(s) de chacune des femmes.

- Claire parle des styles actuel et classique.
- Maggie dit : « Après, moi j'aimerais bien sortir comme ça », en montrant une photo de danseuse de Hip-Hop, « Mais à mon âge, j'ose pas de peur que les gens se retournent. Les trois styles me plaisent ».
- Ariane : « Quand on a peur de changer de style, on y va progressivement. Par exemple vous pourriez mettre un jean et des baskets ».
- Maggie : « Le dimanche, je mets des baskets et un jogging. Pour le bas, j'ai jamais eu de problème pour m'habiller, mais pour le haut, comment on fait sans seins ? », dit-elle en se mettant à pleurer, « J'ai envie de baisser les bras parfois ».
- Claire dit : « Changer de look ! Comme dans l'émission ! ».
- Je réagis : « C'est pour changer de vie dans l'émission de télé ».
- Claire : « Moi là j'arrive plus à lever le bras depuis que j'ai été opérée, c'est difficile pour m'habiller par exemple, je peux plus faire mes vitres non plus ».
- Maggie : « Je le fais quand même moi, j'essaye en tout cas, je baisse pas les bras ! J'aurais pu c'est le troisième cancer, mais là ce qui est dur c'est l'ablation des deux seins ».
- Claire : « Oh ! Vous vous êtes fait enlever les deux seins ? Je savais pas ! Mais c'est rien ça ! C'est comme ce que je disais à ma fille pour la perte des cheveux. Elle a un ami qui a une maladie qui fait qu'il n'a pas de cheveux et les filles sortent quand même avec lui ! Mais c'est peut-être dans votre sexualité que c'est gênant ? ».
- Maggie : « Non, mais il faut l'avaler ça de plus avoir de seins. J'étais en colère contre le chirurgien même si je l'avais dit que je voulais tout me faire enlever. Sous le coup de la colère quand le radiologue m'a dit qu'il y avait encore quelque chose à la mammo de contrôle, j'ai dit je vais me faire enlever les deux seins, comme ça on n'en parle plus ! sauf que j'ai fait un lymphocèle à droite, un hématome à gauche ... Et puis j'ai du mal avec ma silhouette sans seins. Mon mari dit tout le temps : « je l'ai prise avec des seins je la garde sans ». Moi je me sens handicapée sans seins ».
- Claire : « J'ai lu des livres, et je vois que même en faisant de la chimio on peut faire une récidive, ça peut même faire venir d'autres cancers. Est-ce que vous pouvez me conseiller de l'homéopathie à prendre ? ».
- Maggie : « Moi je lis pas de livres et je ne regarde pas sur internet parce que je trouve que c'est inquiétant ».
- Ella : « Avant je lisais beaucoup de choses sur internet, et mon mari m'a fait réaliser que le pire était sur internet ».
- Claire s'adresse à Maggie : « C'est un cancer canalaire, celui de l'allaitement que vous avez ? ».
- Maggie : « Je ne sais pas, j'ai jamais demandé. C'était sur le côté et c'est tout ce que je sais. De toute façon ça sert à rien de se comparer et de comparer les cancers. Quand j'ai eu le premier, je me suis dit ça se guérit. Au deuxième sur l'autre sein, je me suis dit ce sera fait. Au troisième, ça a été très dur ... ».
- Claire : « Vous voyez, vous avez eu des traitements et pourtant vous avez récidiver deux fois ... A quoi ça sert ? ».
- Ariane : « Vous pouvez faire confiance au corps médical qui vous accompagne ».
- Maggie : « Je suis désolée si mon expérience vous inquiète. Ça ne vous rassure pas ce que je vous dis ».
- Claire : « J'ai très peur de la chimio ... ». Elle dit à Ella : « C'était la dernière pour vous ? Moi je vais attaquer et j'ai peur ».
- Maggie : « Bon stop là, on arrête, on passe à autre chose ».

Dans cet extrait Ella est présente, mais nous assistons à un échange quasi exclusif entre Claire et Maggie puisqu'Ella participe aux échanges qui concernent le look vestimentaire mais qu'elle ne prendra ensuite la parole qu'une seule fois. Pour autant, Claire l'interpelle lorsqu'elle demande confirmation que celle-ci vient de terminer ses cures de chimiothérapie, et qu'elle rajoute sans même attendre sa réponse qu'elle est terrorisée de commencer les siennes. Au début de la séquence, Maggie parle des styles vestimentaires présentés, de ceux qu'elle aime. Puis dès qu'elle parle de son expérience, elle se met à pleurer, ce qui active une forte angoisse chez Claire qui déverse ses projections sur le groupe et pose énormément de questions. Elle a du mal à contrôler son débit de parole, donnant l'impression parfois d'acculer Maggie à répondre. Au point que celle-ci en est obligée de signifier abruptement à Claire que cette discussion doit s'arrêter. Claire semble être en permanence en recherche de la raison de la survenue de ce cancer, elle consulte toutes les sources disponibles comme des livres, des sites internet, et elle a du mal à faire la part des choses entre sa propre expérience de la maladie, et les informations généralistes qu'elle peut lire sur le cancer. Elle paraît toujours sous l'effet traumatique de l'annonce qui semble avoir sidéré ses mécanismes de défenses, et avoir ouvert en elle une faille narcissique béante qu'elle ne parvient pas à suturer. Elle pose des questions aux autres femmes, mais parfois elle n'entend pas leurs réponses. Ses questions tournent en boucle en elle, et quoiqu'il se passe, rien ne l'apaise. Elle ne viendra plus aux ateliers après celui-ci. Elle reste en contact téléphonique avec moi et dira qu'elle est bien malade à cause des cures de chimiothérapie qui ont lieu quelques jours avant les ateliers. Elle ne se sent pas la force de venir. Le groupe semble avoir été vécu comme source de trop d'investissements objectaux à un moment où elle nécessite de se recentrer sur elle. De plus, le groupe n'aura sans doute pas réussi à l'aider à contenir et à élaborer ses angoisses. Nous avons la sensation parfois qu'elle était enfermée dans une communication intrasubjective, adressée dans sa forme à l'autre, mais sans que l'autre ne puisse transformer sa manière de penser, hormis lorsqu'elle entendait des informations encore plus inquiétantes que ce qu'elle avait déjà pu imaginer. Cela a été le cas dans sa rencontre avec Maggie.

IV.3.1.2 LES DIFFERENTES FORMES DU NEGATIF

IV.3.1.2.1 Les patientes qui s'absentent : Myrta, Rachel

Myrta et Rachel sont deux patientes qui ne sont pas venues à un ou plusieurs ateliers sans avoir prévenu. Toutes deux sont revenues ensuite et ont participé au dernier atelier de leur

cycle afin que le groupe puisse se quitter. Elles sont également revenues à l'hôpital pour réaliser les deux entretiens post-ateliers.

Myrta est absente à l'atelier 2 Maquillage du groupe n° 1. Je ne trouve pas de message sur mon répondeur téléphonique avant l'atelier et les autres patientes n'ont pas de nouvelles d'elle non plus. Nous décidons alors de l'attendre quelques minutes au début de l'atelier. Dès la fin de l'atelier, de retour dans mon bureau, je décide de l'appeler pour prendre de ses nouvelles. Sans réponse, je laisse un message pour lui rappeler qu'elle sera la bienvenue au troisième et dernier atelier trois semaines plus tard. Celle-ci me rappellera dans l'intervalle jusqu'au prochain atelier pour s'excuser de ne pas avoir prévenu et pour m'expliquer les raisons de son absence : encore une sigmoïdite aiguë qui l'a clouée au lit pendant plusieurs jours. Puisqu'elle est attendue au dernier atelier, elle m'annonce qu'elle sera parmi nous. J'apprendrai aussi plus tard que, durant cette période, elle a vécu un épisode de conflit avec sa fille qui l'a beaucoup affaiblie, dira-t-elle. Myrta a également travaillé longtemps comme vendeuse en parfumerie, elle disait avoir une grande connaissance des produits de maquillage. Cet atelier-ci ne lui semblait peut-être pas si important ?

Rachel s'absente aussi de son groupe à deux reprises, durant les ateliers 4 Soin du Visage 2 et 5 Maquillage 1, deux ateliers qui se suivent. Elle ne prévient pas de son absence, ni pour l'un, ni pour l'autre. Lorsque Mathilde se retrouve seule à l'atelier 5 et constate l'absence de Rachel pour la deuxième fois consécutive, elle dit qu'elle l'appellera en sortant pour lui dire qu'elle « ne peut pas la lâcher » dans cette aventure. Mathilde et Rachel s'étaient en effet échangé leurs numéros de téléphone dès le début du groupe afin de se donner des adresses de coiffeur-perruquier et de boutiques de lingerie. Je l'appelle également entre l'atelier 4 et l'atelier 5 pour prendre de ses nouvelles et l'inviter à revenir à l'atelier 5. Je laisse un message. Je la rappelle au sortir de l'atelier 5 pour lui dire qu'elle est toujours attendue pour le dernier atelier qui signera la fin du groupe. Je lui parle en direct au téléphone et lui redonne la date. Rachel reviendra pour cette dernière séance et sera bien participative. Elle ne dit pas grand-chose de son absence. Elle laisse transparaître une humeur dépressive depuis quelques semaines qui l'enferme chez elle « devant la télé à manger du chocolat ». Nous avons aussi constaté que la temporalité semblait confuse chez Rachel. Au premier entretien, il nous avait été quasiment impossible de retracer son parcours de vie. De plus, elle avait décrit un vécu de lâchage de la part de son chirurgien qui ne l'avait toujours pas contactée presque deux mois après l'intervention chirurgicale pour lui communiquer les résultats d'analyse et le compte-rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire. Ce lâchage aurait pu provoquer un comportement de retrait, voire de lâchage à son tour du groupe, des autres objets hospitaliers soignants.

Pour ces deux patientes, il semble que le fait que je me manifeste auprès d'elle et que je puisse leur signifier que le groupe les a investies, qu'elles y ont une place et qu'elles sont attendues leur ait permis de revenir et de vivre l'expérience des ateliers jusqu'au moment de la séparation du groupe pour l'atelier 3 du groupe n° 1 pour Myrta, et pour l'atelier 6 du groupe n° 8 pour Rachel. Rachel a également sans doute été sensible à la sollicitation de Mathilde.

IV.3.1.2.2 Les patientes qui renoncent à leur participation : Madeleine, Mila

Lorsque je rencontre Madeleine pour la première fois, elle vient d'entrer dans le service de chirurgie pour être opérée le lendemain matin d'un cancer de l'ovaire. Elle sait d'ores et déjà qu'elle aura de la chimiothérapie. Je lui parle du Dispositif d'ateliers à la fin de notre rencontre pour lequel elle se montre très intéressée. Nous nous revoyons donc au lendemain de la chirurgie pour que je lui donne plus de détails pratiques et les dates du prochain groupe. Cependant, Madeleine ne viendra à aucun atelier. Elle reste en contact lors des deux premiers, en me laissant un message soit juste avant, soit le lendemain de l'atelier pour me dire qu'elle se sent très fatiguée par son traitement de chimiothérapie et qu'elle n'arrive pas à trouver l'énergie de venir. Je la rassure par message également et lui dit que sa place est conservée pour quand elle se sentira de venir. A la fin du troisième atelier, je l'appelle et lui parle directement. Madeleine me dit aller plus mal somatiquement à chaque cure, avoir de plus en plus d'effets secondaires qui durent, et se sentir en baisse de moral. Elle renonce par conséquent à venir. Elle en est attristée et aurait aimé pouvoir participer quand elle serait rétablie physiquement et psychologiquement.

Je rencontre également Mila en service de chirurgie, le lendemain de son intervention pour un cancer du sein. Elle se montre aussi enthousiaste que Madeleine lorsque je lui propose de participer aux ateliers. Elle souhaite pouvoir s'inscrire tout de suite, avoir les dates pour pouvoir s'organiser car elle décrit un emploi du temps plutôt chargé entre son travail à son compte, qu'elle n'arrêtera pas pendant les traitements, et ses deux enfants. Finalement, Mila m'écrit un courriel le matin du premier atelier pour me dire qu'elle renonce également à participer aux ateliers car elle n'envisage pas comment prendre ce temps dans son organisation. Elle imagine alors qu'une autre femme pourra prendre sa place.

Les raisons qui poussent Madeleine et Mila à abandonner leur inscription aux ateliers sont différentes : Madeleine n'avait pas anticipé que les cures de chimiothérapie allaient avoir un impact si fort sur sa forme. Mila, quant à elle, ne fait pas de place au cancer et au soin dans son rythme de vie actuel. Cela lui permet sans doute de traverser le début des soins sans être

submergée émotionnellement par l'attente des résultats de la chirurgie. Rien ne doit bouger dans son organisation personnelle pour le moment.

IV.3.1.2.3 Les patientes qui disparaissent : Solène, Maeva

Je rencontre Solène à deux reprises au moment de son hospitalisation en service de chirurgie : une première fois sur sa demande, en présence de son mari qui se dit « anti-psy » mais qui reste tout de même pour participer à l'entretien ; puis une deuxième fois, seule, lorsque je lui propose de participer aux ateliers. Je la revois ensuite une troisième fois pour un entretien ambulatoire avant le démarrage des ateliers. Solène semble bien déprimée par l'annonce de cancer déjà très développé. Elle éprouve une forme de culpabilité à ce jour car elle a senti un nodule douloureux dans son sein six mois auparavant sans en avoir parlé. Elle rapporte aussi des épisodes de vie difficiles avec une mère qualifiée elle-même de dépressive, et auprès de son mari qu'elle ne juge pas toujours très compréhensif envers elle. Solène est présente au premier atelier, elle y est même bien participative. Rien ne laissait présager de sa disparition définitive pour les deux suivants et pour la suite du Dispositif. Malgré des appels après chaque atelier et deux rappels pour prendre les rendez-vous des entretiens post-ateliers, Solène ne me donnera plus jamais de nouvelles. Qu'est-ce qu'il a bien pu se passer pour elle ? Je me suis inquiétée pour elle, ayant beaucoup pensé à elle, même après l'arrêt de la recherche. J'ai bien sûr imaginé que son cancer s'était compliqué et qu'elle en était morte. J'ai eu des difficultés à vivre le fait de ressentir avoir une bonne accroche relationnelle avec elle lors de nos rencontres, mais qui s'est désagrégée après le premier atelier du groupe n° 5. Je me souviens être sortie du premier entretien en ayant l'impression d'avoir passé un examen de compétences : si le mari de Solène approuvait mon intervention auprès de sa femme, il y avait des chances pour que Solène puisse saisir mon offre de soin. Je n'avais pas senti de sa part une capacité à lui imposer son choix. Et pourtant, il me semblait que l'enjeu pour Solène de débiter à présent un travail psychothérapique était de pouvoir prendre de la distance avec ses vécus abandonniques et dépressifs liés à la dépression maternelle rejoués dans sa relation de couple. Solène semble s'inscrire dans un suivi, mais qui s'interrompt lorsqu'elle se retrouve en groupe. Les angoisses schizo-paranoïdes typiques lors des débuts de groupe auraient-elles été trop submergeantes pour Solène ? Seraient-elles venues réactiver des angoisses d'abandon ingérables ? Nous pourrions imaginer que la présence des autres patientes lui aurait fait vivre de la rivalité et donc une menace de perdre l'attention des animatrices. Mais nous pourrions également penser que sa participation active a été le signe d'un fort investissement de sa part, qui dans l'après-coup a pu devenir inquiétant pour elle : que ce serait-il passé si elle s'était sentie désinvestie par la suite

par les autres membres du groupe ? Mieux vaut alors quitter le groupe, mettre fin activement à la relation, plutôt que de subir passivement l'abandon.

Maeva participe quant à elle à deux ateliers, le premier Conseil en Image 1, et le cinquième Soins du Visage 1, sur les six proposés dans son groupe n° 6. Je la rencontre une première fois en ambulatoire sur sa demande, quelques mois après la fin des soins adjuvants pour un cancer du sein. Elle continue à avoir encore quelques soins hospitaliers de chimiothérapie spécifique, et elle fait également partie d'une étude médicale qui l'amène à revenir voir son oncologue régulièrement. Maeva souhaite que sa mère entre dans le bureau avec elle. Lorsque je l'interroge sur cela, elle répond que c'est pour que celle-ci ne sente pas seule dans le couloir, et qu'elle ne comprendra pas de toute façon nos échanges parce qu'elle est uniquement italophone. Je lui parle en fin d'entretien des ateliers. Maeva est contente de pouvoir bénéficier de ce type de soin, elle imagine que cela pourra avoir des répercussions positives dans son couple qui ne va pas très bien depuis la maladie. Cependant elle n'arrivera pas à investir suffisamment cet espace pour y trouver un soutien. Elle arrive très en retard au premier atelier en prévenant dans le service qu'elle se trouve dans un embouteillage. Elle manifeste très vite beaucoup d'angoisse, qui alimente celle de Claire et inversement. Maeva parle beaucoup de toutes les pensées qui lui traversent l'esprit et parvient peu à s'apaiser. Elle me prévient de son absence juste avant le deuxième atelier, mais pas pour le troisième, ni pour le quatrième, ni pour le sixième, malgré des messages téléphoniques de ma part. Lorsqu'elle revient au cinquième atelier Soins du Visage 1, elle se retrouve avec Ella en binôme pour la réalisation des soins. Elle explique avoir des difficultés pour venir en fonction de l'emploi du temps de ses deux enfants en bas âge. Maeva restera injoignable par la suite. Elle ne répondra pas au téléphone, et ne rappellera pas après des messages laissés. Nous ne pourrons pas prendre de rendez-vous pour les entretiens post-ateliers.

Contrairement à Solène qui n'avait montré aucun indice de sa disparition, Maeva semblait dès le début fragile dans le groupe, en proie à des angoisses de mort prenant la forme d'une hypocondrie majeure, d'un discours développé, de questions insatiables et d'une incapacité à trouver réassurance dans le groupe tant l'écho sans doute avec Claire a été fort au départ, puis avec Ella par la suite.

IV.3.1.2.4 La posture en retrait d'Émilie et la posture d'observation d'Ella

Nous pouvons constater qu'Émilie et Ella semblaient avoir adopté une posture bien silencieuse dans leur groupe respectif. Nous pourrions identifier plutôt une posture en retrait pour Émilie, qui ne participe qu'à peu d'échanges avec les autres membres du groupe, et qui

parfois semble même s'absenter complètement en se retirant au fond d'elle, pendant les phases d'activité de maquillage et de soin du visage notamment. Émilie reste toutefois accessible lorsqu'on l'interpelle, elle formule des demandes, mais elle ne semble pas prendre part activement aux échanges de groupe. L'image que je me fais d'elle au moment de l'entretien d'inclusion est celle d'une femme effacée, centrée sur sa vie de famille et sur son travail qu'elle exerce d'ailleurs dans le cadre familial (parents, conjoint) pour se protéger des agressions extérieures. Il faut dire que Joséphine et Iris remplissent tout l'espace et partagent leurs angoisses verbalement ou par le climat qu'elles instaurent. Mirella, quatrième membre du groupe n° 3, intervient peu également, elle se dit gênée par son accent et son manque de maîtrise de la langue française. Cette dernière semble suivre pour autant tous les échanges. Tout comme Ella dans les deux premiers ateliers du groupe n° 6 qui observe beaucoup les échanges entre les participantes, y prend part de temps en temps, et écoute vraiment tout ce qui se dit. Nous en avons la confirmation au temps de Photolangage© du sixième atelier, lorsque Ella reparle des échanges qui ont eu lieu entre Claire et Maggie notamment en citant le contenu. Elle avait bien observé non seulement la scène, mais également les ressentis de gêne que celle-ci avait générés en elle. Qu'est-ce que cette attitude vient dire de son mode d'être au monde ? S'est-il modifié depuis la deuxième atteinte cancéreuse ? Ou est-ce le groupe de patientes qui l'inhibe, à cause de ses réticences à y participer ?

IV.3.2 LES ANGOISSES

IV.3.2.1 AGONIES PRIMITIVES : CRAINTE DE L'EFFONDREMENT ET AUTRES ANGOISSES ARCHAÏQUES DE MORT

IV.3.2.1.1 Marion et la crainte de l'effondrement³²⁶

- *Je me présente en redonnant mon nom, ma fonction dans le service hospitalier, et comme co-animatrice dans les ateliers auprès d'Ariane, la socio-esthéticienne.*
- *Ariane enchaîne alors. Marion y réagit en disant que c'est le prénom de sa sœur. Blanche dit que c'est le prénom de sa mère ...*
- *Janie exprime le fait que c'est difficile de commencer ...*

³²⁶ Cette séquence est tirée du premier atelier du groupe n° 7. Les femmes de ce groupe se rencontrent pour la première fois. Janie et Blanche sont arrivées depuis déjà quelques temps lorsque nous décidons de les faire entrer dans la pièce. Elles attendaient assises dans le couloir chacune à un bout du banc, absorbée dans leur lecture respective. Marion arrive quelques minutes après que nous ayons fermé la porte de l'atelier, accompagnée par son mari, qui n'était d'ailleurs pas sorti pour l'entretien d'inclusion et avait plutôt poussé sa femme à participer aux ateliers. Le mari de Marion toque à la porte et dit : « C'est pour ma femme, pas pour moi ! ». Je réponds en souriant : « Vous auriez peut-être eu envie que ce soit pour vous ! ». Il sourit en réponse, l'air hébété, laisse entrer Marion qui s'installe autour de la table, puis il referme la porte.

- *Marion prend ensuite aussitôt la parole : « Je m'appelle Marion, j'ai 64 ans. Le cancer m'est tombé sur le coin de la tête au moment de Noël. Ça m'a donné envie de me battre car j'ai vu toute ma famille à cette occasion. J'ai 3 enfants et 8 petits-enfants. J'ai été opérée 2 fois, le 28 novembre à Voiron et le 4 février ici. Le ganglion sentinelle s'est révélé positif alors j'ai gagné la chimio ... comme vous j'imagine ... (dit-elle en regardant les autres) ».*
- *Janie : « Moi, j'ai eu la chance d'échapper à la chimio ! Je suis Janie, j'ai 62 ans. J'ai 2 enfants, 8 avec mon mari qui avait 6 enfants d'un premier mariage. Nous avons du coup 15 petits-enfants de son côté et 1 pour moi d'un de mes fils. J'ai été opérée d'un cancer du sein en octobre. J'ai voulu tout faire en même temps, comme ça pas besoin d'y repasser à l'opération. Pour l'instant, je m'en sors plutôt pas mal, je fais face ... » (J'ai revu récemment Janie pour le 2^{ème} entretien post-ateliers, celle-ci était inquiète car elle avait passé une échographie de contrôle et le radiologue avait décelé une image sur l'autre sein).*
- *Blanche enchaîne : « Je m'appelle Blanche, j'ai 56 ans ». Je réagis car ce n'est pas le prénom que j'avais noté quand elle a pris rendez-vous, ainsi que sur ses étiquettes. Elle explique alors que ses parents lui ont donné un prénom enregistré d'une certaine manière à l'état civil. Et que c'est pour cela que les dossiers administratifs le mentionnent ainsi. Elle a demandé récemment un changement à l'état civil. Elle attend la réponse.*
- *Blanche continue : « Je suis divorcée, je vis seule. J'ai 2 enfants, 3 petits-enfants. On m'a découvert un cancer du sein en juillet-août dernier. J'ai eu 4 chimio et je viens d'avoir ma dernière séance de radiothérapie aujourd'hui. Il reste maintenant à se reposer et à reprendre le travail ».*
- *Marion l'interpelle : « Vous avez passé des séances plus difficiles que d'autres ? Comment les avez-vous supportées ? »*
- *Blanche : « Je me suis sentie bien avant et pendant toutes les séances, c'est après que je ressentais de la fatigue et des douleurs. Moi je ne me sentais pas malade, c'est les traitements qui nous rendent malade ! ».*

Question : « Comment diriez-vous que vous vous sentez actuellement ? »

- *Blanche demande : « Sur une échelle de 1 à 10 par exemple ... (et elle rit). Physiquement je me sens fatiguée, j'ai hâte de me sentir en pleine forme. Psychologiquement, je traverse une période de déprime plutôt. Comme je vis seule, c'est difficile de parler avec quelqu'un, j'ai une conversation limitée avec mon chat. »*
- *Marion lui demande : « Vous avez des amies ? »*
- *Blanche répond : « Oui, mais ... »*
- *Marion reprend : « On ne peut pas toujours en parler, et puis on veut sortir de ça ... ».*
- *Janie : « Sur une échelle, je dirais 8 ! Je me sens bien. J'ai fini la radiothérapie il y a 15 jours. Il fait beau, je viens de déménager. Je suis fatiguée, mais ça vient de tout ça. Ça m'a bien occupée, ça m'a obligée à penser à plein de choses. Je garde aussi mon petit-fils 2 fois par semaine, il a 2 ans et ½. Par rapport à il y a un an, il y a tout pour être heureuse ! C'est peut-être de la négation de vouloir être heureuse. J'ai la chance d'être en retraite depuis un an. Depuis je m'organise pour marcher, sortir ... J'essaie de bouger, de me changer les idées ... La seule ombre au tableau, c'est que j'ai pris 7 kg, alors que quand on a un cancer on maigrit. Depuis toujours j'ai des problèmes de poids et là ça revient ! ».*
- *Marion : « Moi physiquement, déjà avant j'étais bien fatiguée. Je m'en suis rendu compte quand je faisais un voyage l'été dernier avec mon mari. Une de mes sœurs a aussi un cancer du sein, j'étais donc déjà surveillée. Maintenant je remonte, et j'y verrai plus clair au printemps prochain. Je m'attends à être au fond de mon lit, mais j'ai des activités à la maison, je peins, j'aime écouter les infos ... J'ai 3 enfants et 8 petits-enfants. Je veux garder mon intégrité physique. On voulait m'enlever mon sein et j'ai tout fait pour ne pas l'enlever.*

A Voiron, je suis allée faire une opération pour enlever le nodule, et quand je me suis rendue tranquillement à la visite post-opératoire, le chirurgien m'a annoncé qu'il s'agissait d'un cancer. Le choc ! Je ne veux pas montrer de moi une image lamentable. Quand j'irai mal, je resterai dans mon lit, et quand ça ira mieux, j'irai voir mes copines ».

- *Blanche : « Moi, j'ai un sein en moins, plus de cheveux, mais je ne me sens pas diminuée ! ».*
- *Marion : « On a besoin d'être soutenue » dit-elle en me regardant. « J'essaie d'être sereine, mais il faut être soutenue ! Pour ne pas non plus nous voir pleurer. Je veux préserver mon mari que j'ai vu pleurer, et je ne voudrais pas qu'il attrape quelque chose lui aussi à cause de moi ».*
- *Je m'adresse à elle : « Vous avez pensé à cela ? »*
- *Marion : « Oui, et à la mort aussi ! »*
- *Janie : « Je me suis vue morte quand ADEMAS m'a dit qu'il fallait que je consulte. Je devais aller en week-end. Quand j'ai vu la mer, j'ai pensé que ce serait peut-être la dernière fois. Pour moi, ce qui a été le plus dur a été de gérer l'annonce à mes enfants. ».*
- *Blanche : « Ma fille est infirmière, alors elle a des références médicales en face. »*
- *Marion : « Ma belle-fille l'est aussi. Elle est adorable ... ».*

Dans cet extrait, les participantes du groupe n° 7 font connaissance, elles se rencontrent pour la première fois. C'est Marion qui donne le ton des échanges : elle se présente par son prénom et son âge, puis elle parle immédiatement de l'effet de choc qu'a produit sur elle l'annonce du cancer du sein. Elle termine sa prise de parole par une question adressée aux autres femmes concernant la chimiothérapie. Sa formulation « j'ai gagné la chimio, comme vous j'imagine ... » laisse entendre une tentative d'humour qui s'avère plutôt ironique dans sa manière de faire avec la décision de soin. Elle chercherait à savoir si elle peut trouver du soutien parmi les autres femmes en terminant par une question qui les invite à témoigner de leur expérience. Blanche et Janie portent toutes les deux les cheveux courts, serait-ce un signe d'effet secondaire de chimiothérapie que Marion aurait interprété ?

C'est alors Janie qui prend ensuite la parole. Elle avait tenté de débiter le tour de table en disant qu'il lui paraissait difficile de commencer, et Marion avait alors poursuivi, vraisemblablement ne pouvant plus attendre pour exprimer ses vécus depuis l'annonce-diagnostic. Janie se présente, témoigne de son expérience des traitements et de ses ressentis, en ayant eu la chance selon elle d'échapper à la chimiothérapie.

Enfin Blanche prend la parole, et s'instaure ensuite un échange privilégié entre elle et Marion, cette dernière s'identifiant immédiatement à elle puisqu'elle a dans son parcours de soin de la

chimiothérapie, traitement tant redouté par Marion dans cette période d'attente dans laquelle elle se trouve³²⁷.

Dans la suite des échanges, Marion donne forme à ce qu'elle redoute ou, en terme winnicottien, à ce qu'elle craint : l'effondrement physique bien sûr qui pourrait survenir par accumulation de fatigue, les effets secondaires divers, mais aussi l'effondrement psychique dépressif représenté par la perte de l'intégrité physique et un repli narcissique important au fond de son lit. Elle imagine même que son effondrement pourrait entraîner celui de son mari par répercussion si elle était amenée à l'exprimer : et s'il tombait malade lui aussi à cause d'elle ? Marion tente bien de contre-investir ses projections tout en les exprimant ici, tente de se rassurer par des activités quotidiennes plaisantes à domicile. Blanche réagit fortement d'ailleurs, sans doute à cause de l'écho que ses angoisses génèrent en elle : alors qu'elle venait de dire qu'elle se sentait très fatiguée et avec un moral bas, elle affirme ici haut et fort que malgré l'ablation de son sein et l'alopecie, elle ne se sent pas diminuée. Janie ponctue finalement cet échange par la verbalisation de l'angoisse de mort qu'elle a pu ressentir au moment de l'annonce-diagnostic et le désarroi qu'elle a ressenti lorsqu'elle a dû parler de la maladie à ses enfants. Marion et Janie enchaînent rapidement sur l'impact sur leurs enfants et donc s'interrogent sur leur posture maternelle et sur l'attitude à adopter pour contenir, atténuer les effets potentiellement traumatogènes de l'annonce de leur cancer sur leurs enfants. Ce questionnement inconfortable est en même temps atténué : Marion et Blanche ont dans leur entourage proche, fille et belle-fille, une personne qui exerce la profession d'infirmière. Celle-ci serait alors vraisemblablement identifiée comme capable de contenir les effets affectifs produits par l'annonce du cancer dans la famille, et pour elles-mêmes, montrant par la même la position infantile dans laquelle les patientes se sentent par rapport à la génération suivante et par rapport aux soignants. Dans cette séquence, Marion exprime tout le désarroi qu'elle a ressenti à l'annonce du cancer et les projections qu'elle a alors imaginées de l'atteinte de son état psychique que provoqueront les soins. Blanche y réagit, sortant pour sa part de cette phase des soins somatiques, en se défendant de l'impact négatif que toute cette expérience aurait pu générer sur son identité de femme.

³²⁷ Pour Marion, comme pour beaucoup d'autres femmes, les soins hospitaliers ont débuté par une chirurgie destinée à retirer tout au moins la tumeur et un/quelques ganglions axillaires dit sentinelles, voire le sein et la chaîne ganglionnaire axillaire. Ces pièces anatomiques sont ensuite envoyées au laboratoire d'anatomopathologie pour analyse. Lorsque le chirurgien reçoit les résultats d'analyse, il déclenche la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) qui réunit chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes afin qu'un protocole de soin soit déterminé de manière collégiale et proposé ensuite à la patiente. Marion se situe donc dans cette phase entre la RCP et le démarrage de la chimiothérapie.

IV.3.2.1.2 *Les vécus de pulvérisation/atomisation de Marielle : une variante de l'angoisse de morcellement ?*

C'est Marielle, participante du groupe n° 2, qui nomme le plus explicitement ce type d'angoisses particulier à deux reprises lors de nos rencontres. En effet, la première fois qu'elle en parle, nous nous rencontrons dans mon bureau pour l'entretien d'inclusion. Marielle revient sur la manière dont elle a vécu l'annonce du cancer, puis les soins hospitaliers, avec un après-coup de quelques mois :

Marielle dit s'être sentie : « comme pulvérisée en plein vol ... Atomisée ... ». Puis sont venus les soins de chimiothérapie, les plus difficiles selon elle dans son parcours tant l'angoisse générée a été massive et difficile à vivre. La radiothérapie lui a semblé moins pénible.

Nous l'entendons ensuite nommer ce type de vécus et d'angoisses pour la deuxième fois lors de sa présentation auprès des autres femmes dans les premières minutes de l'atelier 1. Marielle répond à Marilène qui vient de se présenter et de parler de la défaite de son sentiment d'invulnérabilité consécutivement à l'annonce du cancer :

Marielle : « Moi aussi je me croyais invulnérable en tant que soignante ! Ça a pas été le plus dur la mastectomie, c'est la chimiothérapie qui m'a atomisée ! Après on devient vulnérable ! ».

Dans ces deux extraits, il semble que Marielle exprime des angoisses de type schizo-paranoïde révélées par l'annonce du cancer et réactivées encore après par des vécus lors du traitement par chimiothérapie. Elle associe également la survenue de ses angoisses avec la conséquence qu'elles ont produite en elle, à savoir la prise de conscience de sa propre vulnérabilité et, qui plus est, sur le même mode que celui des patientes qu'elle côtoie professionnellement tous les jours. Elle réalise alors la grande proximité qui existe entre elle et ses patientes, l'inquiétante familiarité, pourrait-on dire, entre soignant et soigné. Les angoisses schizo-paranoïdes sont archaïques dans le développement, éprouvées par le bébé et le jeune enfant lorsqu'il n'a pas encore construit des autoreprésentations corporelle et psychique unifiées et contenues dans une enveloppe somatopsychique fiable. Ces angoisses renvoient à des vécus d'anéantissement importants chez Marielle. Les termes qu'elle emploie sont forts : « pulvérisée, atomisée », vocabulaire emprunté au nucléaire qui évoque une destruction en infimes tout petits morceaux. L'angoisse serait alors de devoir tous les retrouver pour pouvoir les réorganiser et les faire tenir ensemble de nouveau. Son témoignage après-coup démontre que cela est possible, avec beaucoup de souffrance, et mais que cela peut rester précaire.

Quoiqu'il en soit, la force de ses éprouvés aura pour toujours laisser des traces en elle dont elle pourra témoigner semble-t-il encore.

IV.3.2.1.3 *L'angoisse de vidage de Marilène*

- *Béatrice : « Moi quand je rentre dans la cabine de radiothérapie, à chaque fois je suis mal pendant quelques secondes ... Et puis après on m'appelle, et il faut y aller ».*
- *Je dis : « On pourrait dire que vous ressentez de l'angoisse ? ».*
- *Béatrice : « Oui sûrement ».*
- *Marilène : « Moi je me mets à transpirer beaucoup quand j'arrive à l'hôpital. Mais surtout quand je sens que j'angoisse, j'ai plutôt mal au ventre au point de devoir chercher les toilettes les plus proches de peur de ne pas pouvoir me retenir ».*

Dans cette séquence, Béatrice et Marilène échangent sur leurs vécus somatiques perturbant générés par l'univers hospitalier. Béatrice décrit une sensation de malaise général, comme ce qu'on pourrait ressentir juste avant un évanouissement. Il est intéressant de noter que ce qui la sort de cet état est l'appel de l'autre, soignant en l'occurrence dans cette situation. Béatrice semble décrire un malaise lorsqu'elle se retrouve seule avant la situation angoissante du soin de radiothérapie, mais que la présence de l'autre qui l'accompagne dans cette épreuve lui permet d'en sortir. C'est comme si l'autre venait la récupérer alors qu'elle était en train de se perdre ou de tomber dans un trou. Je propose de faire un lien soma-psyché dans cette situation : Et s'il s'agissait d'une manifestation somatique d'angoisse ? Béatrice acquiesce. Marilène associe alors avec ses propres ressentis somatiques dès qu'elle entre en contact avec l'hôpital. Son association après Béatrice lui permet de les nommer comme des manifestations d'angoisse. Marilène décrit des troubles intestinaux qui lui feraient craindre de ne pouvoir retenir ses selles, et qui la poussent à chercher des toilettes, lieu de réassurance lors de ces moments-là. Ce sont des angoisses de vidage que Marilène décrit, que l'on retrouve beaucoup dans les pathologies psychotiques sous différentes formes. Sa manière de se comporter en atelier prend également cette forme. Son débit de parole pourrait donner l'impression qu'elle se vide psychiquement de toutes ses pensées, à mesure qu'elles lui passent par la tête, comme s'il n'y avait plus de filtre/sphincter pour gérer le flux. L'annonce du cancer semble avoir provoqué en elle une menace de rupture de contenant physique et psychique la laissant craindre que son intérieur se répande. L'effet produit en atelier sur les autres femmes oscillait entre une écoute bienveillante et des tentatives pour stopper le débit de parole. Ariane et moi ressentions également la même chose : tantôt touchées par sa détresse, tantôt saturées et ne pouvant plus l'écouter.

IV.3.2.2 *LES ANGOISSES D'ABANDON*

IV.3.2.2.1 *Frédérique : le renoncement impossible à l'inscription*

Frédérique est une femme qui souffre d'un cancer de l'ovaire depuis déjà quelques années quand je la rencontre. Elle est accompagnée psychologiquement par une collègue depuis plusieurs mois. La proposition d'inscription aux ateliers vient d'ailleurs de cette dernière. Nous nous rencontrons donc pour l'entretien d'inclusion lors d'un de ses nombreux séjours en chirurgie. Elle a en effet beaucoup de complications rénales et vésicales. Elle souffre régulièrement d'infections qui l'obligent à être hospitalisée pour bénéficier d'un traitement antibiotique par voie intraveineuse. Elle se montre très enthousiaste à l'idée de participer aux ateliers. Je suis surprise en la rencontrant de constater qu'elle est coquette et bien apprêtée, alors que les soignants disent qu'elle va plutôt mal ce jour car elle a beaucoup de température. Cependant, Frédérique ne sera présente à aucun des six ateliers proposés dans son groupe n° 8. Elle ne prévient jamais de son absence. J'arrive quelquefois à lui parler directement par téléphone quand je l'appelle pour prendre de ses nouvelles. Parfois je m'aperçois après l'atelier qu'elle est hospitalisée dans le service, alors je vais à sa rencontre directement. Elle dit espérer chaque fois pouvoir venir pour le prochain atelier : « Je ne perds pas espoir de pouvoir venir la prochaine fois ! ».

Au début des trois premiers ateliers du groupe 8, nous étions dans l'attente. Je me sentais incapable de me prononcer et donc d'informer les autres participantes sur la venue de Frédérique, comme si je m'accrochais, comme elle ou avec elle, au moindre petit espoir qu'elle puisse venir, et ainsi ne pas nous faire vivre l'abandon dans le groupe.

IV.3.2.2.2 *Sandra : faire vivre l'abandon pour ne pas avoir à le subir*

Je rencontre Sandra lors d'une hospitalisation dans le service de chirurgie pour aplasie médullaire³²⁸ et baisse de l'état général après sa dernière cure de chimiothérapie. Sandra est traitée depuis plusieurs mois maintenant pour un cancer de l'ovaire à composante génétique, puisque sa propre mère est elle-même décédée d'un cancer de l'ovaire à l'âge que Sandra a

³²⁸ L'aplasie est un effet secondaire momentané de certains médicaments de chimiothérapie qui bloquent temporairement l'activité de la moelle osseuse et qui provoque une forte diminution des globules blancs, accompagnée d'une baisse des autres composants du sang (globules rouges et plaquettes) qui peut créer fatigue, pâleur, risque hémorragique et un risque infectieux important par baisse des défenses immunitaires.

aujourd'hui. Comme Frédérique, Sandra est accompagnée psychologiquement par une collègue qui lui a parlé des ateliers et auxquels elle a désiré s'inscrire. Nous avons donc un premier entretien pour faire connaissance ensemble. Durant cet entretien, Sandra fait part des nombreuses angoisses qui l'agitent actuellement et qui concernent son devenir, les relations compliquées avec le père de sa fille de qui elle est séparée, sa préoccupation pour son apparence physique. J'introduis alors le Dispositif d'ateliers et Sandra semble très réceptive et enthousiaste à l'idée d'y participer. Elle souhaite s'y inscrire. Nous convenons que je revienne la voir le lendemain pour lui donner les dates du groupe qu'elle intégrera. Mais lors de mon passage, Sandra est en train de ranger ses affaires car les médecins lui ont annoncé sa sortie au tour du matin. Elle me dit qu'elle est pressée de sortir et prend mon papier sans même y jeter un œil. Son père et sa belle-mère sont présents et n'ont aucune intention de sortir de la chambre ne serait-ce que quelques minutes, visiblement incommodés par ma visite. Sandra ne viendra pas au premier atelier sans prévenir. Je la rappelle avant le deuxième pour lui dire que nous l'attendons toujours. Elle se montre surprise de mon appel, elle n'imaginait pas que j'ai pu l'attendre à l'atelier, ni que je puisse prendre de ses nouvelles. A l'issue de notre conversation téléphonique, Sandra décide de retirer sa participation avant le deuxième atelier préférant laisser sa place pour qu'une autre patiente, qui en aurait plus besoin qu'elle, puisse participer. Ceci montre une forme de déni de la part de Sandra de la réalité somatique dans laquelle elle se trouve et par conséquent de ses besoins et désirs associés. J'ai donc proposé à Katia de participer, elle a accepté immédiatement d'intégrer le groupe n° 8 dès le deuxième atelier. Sandra aurait pu bénéficier des ateliers, mais sans doute la temporalité ne lui était pas opportune.

Tout se passait comme si Frédérique et Sandra n'imaginaient pas être attendues quelque part, manquer à un endroit, comme si leur acte d'inscription n'avait pas laissé de trace pour elles-mêmes et qu'elles n'imaginaient pas qu'il avait été signifiant pour moi. Elles ont agi comme si ne pas venir, ne pas prévenir, n'avait aucune conséquence. Cela laisse apercevoir la manière dont elles conçoivent les relations et mettent en œuvre les liens avec leurs objets environnants actuels. L'engagement réciproque entre ces deux femmes et moi, convoqué et concrétisé par le formulaire de consentement de participation à la recherche, la contractualisation de nos liens, ne fait pas le poids contre les vécus d'abandon que réactive la figure soignante actuelle de manière globale à l'hôpital, et de manière plus spécifique la psychologue-chercheuse, des relations initiales avec les objets primaires. Est-ce un effet du cancer ? Et/ou est-ce que cela pourrait nous donner des indices sur la manière dont elles ont intériorisé la relation avec leur objet maternel/leurs objets soignants/leur environnement ?

Ceci n'est pas sans évoquer des manifestations de vécus abandonniques, en réponse auxquels je me sens plus que jamais investie de devoir répondre, sans rétorsion, avec bienveillance, pour montrer que leur absence se remarque, qu'elles étaient attendues et qu'elles le seront encore les prochaines fois si leur désir était de venir. Mais justement, cela nous renseigne également sur leur manière de désirer subjectivement. Lorsqu'elles ont accepté la proposition de participation aux ateliers, ces femmes l'ont-elles fait pour elles-mêmes ? Comment se positionnent-elles dans les relations en général, et plus particulièrement dans les relations de soin ? Ont-elles été en mesure de refuser cette proposition ? Après-coup, je réalise combien ces patientes m'ont demandé de l'énergie pour les investir, pour les porter toujours dans ma tête, m'en inquiéter, m'en préoccuper, pouvant imaginer le pire lorsqu'elles ne répondaient pas, alors que je les ai de fait peu rencontrées. Ceci montre qu'elles me faisaient vivre leur propre vécu abandonnique en agissant de telle sorte par le processus du retournement passif/actif et du transfert par dépôt.

IV.3.2.2.3 Le lien téléphonique avec Claire

Comme nous l'avons déjà vu, Claire participe aux deux premiers ateliers du groupe n° 6, puis elle cesse de venir. Cependant, contrairement à d'autres patientes qui ont disparu du dispositif, Claire a entretenu un lien téléphonique permanent jusqu'à la fin de son groupe. Elle me laissait un message pour me demander de la rappeler, me donnant un rendez-vous téléphonique pour que nous puissions nous parler de vive voix sous la forme d'un entretien. Elle m'appellera souvent après l'atelier et de manière systématique pour s'excuser de son absence. Celle-ci a débuté la chimiothérapie quelques jours seulement avant le troisième atelier. Les effets secondaires ressentis l'ont empêchée de venir, mais chaque fois elle gardait espoir de se sentir mieux et de pouvoir participer. Pour le sixième et dernier atelier, Claire m'annonce le décès rapide de sa mère. Elle a dû faire beaucoup de démarches qui l'ont beaucoup fatiguée et qui n'ont pas amélioré son état fébrile. Celle-ci semble bien déçue d'avoir dû renoncer à sa participation. Elle me demande d'ailleurs s'il serait possible de s'inscrire pour quand elle aura terminé les soins hospitaliers car elle imagine être davantage en mesure de bénéficier de l'accompagnement psycho-socio-esthétique. Nous réalisons alors combien la proposition de participation aux ateliers pour Claire s'est révélée prématurée au chevet de la chirurgie. Les représentations à priori terrifiantes qu'elle se faisait de la chimiothérapie ont en quelque sorte pris corps puisque les cures l'ont rendue bien malade. Tout son psychosoma était alors occupé à survivre à cette épreuve et ne pouvait pas investir la proposition de soin que nous lui avions faite. Cependant, Claire semble s'être accrochée à notre relation qu'elle conserve, et à noter dans la même temporalité programmée des ateliers, qui s'est révélée concomitante à celle de

ses cures de chimiothérapie. Quel sens notre lien avait-il pour elle ? Nous pourrions nous représenter l'image d'une perche tendue à ses côtés qu'elle saisit par moment pour se ressourcer. Il m'a paru nécessaire de répondre présente pour elle dans ces moments-là, pour lui proposer un espace de parole aménagé lui prouvant qu'elle n'était pas seule, abandonnée, qui plus est au moment où son objet maternel décède.

IV.3.2.3 DES ANGOISSES DE CASTRATION ?

IV.3.2.3.1 Les attaques envieuses de Jeanne

A plusieurs reprises lors des ateliers ou dans les entretiens, Jeanne a manifesté et formulé des attaques envieuses qui m'étaient principalement destinées. Elle avait formulé en atelier imaginer une relation privilégiée entre Ariane et moi, lors de laquelle celle-ci prenait soin de moi en m'apprenant à me maquiller et en épilant ma ligne de sourcils. Puis Jeanne parlait souvent en entretien de son activité professionnelle qu'elle envisageait comme très proche de la mienne. Elle cherchait à me demander mon avis et des conseils dans la manière d'aborder certaines personnes de sa clientèle, comme si elle venait faire avec moi des séances de supervision. Elle cherchait régulièrement à gommer l'asymétrie de nos places. Certaines de ses attitudes également envers les autres patientes du groupe laissaient penser à un sentiment de supériorité de sa part vis-à-vis des autres femmes, comme nous avons déjà pu le constater. Elle me questionnait aussi sur la technique du Photolangage©. Elle la connaissait car elle avait été amenée à l'employer professionnellement. Enfin son passage à l'acte lors du dernier atelier de partir juste avant le temps de Photolangage©, et de me demander à l'oreille de lui livrer la consigne en est fortement représentatif. Quoi de mieux pour laisser penser aux autres femmes qu'une alliance existe entre nous ? Soit parce qu'elle évacue les paires en désirant avoir une relation exclusive avec moi. A noter que j'accompagne individuellement Jeanne deux fois par mois depuis déjà quelques mois. Est-ce que cela augmente l'effet ? Soit parce que Jeanne n'est pas en mesure d'accepter la castration, physique par la mastectomie, mais aussi symbolique imposée par la maladie, et la retraite qu'elle venait tout juste de prendre, et qu'elle lutte contre des angoisses de castration pour ne pas être assignée à la place de malade, d'inactive.

IV.3.3 LA COLERE, LA RAGE NARCISSIQUE ET LA HAINE

IV.3.3.1 L'EXPRESSION DE LA COLERE CHEZ BEATRICE ET CLAIRE

Béatrice semble ne plus pouvoir contenir sa colère après avoir entendu parler Marielle et Gabrielle, patientes ayant terminé les soins du cancer depuis quelques mois maintenant³²⁹.

- Béatrice : « Moi j'ai vraiment du mal à entendre ça qu'un an et demi après on puisse être encore fatiguée ! La psy que je suis, elle me dit qu'elle comprend pas qu'on revienne à l'hôpital un an et demi après ! Là depuis quelques temps, je n'arrive plus à peindre, ni à lire alors que je faisais ça avant ! ».
- Je dis : « Peut-être que vous traversez en ce moment un épisode qu'on pourrait qualifier de dépressif ? ».
- Béatrice : « Ah non hein ! Ça fait 20 ans que les psychiatres me disent que je suis dépressive et qu'il me donne des traitements ! Ma psy actuelle dit que non ! ».
- Marielle : « On est trop ... ».
- Je demande : « Préoccupée ? ».
- Marielle : « Oui c'est ça ! Et on peut pas lire ! ».
- Gabrielle à Béatrice : « Vous êtes en colère ... C'est pas forcément négatif ... ».
- Je dis : « C'est le travail thérapeutique individuel que vous faites aussi qui peut peut-être bouleverser votre manière de voir les choses ... Et ça peut être difficile à vivre sur le moment ».
- Béatrice : « En ce moment je suis agressive avec mon mari et je me sens tout le temps agressée ! ».
- Ariane : « Il faut se donner rendez-vous avec soi-même ».
- Béatrice réagit très fort : « Je le faisais déjà avant. En quoi la maladie favorise cela ? Je peux vous dire qu'on a vite fait le tour quand on est 24h/24 à la maison ! ».
- Ariane : « C'est en général valable pour tout le monde. Ce n'est pas forcément en lien avec la maladie ».
- Béatrice : « Ah bon ! Excusez-moi, j'avais mal compris ! ».
- Je dis : « Chacun peut réagir à sa manière en fonction de son histoire et des moyens d'expression qu'il a à sa disposition au moment ».
- Marielle : « Il faut rompre avec le quotidien ... Se retrouver en famille ... Là je viens de passer mes premières vacances avec mes enfants ... Avant ma vie était rythmée par la chirurgie, les soins ... Et encore avant par le travail ... ».
- Marielle : « Hier j'étais seule toute l'après-midi ... J'ai tourné en rond ... ».
- Marielle : « J'ai fait avec pendant un an ... La volonté ça fait pas tout ... Ce n'est pas 'qui veut peut !' ».
- Gabrielle : « Zapper devant la télé ça va un moment ».
- Béatrice : « Moi ce qui me mets en colère aussi c'est que je me sens pas comprise par les gens de manière générale ... Mais j'me dis qu'avant d'avoir à vivre la maladie, j'ai bien dû faire des bourdes moi aussi ! ».

Claire, quant à elle, réagit fortement à une phrase de Maeva, que l'on pourrait percevoir comme une tentative d'auto-persuasion que la rechute ne pourra pas la concerner. Claire

³²⁹ L'échange suivant est provoqué par la question « Comment prendre soin de soi ? » au début de l'atelier 3 : Soins du Visage du groupe n° 2.

exprime tout à coup sa colère en réaction à l'annonce-diagnostic de cancer en regard à son contexte de vie³³⁰.

- (...) Maëva dit : « Comme je n'ai jamais fumé, bu, et que j'ai allaité, j'ai normalement moins de risques de rechute ! ».
- Claire réagit alors immédiatement sur un ton de colère : « ça c'est qu'un discours. C'est comme ce qu'il y a d'écrit dans les livres. Madame a fait du sport, moi j'ai mangé des légumes, je n'ai pas fumé, pas pris de traitement hormonal, je me sentais protégée du cancer, et pourtant on en a eu un ... Je ne me retrouve pas du tout dans ce qui est écrit dans les livres. Ce sont mes proches qui me les donnent car au début je refusais la chimio. Le chirurgien m'a dit, si vous faites Chimio + Radiothérapie, vous avez 5 % de risque de récurrence, et si vous faites seulement de la radiothérapie, vous avez 10 %, alors bon ... Quand j'étais en salle d'attente, j'étais avec une dame qui était en récurrence ... elle avait été opérée il y a 6 mois et avait eu la totale, chimio + radiothérapie ! Alors bon ... ».
- Maëva s'inquiète ensuite de la question du cancer chez ses proches, chez sa fille par exemple.
- Puis Claire reprend ; « Mais moi, j'étais fatiguée depuis 6 mois, j'avais 12 de tension chaque fois, et pourtant le médecin ne m'arrêtait pas. Ça voulait peut-être dire que j'étais déjà malade ... ».
- Ella dit : « Moi aussi je me sentais fatiguée. Mais en essayant de trouver des signes de maladie avant le diagnostic, on cherche peut-être des réponses qu'on n'aura jamais.
- J'interviens pour dire : « Un jour vous aurez sans doute la vôtre de réponse, celle qui aura du sens pour vous dans votre histoire de vie ! ».

Dans le premier extrait d'atelier, Béatrice dit éprouver de la colère après les interventions de Gabrielle et de Marielle. Cette dernière a en effet terminé les soins hospitaliers depuis déjà quelques temps et pourtant elle se dit fatiguée, se sentir ralentie au quotidien, en somme avoir encore des effets du cancer et/ou des traitements. Marielle dit même qu'elle pense nécessiter toujours une forme de soutien, comme avec les ateliers par exemple, parce qu'elle ne se sent pas encore sortie de la maladie. Béatrice montrerait alors sa colère de ne pas vouloir avoir à suivre le même chemin que Marielle. Ce serait une forme de rejet de la maladie, une tentative de différenciation d'avec Marielle ou Gabrielle et une forme de déni des retentissements après-coup de l'expérience du cancer. Béatrice aussi a un cancer, mais elle dit à plusieurs reprises : « un petit cancer », pas le même que les autres, et pourtant elle semble craindre fortement d'avoir à subir les mêmes effets. Béatrice elle-même est confrontée à une période que nous pourrions qualifier de dépressive contre laquelle elle lutterait par la colère et qui l'empêche de trouver du réconfort dans les activités qu'elle a coutume de faire pour se

³³⁰ Cette séquence est tirée de l'atelier 1 : Conseil en Image du groupe n° 6.

détendre. Celle-ci réagit très fortement lorsque j'évoque l'adjectif « dépressive ». Les psychiatres la définissent comme telle depuis déjà bien longtemps et la traitent même pour cela, mais rien ne change selon elle. Le groupe se met alors à tenter de l'apaiser en cherchant du sens à son affect de colère maintenant. Béatrice elle-même fait le lien entre sa colère et la mise en place d'une défense réactionnelle à un sentiment permanent de se sentir agressée et incomprise, y compris par ses proches. Elle perçoit bien qu'elle se montre agressive et en colère en premier, de peur de l'être et de se sentir atteinte, touchée par les paroles ou gestes des autres.

Dans la séquence suivante de l'atelier 1 Conseil en Image 1 du groupe n° 6, Claire se met également en colère. Elle montre ainsi toute son incompréhension du diagnostic. Elle s'insurge contre les préconisations que la société donne pour être et rester en bonne santé, car elle estime les avoir bien suivies, tout comme Ella et Maeva d'ailleurs. Cela n'a pas empêché d'avoir un cancer, et elle dit bien que pourtant elle s'en sentait protégée par la maîtrise de sa vie. Elle est aussi en colère contre les médecins qui donnent des statistiques de risque de récurrence lorsqu'ils proposent des traitements, mais elle a rencontré déjà des personnes qui ont récidivé malgré des traitements lourds. Elle cherche alors ensuite des signes avant-coureurs mais qui ne prennent pas sens. Ella tente de la raisonner en lui disant qu'elle va sans doute se fourvoyer en essayant de trouver des réponses rétrospectives. Elle n'écoute pas Maeva qui s'interroge sur la transmission potentielle du cancer à ses filles. Claire est en détresse dans cette séquence parce qu'elle sent que sa santé lui échappe, qu'elle perd prise dans le cours de sa vie, et que les choix qu'elle a toujours faits pour prendre soin d'elle semblent voler en éclat avec le diagnostic de cancer. Il s'agit aussi d'une colère réactionnelle, semble-t-il, contre un effondrement dépressif éventuel. C'est comme si tout ce en quoi elle avait toujours cru se dérobait.

IV.3.3.2 LA RAGE EPROUVEE PAR KATIA³³¹

- Je demande : « Comment diriez-vous que vous vous sentez actuellement ? ».
- Katia : « Beaucoup mieux ... Ouï là là ... J'ai une bouffée de chaleur qui arrive ... Deux en deux heures, ça va ... ».
- Ariane dit : « Accueillez-là ».
- Katia : « Non je peux pas ... Elles sont douloureuses ... Et je sens comme de la grande colère ... De ... De ... ».
- Je dis : « De la rage ? ».
- Katia : « Ouï c'est ça. Je me bats contre mes bouffées de chaleur et j'ai encore jamais gagné ! ».

³³¹ Cet extrait est tiré de l'atelier 3 : Soins du Visage 1 du groupe n° 8.

Dans ce court extrait, Katia témoigne être régulièrement assaillie de bouffées de chaleur qui lui font éprouver des vécus de rage intense, surtout lorsqu'elles arrivent après un moment plaisant. Nous avons l'impression qu'elle se sentirait punie d'avoir passé un moment agréable et qu'elle doit le payer par un vif inconfort physique. La tension ressentie par Katia lorsqu'elle sent venir la bouffée de chaleur semble menaçante pour son intégrité psychosomatique car elle ne peut faire autrement que de lutter contre la survenue de celle-ci. Mais le combat est toujours perdant d'après ce qu'elle en dit. Non seulement elle doit vivre ce moment désagréable, qui la prend toujours au dépourvu, ingérable, et elle doit de surcroît faire avec l'immense colère, la rage qui l'accompagne. Qu'est-ce qui provoque cette rage ? Nous imaginons que Katia éprouve de la rage de ne pas pouvoir maîtriser ses états de tensions internes et que son corps lui échappe. Mais nous pouvons aussi penser que la bouffée de chaleur permet de frayer un chemin de décharge et d'expression par la voie somatique à des vécus internes de rage. Ariane et moi accompagnons chacune Katia dans cette séquence, en lui proposant un espace d'élaboration modeste mais qui a le mérite d'exister. Nous nous demandons si elle a pu bénéficier auparavant d'un accompagnement maternel de ses vécus violents qui lui auraient permis de les accueillir, de les tempérer, de leur donner du sens et potentiellement de les transformer.

IV.3.3.3 *LA HAINE DE BLANCHE ENVERS LES OBJETS SOIGNANTS ET SES PAIRES*³³²

✓ *Senteur fleur d'oranger :*

- *Ariane demande : « Est-ce que ça vous apporte une sensation d'apaisement ? ».*
- *Blanche : « Non ! ».*
- *Janie : « De bien être plutôt que d'apaisement, même si je sais que ça fait dormir ».*

Puis Ariane demande quelles sont leurs habitudes de soin du visage.

- *Blanche : « J'ai commencé depuis pas très longtemps, depuis que je vois la socio-esthéticienne de l'autre hôpital. Elle a trouvé ma peau très déshydratée. Du coup maintenant je mets de la crème tous les jours. J'utilise aussi un savon et une eau micellaire ».*
- *Ariane : « Du coup c'est comme si vous laviez votre peau deux fois de suite. Ça peut contribuer à la déshydrater ».*
- *Janie : « Moi c'est pareil. J'ai pas d'habitudes de soin. Quand ma peau est trop sèche, que j'ai des plaques qui pètent, je fais un bon masque à la crème Nivea. Sinon je me lave avec une mousse nettoyante ».*
- *Ariane : « C'est le matin que vous faites ces soins ? ».*

³³² La première séquence, qui met en évidence l'expression de la haine chez Blanche envers les objets soignants du groupe dans le Dispositif, substitués dans le transfert de l'objet maternel, est extraite de l'atelier 2 Soins du Visage du groupe n° 7.

Blanche et Janie acquiescent par un mouvement de tête. Tout en présentant les produits, Ariane explique que la peau a besoin d'être nettoyée et d'avoir des soins matin et soir pour pouvoir être nourrie et hydratée.

- ✓ *Démaquillage/Nettoyage de peau :*
Blanche commence à se démaquiller les yeux en frottant fortement les cotons sur ses yeux en faisant des grands mouvements. Janie quant à elle passe le coton du bout des doigts. Ariane passe alors d'abord auprès de Janie pour lui faire ressentir et montrer le mouvement.
- Janie : « C'est tout de suite mieux quand on se laisse faire ! Quand on ralentit le mouvement c'est plus agréable ! ».
- Pendant ce temps Blanche regarde l'étiquette de composition de quelques produits et dit : « Quand je vois la liste de la composition de ces produits-là moi j'utilise pas ! Je fais attention à ça aussi maintenant ! »³³³.
Puis Ariane va auprès de Blanche. Elle l'incite d'abord à s'appuyer au fond de son fauteuil pour être plus à l'aise malgré sa réticence.
Ariane commence à lui faire sentir l'application des cotons sur les yeux, mais rapidement Blanche dit que ses yeux piquent. Ariane demande si c'est supportable ou si elle souhaite avoir des cotons avec de l'eau ce qu'elle veut.
- Blanche : « Ça va mieux merci ! ».
- Puis elles passent du lait démaquillant sur leur visage avec les doigts et le rincent avec le brumisateuse.
- Janie dit : « C'est agréable le brumisateuse. Je sens mon teint apaisé ! ».
- Blanche : « Pas moi, j'aime pas ça, on s'en met de partout ! ».
- ✓ *Gommage :*
Ariane propose à Blanche de lui mettre des mouchoirs autour de son cou pour protéger ses vêtements. Ariane rappelle alors le principe du gommage qui est d'enlever les peaux mortes en surface pour que le masque qui sera appliqué juste après puisse venir nourrir vraiment la peau, et pas les cellules mortes.
Ariane préconise à Janie de faire des mouvements plus amples, plus grands.
- Je regarde Blanche et dis : « Votre peau a déjà absorbé tout le produit ! ».
- Ariane : « Oui ça l'a déjà fait avec le lait démaquillant. Ça montre qu'elle est vraiment très déshydratée.
- Blanche : « Ah bon, non ... ».
- ✓ *Masque :*
- Janie demande si le masque doit être choisi en fonction du type de peau. Ariane répond qu'on peut, mais que la première intention quand on n'est pas habituée à en faire doit être de bien nourrir et hydrater sa peau.
Chacune applique alors le masque. Ariane leur propose de venir leur faire un massage durant la pose. Ariane leur propose de poser un coton sur les yeux pour les aider à se détendre. Blanche s'appuie contre le dossier de sa chaise, penche sa tête en arrière et pose ses mains sur les accoudoirs. Lorsque Ariane passe derrière elle, elle essaye de masser légèrement ses yeux mais elle demande d'arrêter. Le toucher paraît sec, Ariane pose ses mains sur les épaules, masse sa nuque et le bas du crâne pendant environ une dizaine de minutes. Blanche semble se détendre un peu. Elle redresse petit à petit sa tête.

³³³ Précisons que tous les cosmétiques utilisés dans les ateliers sont des produits issus d'une gamme spécifique à base d'ingrédients naturels, élaborée pour les peaux fragilisées par les soins du cancer. Les produits de maquillage sont, quant à eux, constitués d'ingrédients actifs certifiés biologiques reconnus pour leurs bienfaits sur la peau. Ces produits sont fournis à toutes les socio-esthéticiennes de la ville par l'association qui les emploie. Ainsi, Blanche est amenée à recevoir des soins du visage en individuel de la part de l'autre socio-esthéticienne avec la même gamme de produits.

Avant de s'approcher de Janie, Ariane secoue vivement ses mains, comme pour enlever les tensions ressenties de Blanche et pour ne pas les transmettre à Janie. Celle-ci s'appuie aussi sur son dossier, garde sa tête droite et pose ses mains sur son ventre. Ariane lui masse la tête, les épaules et le dos.

Lorsque Ariane propose d'enlever le masque, les deux femmes commencent par enlever les cotons qu'elles avaient sur les yeux. Janie nous regarde et sourit. Blanche a une expression faciale figée et elle ne cherche pas d'interaction. Chacune rince son masque silencieusement, passe la lotion.

✓ *Crème :*

Chacune prélève une noisette de crème dans sa main et se l'applique toujours silencieusement. Au bout de quelques secondes, Blanche manifeste de l'inconfort, dit que sa peau pique, que c'est insupportable et demande à enlever la crème rapidement. Ariane lui tend des cotons imbibés d'eau pour qu'elle enlève la crème et un mouchoir pour qu'elle s'essuie.

Ariane préconise de faire ces soins une fois par semaine.

- *Blanche : « Quoi ? Tout ça une fois par semaine ? ».*
- *Ariane : « Oui, et n'oubliez pas d'appliquer de la crème matin et soir. Comment vous ressentez votre peau maintenant ? ».*
- *Janie : « Bien, très bien ... Je sens ma peau plus souple, plus fraîche ! », dit-elle en souriant.*
- *Blanche : « Pas moi, pas du tout ! Ma peau me picote, mes yeux aussi ! ça me fait jamais ça à l'autre hôpital ».*
- *Ariane explique pourquoi la peau de Blanche a piqué. Elle prend l'exemple de la crème qu'on applique sur ses mains quand la peau est très sèche : le produit commence par piquer beaucoup, puis au fur et à mesure que la peau se répare, cette sensation désagréable passe : « ça vous a piqué parce que la crème a soigné votre peau qui en a vraiment besoin. Je vous conseille une crème très nourrissante à appliquer matin et soir ».*
- *Je dis : « C'est un paradoxe de devoir avoir des sensations désagréables pour soigner sa peau ! ».*
- *Blanche : « Mmh ! ça donne surtout pas envie de le faire ! ».*
- *Je dis : « C'est comme avec le cancer. Les patients disent bien qu'ils ne se sentent malades qu'une fois qu'ils ont commencé les soins ».*
- *Blanche : « Oui. D'ailleurs j'ai dit à mon oncologue la dernière fois que si les médecins testaient les traitements sur eux, sûrement que les malades seraient moins malades ! ».*
- *Ariane : « Votre peau réclame beaucoup apparemment en ce moment ».*
- *Blanche : « Oui mais moi je préfère ne rien avoir dessus sinon ça me donne l'impression d'étouffer ».*

Ce qui est remarquable dans cette séquence c'est l'agressivité dont fait montre Blanche envers l'objet soignant incarné ici plus particulièrement par Ariane. Cette attitude génère de l'agressivité également en retour d'après ce qu'en témoigne Ariane dans le temps d'échange après l'atelier. Cette expression masquée de détresse donne envie de la maltraiter, de l'abandonner, de la laisser seule face à sa souffrance. Je me sens impuissante, et il semble que Blanche me le rende, devant cette scène dont elle me fait témoin, et cela de manière active. Très vite, Blanche est devenue attaquante : envers la socio-esthéticienne, contestant les bienfaits des produits utilisés, lui reprochant que ceux-ci la piquent, mettant en concurrence Ariane avec une autre praticienne qui lui proposait des soins individuels. D'ailleurs, au sortir des ateliers, Ariane

décrivait tous les efforts qu'elle devait fournir pour ne pas répondre en miroir de manière agressive à Blanche. Je partageais pour ma part toute mon impuissance à intervenir et la sensation de ne pouvoir être que spectatrice de l'expression de l'angoisse de dépersonnalisation au moment des soins du visage insupportables à appliquer sur sa peau. Ariane pouvait parler de la raideur du corps de Blanche quand elle venait lui proposer de lui montrer un geste, mais aussi de la rugosité de sa peau qui semblait nécessiter beaucoup de soins car très déshydratée, très réactive du coup au masque et à la crème, ce que Blanche ne supportait pas. Ariane disait devoir se forcer à aller vers elle, à ne pas la délaisser dans l'animation des soins malgré l'attitude attaquante de Blanche à son égard.

Blanche parlera de nouveau de sa haine lors de l'unique entretien post-cycle auquel elle accepte de venir. Cet entretien semble être coûteux pour elle en temps et en organisation. D'après notre question, voici ce dont Blanche peut témoigner de son expérience de participation aux ateliers :

Blanche dit en avoir été « bien déçue ». Elle compare avec son expérience de soins socio-esthétiques individuels dans un autre hôpital qui lui paraissait au plus près de ses besoins. C'était une relation dans laquelle elle se sentait « valorisée, chouchoutée ». Elle dit ne pas avoir du tout retrouvé cela dans les ateliers :

- *Blanche : « Les mêmes produits pour tout le monde, à petits prix, et pouvant même être dangereux pour la santé des femmes car contenant de l'iode pouvant dérégler la thyroïde ».*
- *Blanche dit ne pas avoir noué de lien avec Janie, elle ne se souvenait d'ailleurs plus de son prénom : « Pour moi un groupe, ça n'a rien à voir avec les autres participants, ce sont les animateurs qui comptent ». Elle dit n'avoir trouvé aucune empathie chez Ariane, uniquement de la froideur. Enfin elle qualifie ma présence de passive et insignifiante. Lorsque je lui fais remarquer qu'elle n'a pas du tout évoqué cela dans les questionnaires d'évaluation, elle répond qu'en effet, elle ne voulait pas nous porter préjudice dans la recherche de financements.*

Lorsque je me risque à demander : « Et qu'avez-vous pensé de moi alors ? », Blanche qualifie mon positionnement et ma présence de passive, d'observatrice et donc de non participative aux ateliers. « Ça ne servait à rien que vous soyez là ! », autrement dit en fonction de mes vécus, « vous ne m'avez pas été secourable quand j'en avais le plus besoin et je suis très en colère contre vous pour ça, tellement que cela me met hors de moi ». Qui est-ce que Blanche attaque ? Sa mère sans doute qu'elle a décrit dès notre premier entretien comme frustrante, interdictrice, limitante, et inatteignable émotionnellement ... Son père peut-être qui ne pouvait être que spectateur de cette relation destructrice entre Blanche et sa mère ?

Nous avions très envie de lui dire que supporter son agressivité ne relevait pas d'une position passive, qu'il nous fallait au contraire adopter une posture très active pour tenter de transformer toute la violence en nous pour ne pas lui renvoyer telle quelle. Mais nous ne dûmes rien. Blanche reprit : « Ne vous inquiétez pas, si j'avais quelque chose à vous dire, je vous le dirais en face, je l'ai déjà fait avec une psychologue que j'ai vue sur 2 mois : payer pour raconter ma vie ne m'intéresse pas, et je ne suis plus revenue ». Blanche refusera d'ailleurs de venir au deuxième entretien. Nous pouvons imaginer que l'expérience des ateliers n'a pas duré assez longtemps, le positionnement des animatrices ne s'est pas assez répété pour faire trace chez elle. Nous pouvons aussi nous demander si finalement la posture de silence que j'ai adoptée vis-à-vis d'elle en entretien n'a pas contribué à son absence par la suite. Ayant laissé toute sa haine s'exprimer, sans trouver de limites par une intervention qui aurait pu la transformer, Blanche a pu fantasmer avoir détruit l'objet soignant en moi. Comment pouvoir revenir alors et se confronter à la constatation des effets de l'expression de sa haine envers l'objet soignant ? Tout se passe comme si Blanche avait transféré sur Ariane et moi la même facette de l'imaginaire maternelle, mauvaise, pas attentionnée, jamais satisfaisante et satisfaite, inatteignable, ne comblant jamais les attentes, une mère fécale en somme dont elle met en scène l'attaque. Toujours lors de ce même entretien post-atelier, voici les propos que tient Blanche sur Ariane : « Le conseil en image, les couleurs, je les connaissais déjà ... Et puis vous parlez de conseils vestimentaires vous ... Être relookée avec un gilet en boule type « Père Noël est une ordure » et une vieille ceinture qui date de 30 ans : Merci ! ... Je sais que j'ai l'air de faire son procès-là ! Elle était plus occupée à se mettre en avant qu'à nous valoriser nous ! Je n'ai trouvé aucune chaleur de sa part, sa présence était hors cadre pour moi ! ». Rapidement dans l'atelier nous avons perçu que Blanche mettait en rivalité, si ce n'est en opposition à l'image de l'instauration d'un clivage, Ariane avec une autre socio-esthéticienne, une de ses collègues au demeurant, qui exerce dans un autre hôpital et qui propose des soins individuels à Blanche.

L'autre socio-esthéticienne vient à contrario prendre figure de mère idéale, à l'écoute, toujours disponible, bienveillante, complètement centrée et hyper adaptable aux besoins de Blanche, enfant unique, la préférée, lors des séances avec elle. C'est ce qui fonde pour Blanche semble-t-il la qualité du lien maternant, du lien soignant avec son entourage. Blanche ne doit pas ressentir non plus d'envie ni de rivalité œdipienne envers l'objet soignant qu'elle imagine doté de plus d'attributs séducteurs. En effet, elle dit ne pas tolérer ce qu'elle percevrait comme des mouvements lors desquels Ariane se mettait en valeur plus que les patientes. Lorsque je lui ai demandé pourquoi elle n'a rien écrit de tous ces vécus massifs dans les questionnaires, elle dit que c'est pour préserver la continuité des ateliers et ne pas pénaliser d'autres femmes.

Mais les pénaliser de quoi ? Des bienfaits et du bien-être qu'elle ignore ou qu'elle cache derrière toute cette haine ? Ou de vivre la même souffrance qu'elle ?

Blanche évacue d'ailleurs complètement la dimension fratricide dans l'atelier tant elle semble être insupportable, intolérable. Elle dit n'avoir gardé aucun contact avec les participantes, ne plus se souvenir même de leur prénom. Elle dira aussi : « Pour moi un groupe, ça n'a rien à voir avec les autres participants, ce sont les animateurs qui comptent ». Ceci signe la manière dont elle quitte le dispositif de recherche, finalement à l'image de celle par laquelle elle y était entrée : en adressant toute sa détresse à l'objet « maternant » tant haï !

IV.3.4 LA HONTE

IV.3.4.1 LA CIRCULATION ET LE TRAITEMENT DE L'AFFECT DE HONTE DANS LE GROUPE PAR LA CONSOLATION³³⁴

- *Myrta commence et montre sa photo n° 452 : 4 danseuses étoilées assises.*



« Cette photo, elle me parle. Elles sont quatre, comme nous, et il était question de se mettre à nu. Je me maquille beaucoup depuis toujours, trop peut-être. Ici, on s'est démaquillée, c'est comme si on s'était démasquée pour être plus vraie. Il a fallu lâcher quelque chose, et après on s'est remaquillée en groupe. Je vis ça comme une renaissance aujourd'hui après la maladie. Quand j'ai vu le chirurgien pour la première fois, j'ai senti très vite quand il regardait mes scanners que j'étais mal barrée. Il a pris plein de précautions, m'a donné tout un tas de pourcentage de chance, comme celui de m'en sortir à 2 ans, 4 ans et 5 ans. Aujourd'hui je suis toujours là ! Maintenant je vais pouvoir me maquiller par amour de moi, et plus pour faire face aux autres ! Elle est vraiment très belle cette photo (dit-elle en la tournant vers elle), elle me parle beaucoup ! ».

³³⁴ Il s'agit de la séquence Photolangage© de l'atelier 3 du groupe n° 1 qui est un atelier Soin du Visage. Je profite du temps de pose du masque, moment pendant lequel la socio-esthéticienne demande aux femmes de garder les yeux fermés, pour installer les photos sur les chaises derrière nous. Après la fin du soin du visage, Jeanne se lève pour partir, va jeter un coup d'œil sur les photos, en reconnaît quelques-unes visiblement, me dit encore une fois toute sa déception de ne pas participer mais qu'elle doit partir. Elle me demande en chuchotant quelle est la consigne à laquelle les femmes vont devoir répondre. Je lui réponds que je lui dirai lors du rendez-vous post-atelier. Le temps de Photolangage© se déroule donc avec trois des quatre patientes et les deux animatrices.

- Puis c'est Éliette qui prend la suite en montrant sa photo n° 444 : Parturiente + bébé.



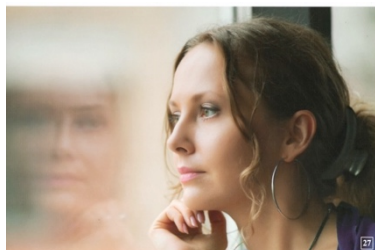
« C'est difficile d'en parler. C'est une femme qui vient d'accoucher. Je suis d'accord avec Myrta, il y a eu la maladie, et maintenant c'est une renaissance. Après on ne voit pas les choses pareilles. Quand j'ai accouché, je garde l'image d'un grand bonheur, un des plus grands bonheurs de ma vie ! A travers cette photo, je revis ce moment et j'en suis très nostalgique ».

Anne qui commençait perceptiblement à se raidir sur sa chaise, se lève brutalement et va se cacher derrière le tableau paperboard pour pleurer. L'émotion est perceptible chez chacune, pas la même : Myrta paraît gênée, angoissée, se met à chercher une bouteille d'eau dans son sac, la sort et boit quelques gorgées comme pour tenter de se donner une contenance ; Éliette esquisse un petit rictus, le visage semblant figé et m'interrogeant du regard. Son intervention a provoqué chez Anne l'émergence d'une émotion forte qu'elle n'avait pas anticipée, et qu'elle semble bien en difficulté à traduire pour elle-même, pour y mettre du sens. Chacune paraît bien seule face à ce débordement et démunie pour refaire du lien.

Ariane se lève pour apporter des mouchoirs à Anne derrière le paperboard. Elle lui ouvre ses bras, et Anne va s'y réfugier comme une toute petite fille qui a besoin d'être consolée.

Je mets en parole le fait que ce travail peut faire ressurgir des émotions fortes. Anne s'adresse à nous et s'excuse. Je l'invite alors à revenir prendre place autour de la table ronde, les autres soutiennent cela, et j'énonce que nous sommes en mesure dans ces ateliers d'accueillir et de supporter la tristesse, la colère, l'angoisse, enfin les différents vécus ressentis par chacune.

- Anne se reprend et se dit incapable de parler de sa photo. Elle nous la montre : n° 27 : Visage de jeune femme pensive avec reflet.



Je demande alors si les autres peuvent l'aider à parler de sa photo.

Anne dit : « Dans ce regard, j'ai vu plein de choses. Maintenant il est en lumière. La photo de l'enfant m'a bouleversé car je n'ai pas d'enfant. »

- Myrta enchaîne en disant : « ça bouleverse de s'occuper de soi ! Tu sais, rien n'est jamais trop tard. Des enfants, tu ne sais pas, tu en auras peut-être un jour, ou tu adopteras, ou tu auras peut-être un compagnon qui aura des enfants. Bien sûr c'est dégueulasse ce qui nous est arrivé, mais on est là sur

un tremplin ! et votre atelier c'est extraordinaire ! », dit-elle en me regardant. Myrta se met à pleurer : « ça change des scanners ... on se sent considérée comme des personnes et pas comme des numéros de dossiers ou comme réduite au cancer du péritoine de la chambre n° tant ... ».

- *Anne : « Oui et moi j'ai jamais appris à prendre soin de moi, ma mère est morte quand j'étais toute petite. J'ai jamais eu de modèle. Et puis je me suis toujours occupée des autres avant tout, de mon père ... ».*
Je soutiens alors la démarche d'être venue aux ateliers comme un acte signifiant dans le prendre soin de soi, tout comme l'accompagnement psychologique que toutes ont entrepris à l'occasion de la maladie (Éliette avec moi / Myrta avec une collègue de la consultation douleur / Anne avec ma collègue du service de chirurgie).
- *Myrta dit enfin après un profond soupir : « la boîte de mouchoirs y est passée, ça y est ! ».*
- *Je dis : « En effet, tout ce qui se termine est triste ! »*

Ariane et moi n'avons pas présenté notre photo dans le groupe. Nous avons toutes les deux choisi la photo des 4 danseuses étoiles assises aussi. Ce temps de Photolangage© a été si fort et si riche que nous n'avons trouvé ni l'espace ni le temps de les présenter. Je me sentais sidérée par la violence des éprouvés des participantes. Nous éprouvions également le fort désir que l'atelier se termine tant cette dernière scène nous avait demandée de l'énergie pour contenir le groupe et en permettre la séparation plus sereine de ses membres.

Rappelons que nous avons utilisé le Photolangage© en fin de Dispositif dans un double objectif : marquer la fin du groupe tel qu'il avait été constitué et favoriser le processus de séparation de celui-ci, puis évaluer les effets psychiques « à chaud » de la participation des femmes au Dispositif. Si nous reprenons le langage médical, nous pourrions alors dire que le Photolangage© prend valeur de radio-bilan de contrôle de fin de soin, bien connue des patientes. Selon C. Vacheret (2010a)³³⁵ qui a théorisé l'utilisation psychothérapeutique de la médiation du Photolangage©, images et affects sont inséparables dans l'inconscient. Le Photolangage© devient alors l'outil idéal pour permettre l'expression affective des patientes en fin de groupe.

Dans cette séquence de Photolangage©, nous assistons au déploiement de la diffraction du transfert : Éliette paraît complètement dépassée et pas proche du tout de ses émotions. Myrta est angoissée, elle cherche une contenance en plongeant la tête dans son sac et en buvant de l'eau. Anne semble, quant à elle, complètement débordée par un affect de tristesse en premier, puis de honte, au point de devoir disparaître du regard des autres en allant se cacher derrière le tableau. De quoi Anne a-t-elle honte ? En revenant s'asseoir, elle dira qu'elle ressent une profonde tristesse de ne pas avoir eu d'enfant. A-t-elle honte de ne pas avoir pu contenir sa tristesse, une tristesse si profonde qu'elle reste encore à ce jour inconsolable ?

³³⁵ Vacheret, C. (dir.). (2010a). *Le groupe, l'affect et le temps*. Paris : L'Harmattan.

Et de quelle tristesse parlons-nous ? Peut-être de celle de ne pas avoir eu d'enfant en effet, et/ou aussi de celle d'avoir perdu son objet maternel et qui a inhibé l'accès à une forme de féminité et de maternité, qui plus est attaquée dernièrement par le cancer³³⁶.

Lorsque Éliette me regarde après avoir parlé de sa photo, elle semble dans l'incompréhension la plus totale des mouvements affectifs qui traversent Anne et Myrta. Elle ne les avait pas anticipés, elle paraît sidérée par l'effet produit et qui fait retour, après avoir été éprouvé par les autres. Myrta semble gênée. Puis l'acte de consolation d'Ariane envers Anne vient apaiser tout le monde : Anne bien sûr qui peut revenir s'asseoir, Éliette qui sort de l'état de sidération, et Myrta qui peut même tenir un discours « porte-parole » des femmes présentes dans l'atelier, mais aussi finalement des femmes qui passent par l'expérience du cancer.

Nous pouvons également constater la mise en œuvre d'un véritable partage d'affects entre les membres du groupe. Trois affects semblent prédominer dans cette séquence : la tristesse comme nous venons de le voir, l'angoisse, et plus précisément l'angoisse de mort, puis l'affect de honte. L'angoisse de mort est perceptible dès la présentation de la photo de Myrta, bien qu'elle soit déjà contrebalancée par l'expression de l'espoir, la renaissance, une nouvelle vie. Puis ce mouvement continue avec la photo d'Éliette. La naissance représente un moment lors duquel la vie et la mort sont sur le fil du rasoir. L'angoisse de mort vient s'inscrire de manière inaugurale dans la vie. Le fait qu'Éliette évoque le moment où elle a donné vie à sa fille fait contrepoint à l'angoisse de mort actuelle générée par le cancer et par la schizophrénie de sa fille.

Anne semble exprimer qu'elle n'est jamais parvenue à devenir femme et mère au cours de sa vie à cause du décès de sa mère survenue quand elle avait 4 ans. Il s'agit du moment où elle entrait dans l'Œdipe et initiait des mouvements d'attaque aussi forts que les mouvements identificatoires envers la figure féminine, objet de désir du père, que représente l'objet maternel pour une part, avec la culpabilité de l'avoir détruite pas seulement dans le fantasme, et de pouvoir prendre sa place. Mais c'est encore aussi le moment où les identifications dans la relation homosexuelle en double sont d'une importance majeure pour la constitution narcissique féminine.

Le moment de consolation constitue sans nul doute pour elle un moment réorganisateur très important : avant ce passage, elle se sentait inconsolable. Tout à coup Ariane, puis moi, puis Myrta et enfin le groupe, se met à la consoler selon l'équation suivante de R. Kaës (1999)³³⁷ : groupe = mère = cadre. Lors de séances Photolangage© menées en secteur psychiatrique en co-

³³⁶ Anne souffre en effet d'un cancer du sein qui se révélera plus tard d'origine génétique, et elle devra subir une ovariectomie bilatérale prophylactique en plus d'une mastectomie controlatérale.

³³⁷ Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF.

animation avec des infirmiers du service, J-M. Talpin (2016)³³⁸ avait déjà pu constater « la capacité de prendre soin du côté des soignés à l'égard des autres patients » (Talpin, 2016, p. 186) en plus de celle des soignants dont c'est leur fonction.

Cette situation révèle deux facettes de l'imaginaire maternel projetée pour l'une sur Ariane et pour l'autre sur moi. Ariane prend dans ses bras, accueille physiquement la souffrance d'Anne ; j'ouvre un espace de parole de cette mise en acte des ressentis. Nous assistons à un partage identificatoire féminin fort et à un véritable portage groupal dans le transfert de la souffrance d'Anne, qui résonne finalement chez chacune qui réagit en fonction de son propre contre-transfert. Pour reprendre la théorisation de la honte que propose A. Ferrant (2004)³³⁹, cette scène montre comment Ariane et moi-même dans un premier temps, puis le groupe ensuite, nous venons proposer une couverture de type maternel au vécu de honte circulant dans le groupe et éprouvé par Anne, couverture physique et psychique permettant de partager cet affect et de lui offrir un nouveau destin. Il semble bien que Anne ait cruellement manqué de couvertures depuis le décès de sa mère, de bras ouverts prêts à l'accueillir, d'attention psychique à ses mouvements pulsionnels et affectifs.

La béance narcissique de l'enfance chez Anne est tellement grande et profonde que celle-ci s'accroche, s'agrippe dans le lien à l'autre. Myrta évoquera ceci dans les entretiens post-ateliers. Myrta parle de cette séquence qui a généré en elle un fort mouvement empathique pour Anne qui l'a poussée à lui donner ses coordonnées téléphoniques avant qu'elles ne se quittent ce jour-là. Elles ont noué par la suite une relation proximale toutes les deux, Anne plaçant Myrta en position maternante tant ses besoins d'étayage narcissique et de contenance affective sont grands. Myrta y répondra pour un temps puis elle sera amenée à prendre de la distance brutalement dans leur relation, au moment où Myrta se sent phagocytée tant le gouffre narcissique d'Anne est immense et incommensurable.

IV.3.4.2 *EST-CE QU'AVOIR UN CANCER PEUT/DOIT FAIRE EPROUVER DE LA HONTE ?*

L'atelier³⁴⁰ se termine rapidement. Ariane n'a pas le temps de donner tous les conseils vestimentaires qu'elle aurait souhaité, mais nous sommes déjà en retard par rapport à l'horaire de fin. Nous donnons le questionnaire à remplir.

- *Marilène : « Il y a des gens qui se mettent à avoir peur de moi, qui m'évitent, comme si c'était une honte ».*

³³⁸ Talpin, J-M. (2016). Un groupe Photolangage© : à la croisée des cliniques singulières, groupales et institutionnelles. *Cliniques*, 2(12), 176-190.

³³⁹ Ferrant, A. (2004). Le regard, la honte et le groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(43), 145-158.

³⁴⁰ Cet extrait se situe à la fin de l'atelier 1 Conseil en Image du groupe n° 2.

- *Marielle* : « Je crois qu'ils ont surtout peur 'd'attraper' le cancer ». Nous devons alors arrêter la discussion et nous nous disons au revoir.

Dans ce groupe à nouveau apparaît l'expression du thème de la honte chez les participantes. Ce thème émerge à la toute fin du premier atelier, presque sur le pas de la porte, ce qui fait que nous n'avons pas le temps de le reprendre dans le groupe. Cette fois-ci, l'affect de honte est verbalisé, nommé même, et plus seulement agi comme dans le premier groupe. Cependant, Marilène ne dit pas directement éprouver de la honte, elle se questionne plutôt vis-à-vis du comportement des autres autour d'elle qui agiraient comme si Marilène devait éprouver de la honte d'avoir un cancer. Marilène tente de donner du sens à l'éloignement, à l'évitement selon ses propres mots, de certaines personnes de son entourage dans la relation qu'ils entretenaient avec elle avant la maladie. On ne sait pas de qui elle parle précisément, mais elle identifie bien qu'il pourrait s'agir d'un mouvement anxieux de leur part. Nous ne sommes pas très surprises que certains prennent de la distance avec Marilène si elle adopte le même mode d'expression de ses affects avec eux que dans le groupe durant les ateliers. Nous pourrions la qualifier de porte-négatif tellement elle bombarde le groupe d'angoisse et de vécus dépressifs dont elle se défend en les éjectant hors de sa psyché. Elle envahit beaucoup l'espace de parole du groupe en rapportant en permanence des mauvaises expériences, celle de sa mère dans les soins de son propre cancer du sein, celle de héros de livre qu'elle lit actuellement, les siennes dans la vie de tous les jours (mésaventures avec le taxi, dans une boutique). Elle donne également la sensation de s'accrocher à nous, aux autres qui lui sont proches, pour leur exprimer toute sa détresse, brute, à peine mentalisée. Est-ce de cela dont les autres lui renverraient un message de honte ?

IV.3.4.3 LE CANCER GYNECOLOGIQUE FAIT-IL PARTIE DES MALADIES HONTEUSES ?

Cette interrogation a surgi à la suite de l'échange suivant entre Mathilde et Rachel³⁴¹.

- *Je demande* : « Comment diriez-vous que vous vous sentez actuellement ? ».
- *Mathilde* : « J'étais bien ici ... Ça m'a fait beaucoup de bien ... En tout cas au moment présent je suis bien ... Je ne sais pas comment je serai dans une heure. Je ne sors pas assez. Je vais bien à la poterie le jeudi matin, mais tout le monde est empathique et ça m'énervé ... Comme les gens me parlent, j'ai l'impression que je vais mourir dans un mois ... M'en aller dans un an. Heureusement que ce n'est pas une maladie honteuse ! ».
- *Rachel* : « Oui c'est pas comme le sida ! ».

³⁴¹ Cette séquence se situe à la fin de l'atelier 1 Conseil en Image 1 du groupe n° 8.

- *Mathilde* : « J'ai une de mes sœurs qui m'a dit l'autre jour : 'J'ai besoin de te voir, d'entendre ta voix'. Elle ne m'avait jamais dit ça avant, ça me fait bizarre ».
- *Rachel* : « C'est comme si le compte à rebours était lancé alors elle veut prendre un maximum de ce qu'elle pense ».
- *Je dis* : « Et vous ? Vous ne pourriez pas en profiter ? Être active dans la relation ? ».
- *Ariane* : « Ça dépend de comment on l'assume ? ».
- *Je dis* : « Oui de comment chacun intègre la maladie dans son parcours de vie ».
- *Mathilde* : « Vous savez, moi je suis très négative de manière générale ».
- *Rachel* : « Vous n'avez pas essayé de trouver des bouquins, des récits d'autres femmes ? J'en ai, je vous les apporterai. Moi ça m'a aidé de les lire. Y'a vraiment pire ! ».
- *Mathilde* : « Je n'arrive pas à voir le pire. Mon mari me reproche sans arrêt de ne pas lire son livre sur la méditation. Il me dit que ça serait intéressant pour me permettre de ne pas toujours me projeter et pour vivre le moment présent. Moi je me projette tout le temps, même pour les vacances ! ».
Puis c'est au tour de Rachel de répondre à la question.
- *Rachel* : « J'ai passé un bon petit moment qui apporte des nouvelles idées pour se voir autrement. C'est bien. Je suis contente de ce que ça peut amener. Toutes vos astuces, il va falloir les digérer maintenant. Là où je considérais avoir des défauts, ça permet de mettre des nuances, au sens propre comme au sens figuré ».
(Une élève aide-soignante entre de manière intempestive avec une patiente. Nous leur demandons de nous laisser car l'atelier n'est pas encore tout à fait terminé).

Dans cette séquence, nous constatons que Mathilde associe, malgré elle puisqu'elle s'en défend (sous la forme d'une dénégation) cancer et honte. En effet Mathilde dit « Heureusement que ce n'est pas une maladie honteuse ! », et si je poursuis la remarque, qui aurait été en lien avec la sexualité ? Nous entendons la référence aux maladies sexuellement transmissibles, liées à une sexualité honteuse. Autrefois dans l'imaginaire, on employait l'expression de maladie honteuse pour parler de la vérole³⁴², plus connue sous le nom de syphilis³⁴³. La syphilis se caractérise au début par l'apparition de vésicules type pustules à l'endroit de la contamination, souvent sur les organes génitaux ou les muqueuses, et par des adénopathies sévères, puis qui si la maladie n'était pas traitée, se généralisaient et entraînaient des atteintes viscérales et nerveuses jusqu'à la mort. Au 19^{ème} siècle, les gynécologues européens et nord-américains eux-mêmes véhiculaient la pensée selon laquelle le cancer féminin était lié à : « la pratique de la masturbation, une activité sexuelle excessive, un appétit sexuel immodéré, la syphilis et autres maladies vénériennes, les avortements, ainsi que les désordres de « l'âge critique » (la

³⁴² Vérole : Synonyme populaire de Syphilis selon l'encyclopédie Larousse. (<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/verole/81608>)

³⁴³ Syphilis : Maladie infectieuse due au tréponème pâle, sexuellement transmissible, et se manifestant initialement par un chancre et plus tardivement par des atteintes viscérales et nerveuses. (<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/syphilis/76238>)

ménopause) » (Löwy, 2013³⁴⁴, p. 66). D'autres ont nuancé ensuite ce point de vue en estimant que le « cancer de la matrice » (Löwy, 2013, p. 67) était davantage lié aux accouchements multiples, plutôt qu'à l'activité sexuelle en elle-même. Ceci rappelle l'histoire. De la période médiévale avec la femme-sorcière au début du vingtième siècle avec la femme hystérique : les femmes ont toujours eu à construire leur sentiment d'identité féminine à partir d'une image effrayante ou dégradée renvoyée par les hommes de leurs différences d'être au monde, pouvant générer de la honte d'être autre, d'être femme.

Mathilde souffre d'un cancer de l'ovaire et a dû subir une intervention qui l'a amputée de la quasi-totalité de ses organes génitaux internes. Nous pouvons aussi entendre le questionnement de Mathilde comme lourd de culpabilité : qu'est-ce que j'ai bien pu faire pour mériter cette maladie ? Pourquoi dois-je être punie et contrainte à payer une dette par corps ? Désormais au 21^{ème} siècle, et pour preuve l'association immédiate de Rachel, la maladie honteuse est devenue le Sida. Mais finalement les représentations sociales du Sida ne sont pas si différentes : les croyances restent encore fortes, malgré une large information médiatique, autour du mode de transmission et de la population concernée par les risques de contamination par le virus du Sida. Pour beaucoup encore, les malades du Sida pratiquent une sexualité considérée comme déviante, et/ou ont des comportements addictifs générant exclusion sociale et marginalité. Qu'en est-il de l'expression de la honte originaire renvoyant à l'univers cloacal ici représentée par la maladie cancéreuse de l'appareil génital féminin ? Du pacte dénégatif rompu avec leurs proches qui favorise la mise à l'écart de ces femmes et donc l'émergence chez elle d'un affect de honte originaire ?

Rappelons l'histoire conjugale de Mathilde : rapidement dans nos rencontres elle évoque l'infidélité de son mari, qui a commencé rapidement après leur mariage et qui dure depuis de nombreuses années. Elle évoque aussi les gestes suicidaires multiples de celui-ci, liés quelquefois à ses histoires extraconjugales, et de toutes les fois où elle l'a retrouvé devant faire intervenir les secours pour le sauver. Mathilde se dit d'ailleurs aujourd'hui résignée de cette situation. Elle en arrive même à penser qu'elle n'est plus en mesure désormais d'apporter toute la satisfaction sexuelle dont son mari pourrait nécessiter depuis l'opération et accepte d'être trompée un après-midi par semaine parce qu'en ses temps d'insécurité interne Mathilde a besoin que son mari soit : « quand même toujours là auprès (d'elle) ! ».

³⁴⁴ Löwy, I. (2013). Le genre du cancer. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, (37), 65-83.

IV.3.5 DESESPOIR ... ESPOIR ...

IV.3.5.1 DE L'ABANDON DU CORPS A LA RENAISSANCE³⁴⁵

- *Éliette commence par dire : « Les soins ont été très difficiles à supporter pour moi, mais désormais, c'est comme si je vivais une sorte de renaissance ».*
- *Anne dit : « Pour moi, d'être ici, ça représente vraiment une nouvelle expérience. Je n'ai jamais appris à me maquiller, à m'occuper de moi. Ma mère est morte d'un cancer du sein quand j'avais 4 ans, je n'ai jamais eu de modèle féminin. J'ai l'impression que maintenant, après la maladie, c'est aussi pour moi une renaissance, et c'est pour ça que j'ai voulu m'inscrire à vos ateliers ».*
- *Jeanne enchaîne : « Je ne dirai pas qu'il s'agit d'une renaissance pour moi. J'ai eu envie de participer à vos ateliers parce que pendant la prise en charge de mon cancer, j'ai décidé de profiter de tout ce qu'on pouvait me proposer. J'ai participé à un atelier peinture, un atelier d'écriture, alors que si je n'avais pas été malade, je pense que je ne l'aurais jamais fait ! Pour vos ateliers, c'est pareil ! ».*
- *Myrta rebondit : « L'après-cancer comme on dit, pour moi, ce n'est pas non plus une renaissance. Pour moi, c'est un nouveau chemin, un nouveau départ. J'ai laissé mon corps à l'abandon depuis le cancer. L'annonce de la maladie a été comme un raz-de-marée qui a tout anéanti. J'espère que vos ateliers vont m'aider ».*

Dès les premières minutes de ce tout premier atelier, l'appareillage psychique entre les membres du groupe semble opérer et mettre en avant les différents thèmes problématiques qui seront traités dans ce groupe n° 1. Nous pouvons voir émerger l'espoir chez Éliette et Anne lorsqu'elles évoquent en premier le thème de la renaissance, un chemin menant à la reconstruction ou à la découverte d'une partie de soi selon la perspective infantile ou actuelle dans laquelle se placent les femmes. Nous voyons également apparaître le désespoir par l'intermédiaire de Myrta, l'expression de vécus dépressifs voire mélancoliques générés par la période d'après-cancer. Enfin Jeanne exprime adopter une posture comportementale quasi boulimique. Elle exprimerait emprunter une voie défensive contre l'émergence d'affects dépressifs en se remplissant d'expériences « soignantes » pendant les soins et dans la phase d'après-cancer. Nous retrouvons ainsi ce type de comportement de remplissage comme celui que nous avons mis en évidence chez Katia, participante du groupe n° 8.

³⁴⁵ Cette séquence clinique du groupe n°1 rapporte les réponses des patientes à la question du début du 1^{er} atelier « Comment diriez-vous que vous vous sentez actuellement ? ».

IV.4 DEVENIR, ÊTRE, RESTER, REDEVENIR FEMME ...

IV.4.1 L'ATTAQUE DE LA FEMINITE PAR LE CANCER

IV.4.1.1 DES FEMMES CONSTATENT LES EFFETS DU CANCER SUR LEUR CORPS ET SUR LEUR SEXUALITE³⁴⁶

Groupe n° 2

- *Marilène* : « Avec un sein en moins, la posture est toute à rééquilibrer ! Et puis le teint, sa couleur, ça donne des indices sur ce qu'on prend comme médicament par exemple ... La chimio ça rend le teint tout jaune je trouve ».
- *Béatrice* : « la peau ça donne aussi une idée de l'âge de la personne avec les rides, mais aussi de son style de vie, si la personne va beaucoup au soleil, si elle fume ... ».
- *Marielle* : « Moi j'ai pris du poids aussi pendant la chimio, du coup je me sentais encore plus mal, toute gonflée ».
- *Marilène* : « Les cheveux aussi ça donne des indices sur la vie des gens. Quand on est une femme et qu'on a de la chimio on a plus de cheveux ... ».
- *Marielle* : « Et quand on vient d'en avoir on est une femme à cheveux courts, ça se remarque aussi. C'est plus un plaisir pour moi d'aller chez le coiffeur, je suis déçue de comment mes cheveux repoussent ... ».
- *Ariane* parle ensuite du corps en action, du corps qui permet de faire et d'être en relation avec autrui.
- *Marielle* parle alors du sport : « Avant je n'en faisais pas, maintenant je fais de la gym douce et je nage toutes les semaines ».
- *Gabrielle* : « Moi j'ai surtout besoin de beaucoup me reposer ... Je suis plutôt très active, marche, randonnées, maintenant je me pose plus ».
- *Marielle* : « C'est mon entourage qui me demande beaucoup d'énergie ... C'est comme si ça les rassurait de me voir bouger ... ».
- *Ariane* parle de vivre dans son corps.
- *Marielle* : « Moi je crois que je vis plus dans mon corps maintenant qu'avant. Pendant le cancer, j'étais comme morte ... Juste après je vivais à côté de mon corps ... ».
- *Gabrielle* : « Moi aussi je fais plus attention maintenant ».
- *Marilène* : « Quand on a un handicap, il faut être supportée ... ».
- *Marielle* : « Et se supporter soi-même ! ».
- *Ariane* évoque les fonctions du corps.
- *Béatrice* : « Il y a la fonction digestive ».
- *Marilène* : « La fonction neurologique avec le cerveau, le sommeil ...
Il y a la transpiration ... ».
- *Marielle* : « Et puis il y a la sexualité ... Moi je me sens vide sans mon sein ... ».
- *Marilène* : « Et moi sans cheveux, un sein en moins ... comment mon mari va bien pouvoir me désirer ? ».

³⁴⁶ Les deux séquences qui vont suivre sont tirées de l'atelier 1 : Conseil en Image des groupe n° 2 et 6. Voici les idées et représentations qui se sont échangées et qui ont circulé dans les groupes, lorsqu'en introduction à la phase d'activité, leur a été posée la question : « Le corps en général, qu'est-ce que cela vous évoque ? ».

Groupe n° 6

- *Ella dit : « L'image de soi ».*
- *Claire rebondit : « La sexualité. Avec le cancer, le corps est au repos, il y a un stop, comme avec une maternité. On souffre de sécheresse vaginale ». Elle regarde Maeva et l'incite à parler de son expérience de jeune femme.*
- *Ella enchaîne : « Les hommes acceptent mieux, mon mari, mon fils, ils me rassurent. Mon fils me dit Maman t'es belle quand même ! ».*
- *Claire dit : « La femme est bien touchée dans sa féminité. Son moral est aussi atteint car ça crée une peine intérieure, des moments de blues ».*
- *Maeva : « Par moments, j'ai tendance à me recroqueviller sur moi-même, à ne pas sortir, à être devant la télé, mais mon esprit est toujours occupé ».*
- *Ella : « Moi je suis toujours en action ».*
- *Claire : « Moi avant, je faisais toujours du ménage quand j'étais chez moi. Maintenant ça ne m'intéresse plus ».*
- *Je dis : « Et comment se passent les relations avec les autres ? ».*
- *Claire : « Il y a des inconvénients, comme vendredi où j'ai eu 17 coups de fil, j'en avais ras le bol ! ». Puis elle demande : « On peut faire ce qu'on a envie de faire alors ? ».*
- *Ella répond : « Ce qu'on sent surtout ».*
- *Claire demande : « Est-ce qu'on peut prendre de l'homéopathie ? ».*
- *Ella et Maeva : « Ils en donnent des choses de toute façon ».*
- *Ariane évoque les cinq sens pour revenir à la question sur le corps.*
- *Ella dit : « Être bien dans son corps pour soi-même et pour donner une bonne image aux autres. On peut faire des régimes par exemple ».*
- *Claire demande aux autres femmes si elles ont changé leur alimentation.*
- *Ella répond : « J'ai supprimé le sucre et le lait de vache. D'après certaines études, notre corps n'en a pas besoin ».*
Claire réagit alors en disant que si elle supprimait le lait de vache elle serait inquiète d'une éventuelle ostéoporose à venir.
Maeva enchaîne en parlant du traitement complémentaire expérimental qu'on lui donne en plus du Tamoxifène (hormonothérapie), et qui favorise ostéoporose et baisse de la libido.
- *Ariane parle de la posture, de la stature, du phénotype, du corps et de ses fonctions.*
- *Claire évoque l'aspect esthétique du corps.*
- *Ariane dit : « On a tous son corps ! ».*

Les représentations de l'image du corps émergent et alternent entre les représentations sociales quasi idéales du corps de la femme (cheveux longs, silhouette mince, formes féminines) et les représentations sociales des effets des traitements du cancer sur le corps (alopécie, teint, posture déséquilibrée par la perte d'un organe) pour en arriver à leurs expériences personnelles et à ce que cela leur fait vivre : prise de poids, trou consécutif à la mastectomie, castrations liées à la perte des cheveux, du sein, de l'énergie vitale, du désir sexuel ... Mais aussi atteintes de parties corporelles composant les bases narcissiques de l'investissement du psychosoma faisant vaciller les repères identificatoires : le regard des autres, des proches peut alors devenir rassurant d'un point de vue narcissique comme celui des proches d'Ella, ou angoissant comme Marilène qui se demande bien si l'image qu'elle renvoie

maintenant lui permet toujours d'être désirable pour son mari. Le thème de la sexualité apparaît alors. Marielle parle de son sentiment de se sentir vide sans son sein. Représenterait-il pour elle un réservoir érogène et libidinal perdu désormais ? Claire parle de sécheresse vaginale quand elle aborde la question de la sexualité : le cancer et tous les affects dépressifs, d'angoisse et de rage viendraient-ils tellement assécher la vie psychique et relationnelle de Claire ? Tout comme celle de Maeva ?

Nous percevons également la crainte de la contamination par le cancer et par extension par l'angoisse de mort qu'il génère au niveau familial. Plusieurs patientes sont en questionnement sur la manière de protéger leurs proches des effets que le cancer a sur elles. Nous nous souvenons de Marion qui avait peur que son mari se fasse trop de soucis pour elle et déclenche un cancer. Marilène pense qu'elle doit être supportée par son mari, qui lui-même va être traité pour un cancer de la prostate. Marielle parle aussi de ses proches qui lui demandent beaucoup d'énergie parce qu'ils se sentent rassurés selon elle lorsqu'elle est active, autrement dit lorsqu'elle ne se comporte pas comme une femme malade, en soins ou en convalescence. Serait-ce pour eux la manifestation d'une lutte contre l'angoisse de mort générée par l'annonce du cancer sur chacun et circulant dans la famille ?

IV.4.1.2 LA VIE CONJUGALE DE MATHILDE

Lors du premier entretien post-cycle, Mathilde évoque sa relation avec son mari. Mathilde se plaint encore de sa vie de couple tout en disant avoir décidé de ne plus « se prendre la tête » pour éviter de continuer à en souffrir, pour éviter de continuer à espérer qu'elle sera un jour l'unique femme dans la vie de son mari. Mathilde connaît bien la relation extra-conjugale qu'il entretient avec la même femme depuis une trentaine d'années. Il la retrouve tous les mardis après-midi. Mathilde dit ne pas avoir eu le courage de quitter son mari plus tôt. En même temps, celui-ci a manifesté plusieurs épisodes d'effondrement dépressif en faisant des tentatives de suicide qui ont beaucoup inquiété Mathilde. Pour deux d'entre elles, c'est en effet Mathilde qui a dû faire appel aux secours après avoir découvert son mari inconscient. Désormais avec la maladie, Mathilde dit ne plus se sentir l'énergie de partir. Elle rajoute également à cela le fait de ne plus se sentir légitime à ce jour de lui en vouloir d'être infidèle. En effet, l'ablation chirurgicale de presque tout l'ensemble de ses organes génitaux internes l'empêcherait désormais de pouvoir donner à son mari une vie sexuelle satisfaisante. Mathilde dit : « C'est à cause du cancer ! ». Elle rapporte une parole de la psychiatre³⁴⁷ qu'elle a rencontrée quelques fois qui lui aurait suggéré de prendre un amant. Elle dit qu'elle n'en a malheureusement même pas envie, qu'elle n'a pas l'impression qu'elle pourrait plaire à un homme, elle se sent trop diminuée. La psychiatre lui a dit qu'elle la sentait attaquée, amoindrie dans sa féminité par le cancer et par les tromperies.

³⁴⁷ Notons que le médecin psychiatre que Mathilde rencontre est une femme.

Mathilde semble se montrer résignée dans cette séquence. Nous pouvons alors constater comment le cancer, l'atteinte corporelle de plusieurs organes de la fonction sexuelle féminine et le vide créé par l'ablation de ceux-ci, attaquent des composantes narcissiques et identitaires et lui font perdre toute confiance en elle. Une association émerge alors en moi en lien avec les propos de J. Schaeffer (1999)³⁴⁸ sur le fait que le travail du féminin se perpétue tout au long de la vie adulte quand une femme se sent désirée par au moins un homme. Qu'en est-il alors quand une femme sait que l'homme qui la désire en désire aussi une/d'autres, et ce depuis presque le début de la relation et du mariage ? Un autre questionnement survient ensuite : qu'est-ce qui a bien pu pousser Mathilde à supporter cette relation qu'elle ne cesse de décrire comme insatisfaisante, voire destructrice pour son narcissisme féminin ? Pourquoi n'a-t-elle pas été en mesure de défendre son droit au respect dans sa relation conjugale ?

IV.4.2 LE SENTIMENT D'IDENTITE FEMININE ET LES ALEAS DE SA TRANSMISSION

IV.4.2.1 ANNE OU LA PERTE MELANCOLIFORME DE L'OBJET FEMININ MATERNEL

Dès le premier atelier, lorsque je pose la question : « Comment diriez-vous que vous vous sentez actuellement ? »,

- *Anne dit : « Pour moi, d'être ici, ça représente vraiment une nouvelle expérience. Je n'ai jamais appris à me maquiller, à m'occuper de moi. Ma mère est morte d'un cancer du sein quand j'avais 4 ans, je n'ai jamais eu de modèle féminin. J'ai l'impression que maintenant, après la maladie, c'est aussi pour moi une renaissance, et c'est pour ça que j'ai voulu m'inscrire à vos ateliers ».*

Puis lors du temps de Photolangage©, Anne est bouleversée par la présentation qu'Éliette fait de sa photo de la parturiente avec son bébé. Après qu'Ariane soit allée la consoler et que le groupe lui ait permis de revenir s'asseoir autour de la table. Anne s'assoit et montre sa photo n° 27 : Visage de jeune femme pensive avec reflet.

Je demande alors si les autres peuvent l'aider à parler de sa photo.

- *Anne dit : « Dans ce regard, j'ai vu plein de choses. Maintenant il est en lumière. La photo de l'enfant m'a bouleversé car je n'ai pas d'enfant. »*
- *Myrta enchaîne en disant : « ça bouleverse de s'occuper de soi ! Tu sais, rien n'est jamais trop tard. Des enfants, tu ne sais pas, tu en auras peut-être un jour, ou tu adopteras, ou tu auras peut-être un compagnon qui aura des enfants. Bien sûr c'est dégueulasse ce qui nous est arrivé, mais on est là sur un tremplin ! et votre atelier c'est extraordinaire ! », dit-elle en me regardant.*

³⁴⁸ Schaeffer, J. (1999). Que veut la femme ? ou le scandale du féminin. Dans J. Schaeffer, M. Cournut-Janin, S. Faure-Pragier et F. Guignard. (dir.), *Clés pour le féminin. Femme, mère, amante, fille* (p. 25-40). Paris, France : PUF, 2005.

Myrta se met à pleurer : « ça change des scanners ... on se sent considérée comme des personnes et pas comme des numéros de dossiers ou comme réduite au cancer du péritoine de la chambre n° tant ... ».

- *Anne : « Oui et moi j'ai jamais appris à prendre soin de moi, ma mère est morte quand j'étais toute petite. J'ai jamais eu de modèle. Et puis je me suis toujours occupée des autres avant tout, de mon père ... ».*

Enfin au premier entretien post-cycle, Anne parle de son père et du fait qu'il n'a jamais désiré avoir une fille selon elle. Elle associe ensuite directement sa représentation du fait que la maladie la masculinise en la dépossédant de ses attributs féminins corporels, seins puis ovaires. Je fais alors remarquer immédiatement qu'elle conserve pour autant des qualités psychiques féminines dont elle a fait preuve dans l'accompagnement de fin de vie de son père ou de celle de ses grands-parents pour qui elle s'est montrée disponible, attentive et présente.

Dès le début du premier atelier, Anne exprime tout le désarroi dans lequel le décès de sa mère l'a plongée, qui semble encore intact dans sa vie de femme. Dans ses phrases suivantes : « ma mère est morte, j'ai jamais eu de modèle féminin », nous apparaît alors un monde interne dans lequel Anne semble avoir perdu une partie d'elle-même en même temps qu'elle subissait la perte de l'objet maternel, au point qu'elle témoigne aujourd'hui de ne jamais avoir pu trouver en au moins un autre objet, éventuellement en une autre femme, un modèle identificatoire suffisamment disponible, contenant, étayant, pour devenir femme comme elle aurait imaginé le devenir. Peut-être a-t-il mieux valu pour Anne ne pas prendre le risque de trouver un substitut d'objet maternel au risque de désinvestir sa mère morte quand elle était très petite et avec qui elle n'a pas pu construire de véritables souvenirs en images auxquels elle peut faire appel pour lui ressembler ou l'imiter. Rappelons aussi que sa mère est morte des suites d'un cancer du sein, pathologie dont souffre justement Anne, qui nous amène à la rencontrer, pour laquelle une composante génétique sera avérée. La transmission du féminin qu'Anne reçoit de sa mère est particulière puisqu'elle est teintée de maladie et de mort, mais elle a le mérite d'exister. Anne ne peut la refuser puisqu'elle fait partie de son patrimoine génétique. Lorsqu'elle raconte des souvenirs d'enfance avec son père et son frère, Anne a toujours l'impression d'avoir été lésée par rapport à son frère, l'enfant préféré du père selon elle, pas regardée comme une petite fille, ou comme elle imagine qu'aurait pu le faire sa mère ou qu'aurait dû le faire son père. La manière dont Anne décrit les relations familiales évoque qu'elle sentait une alliance entre les deux hommes de la maison générée par son père contre elle. Elle ne s'est donc pas reconnue comme femme dans le regard de son père non plus.

IV.4.2.2 L'HOMOSEXUALITE COMME SOLUTION APRES LA CONFRONTATION A L'INTERDIT DE L'INCESTE

Lors d'un entretien de suivi, Jane rapporte une scène entre son père et elle qui nous semble fondamentale dans le choix ultérieur d'objets d'amour homosexuels. Jane a dix-sept ans à l'époque. Alors qu'elle rentre d'une soirée très tard dans la nuit, Jane retrouve son père dans la cuisine, très alcoolisé, comme bien souvent. Jane lui fait remarquer qu'il devrait aller se coucher puisqu'il a visiblement des difficultés à tenir encore debout, mais ce dernier réagit fortement et le ton monte rapidement entre eux. La violence est perceptible dans l'atmosphère selon Jane. Il saisit tout à coup le bras de sa fille et lui fait une proposition sexuelle dont elle arrive à s'extirper en le giflant ce qui le surprend tellement qu'il lâche son bras. Jane s'enfuit alors en courant de la maison et laisse son père seul. Elle se réfugie pour la journée chez une amie et ne rentrera chez elle que le lendemain soir. Jane n'en a jamais parlé à sa mère qu'elle a toujours décrit comme dépressive et peu présente psychiquement à la maison.

Jane n'en a jamais reparlé non plus avec son père, mais elle imagine que c'est cet événement qui l'a poussé à arrêter de boire et à se séparer de sa mère. Cette histoire ressurgit à un moment où Jane parle de sa fille qui souhaite pouvoir passer plus de temps avec son grand-père, associé avec un moment lors duquel elle se trouve en panne de solution de garde. Jane se demande si elle peut faire confiance à son père et s'il ne va pas tenter de séduire aussi sa fille si elle la lui confie. Le regard paternel soutient et favorise le sentiment de féminité chez la fille, surtout par le désir que le père porte sur la mère. D'après Jane les relations qu'elle a toujours connues entre ses parents étaient animées de violence verbale et physique. Sur quels fantasmes de scène primitive Jane a-t-elle construit ses objets parentaux ? Qu'a-t-elle bien pu percevoir chez son objet maternel, décrit comme « mère morte », de la place de l'autre en elle, du désir pour l'homme ? Dans la relation homosexuelle primaire entre Jane et sa mère, nous pouvons nous demander si la censure maternelle s'est bien produite dans le contexte relationnel du couple parental. Et ainsi comment cela a pu influencer la construction de son Œdipe et ses identifications à la femme qu'est sa mère et à son choix d'objet d'amour détesté qu'est l'homme en son père ? Nous pouvons imaginer que la scène incestueuse dans la cuisine, redoublant un climat de séduction incestuelle d'avec la mère prégénitale, la conduise définitivement à se tourner vers un choix d'objet d'amour génital homosexuel, ou homoérotique au sens de J. Bergeret (1999)³⁴⁹. En effet, l'investissement d'objets semblables, d'objets-miroirs, servirait à lutter contre des vécus dépressifs consécutifs à des carences narcissiques importantes.

³⁴⁹ Bergeret, J. (2003). L'importance de l'illusoire dans le concept d'homosexualité tel que l'entend un psychanalyste. *Revue française de psychanalyse*, 1(67), 27-40.

Nous pourrions imaginer que pour Jane, ces deux mouvements coexistent, et pourquoi pas avec la même partenaire : tantôt à la recherche de l'objet-semblable, tantôt à la recherche de l'objet-autre.

IV.4.2.3 LA LUTTE CONTRE L'IDENTIFICATION AU FEMININ DE LA MERE CHEZ SOFIA

A l'entretien d'inclusion, Sofia dit que lorsque l'on est une femme, on doit vivre ce qu'elle nomme une « double-peine » : être une femme conduit forcément à une vie de sacrifices en ayant des enfants, en souffrant de maladies ... Elle associe immédiatement cette remarque avec la vie menée par sa mère, qui a eu six enfants, qui n'a jamais travaillé et eu l'opportunité de sortir de la maison, et qui souffre d'un diabète sévère depuis quelques années nécessitant qu'elle se prive de nourriture. Sofia est d'origine algérienne. Ses parents sont nés là-bas mais sont venus ensuite vivre en France avec leur famille respective. Ils se sont rencontrés parce qu'ils ont été présentés l'un à l'autre. Ils ont vingt ans d'écart tous les deux, et ils ne se sont pas mariés par amour, mais par arrangement familial d'après Sofia. Celle-ci dit qu'elle ne se sent pas proche du tout de sa mère, bien qu'elle soit la seule fille de sa fratrie (4^{ème} enfant sur 6). Sa mère montrerait parfois son désir de partager des moments de complicité avec sa fille en préparant ensemble des repas par exemple, mais Sofia rejette vivement ces moments-ci. Elle n'a pas d'amies non plus, elle dit s'investir énormément au travail ce qui laisse peu de place pour d'autres moments dans sa vie, à part pour l'entretien de sa maison. C'est d'ailleurs son compagnon qui la pousse à s'inscrire aux ateliers en l'accompagnant à l'entretien et en soutenant ma proposition.

D'abord dans un premier mouvement de refus, Sofia revient pour un deuxième entretien, seule cette fois-ci, et porte elle-même la demande d'inscription aux ateliers. Elle dit dès le premier entretien combien elle rejette le féminin de sa mère : elle refuse sa position de soumission, ainsi que sa position maternelle qui semble générer uniquement des vécus de passivité et de frustration. Pour autant, Sofia est mère de deux garçons, et avoue avoir peu d'activités extérieures à la tenue de sa maison, je rajoute comme sa mère. Cependant, à la différence de sa mère, elle a fortement investi une vie professionnelle. La menace sur celle-ci que constitue l'arrêt maladie et la projection de pouvoir perdre cet objet-travail déborde Sofia d'angoisse. L'objet-travail serait-il investi par Sofia comme un phallus fantasmatiquement directement hérité de son père alors que sa propre mère n'y a jamais eu accès ? D'abord dans une posture défensive de fermeture, Sofia se montrera sensible et capable de s'appuyer sur l'accompagnement gestuel et physique d'Ariane en acceptant de faire des soins et de se maquiller, ainsi que sur mon regard, vecteur de notre attention et de notre reconnaissance biparentale (maternelle et paternelle) de sa féminité.

IV.4.3 LA RENCONTRE AVEC DE NOUVEAUX MODELES IDENTIFICATOIRES GRACE AU GROUPE

IV.4.3.1 ANNE PARMI LES AUTRES FEMMES

Lors du premier entretien post-cycle, Anne évoque le fait de se sentir prête à apporter désormais des transformations dans sa féminité. Elle a pu observer les autres femmes : elle a reconnu Éliette, quelques fois croisée en hôpital de jour pour la chimiothérapie, perçue comme dépressive et à éviter pour ne pas sombrer avec elle ; Jeanne qu'elle identifie comme une personne qui semble ouverte mais qui n'est pas dans le don ; Myrta avec qui elle a lié immédiatement amitié malgré sa carapace. Elles se sont beaucoup vues depuis les ateliers et se sont mutuellement soutenues d'après elle. Anne n'a pas vraiment d'amies donc la relation est très intense entre elles deux. C'est un premier modèle identificatoire pour Anne parmi les patientes sur lequel elle s'appuie massivement en ce moment. Myrta viendra d'ailleurs à parler de son vécu parfois d'envahissement de la part d'Anne qui voudrait une relation exclusive avec elle. Ariane en est un deuxième très important. Anne semble transférer sur Ariane la figure de l'objet maternel idéalisé qui transmet comment devenir femme et qui accompagne dans les moments difficiles de la vie. Me revient alors immédiatement en tête la scène de consolation entre Ariane et Anne lors du temps de Photolangage©. Ariane fait don d'elle en somme et se met dans une dynamique de transmission de ses connaissances sur ce qui fait énigme pour Anne, à savoir féminin et féminité.

IV.4.3.2 LE TEMOIGNAGE DE CLOTHILDE³⁵⁰

*Lors du temps de Photolangage©, Clothilde avait dit :
« Venir aux ateliers pour moi, c'est accentuer ma féminité ce qui est dur (...) ».
Puis dans la partie « Remarques » du questionnaire de fin de ce même troisième atelier, Clothilde témoigne :
« Ces ateliers m'ont réellement fait du bien. Je vous en remercie ! Grâce à vous, j'apprends chaque jour à être féminine ! ».*

Clothilde s'est relativement peu exprimée durant les ateliers. Elle n'avait pas participé au premier, étant préoccupée par la fin d'année universitaire et ses examens. Quand j'ai rencontré Clothilde pour la première fois à son chevet, le lendemain de la chirurgie, après avoir subi une double mastectomie à 20 ans, j'ai été frappée par son côté optimiste pour tout en général. Sa mère avait été très présente auprès d'elle à l'hôpital et depuis le diagnostic, alors

³⁵⁰ Clothilde fait partie du groupe n° 5.

que cette dernière avait été bien absente psychiquement depuis le départ du père de Clothilde. Celle-ci perçoit sa mère comme fragile, à ne pas inquiéter, très angoissée déjà par nature, alors il ne faudrait pas en rajouter. Et j’imaginai que cela pouvait expliquer la répression chez Clothilde du moindre affect négatif ou dépressif. Mais elle s’est comportée de la même manière durant les ateliers. Elle a peu échangé et s’est peu exprimée sur ses ressentis lors du deuxième atelier. C’est au troisième qu’elle évoque à la fois le gros investissement et la difficulté de se confronter au travail demandé dans ce Dispositif de remaniement de ses représentations de sa féminité bien ébranlées par le cancer. Mais en fin de séance, elle dira que les ateliers agissent en elle au quotidien, lui font découvrir comment être féminine. Est-ce un mouvement d’idéalisation au moment de quitter le groupe ? Y-a-t-elle trouvé des étayages lui permettant de remettre en dynamique ses processus identificatoires au féminin d’autres femmes ? Lorsqu’elle est revenue aux entretiens post-ateliers, Clothilde a pu se montrer affaiblie moralement et très en colère contre sa fratrie et contre son père qui ne la soutiennent pas comme elle en aurait besoin. En entretien individuel avec moi, objet qu’elle a rencontré déjà plusieurs fois et envers qui une confiance s’est instaurée dans le lien grâce au travail des ateliers, Clothilde laisse venir à elle la colère et la déception, voire l’agressivité envers son père, malade depuis peu aussi du cancer et qui lui demande des conseils qu’elle refuse de lui donner.

IV.4.3.3 LES ATELIERS D’ELLA³⁵¹

Ella m’annonce lors du deuxième entretien post-cycle envisager prochainement de mettre en place des groupes pour ses élèves de lycée professionnel de soins esthétiques et de maquillage. En effet, elle imagine que ce serait très intéressant de proposer aux jeunes filles de son lycée d’apprendre à prendre soin d’elles en leur transmettant une technique facile de soin qu’elles pourraient réaliser à petit prix pour celles qui auraient à faire avec des préoccupations d’ordre social. Ella insiste surtout selon elle sur la nécessité de leur apprendre à se maquiller en fonction des circonstances de la vie : elle parle d’adolescentes de son groupe qui se maquillent beaucoup trop, ce qui n’est pas du tout adapté au monde du travail d’après elle.

Dans cette séquence, Ella montre clairement s’être identifiée à la posture soignante des animatrices des ateliers que l’on pourrait qualifier d’adhésive en premier lieu. En effet, elle reproduit à l’identique la proposition de soin qui lui a été faite envers ses élèves du lycée. Ma première réaction a été de me dire qu’elle n’était pas gênée de reproduire notre dispositif. Je l’ai vécu d’abord comme un vol de sa part. Et je me suis sentie aussi dévalorisée, tout comme Ariane : Ella se rendait-elle compte de ce que génèrent les soins esthétiques chez les

³⁵¹ Ella fait partie du groupe n° 6.

bénéficiaires et qu'il faut accueillir, supporter, transformer ... Passée cette première réaction, j'ai constaté combien Ella avait pu cheminer dans son processus de soin au point qu'elle se sent désormais prête à proposer un soutien à ses élèves qu'elle perçoit en difficulté. Il s'agit sans doute pour elle de sa manière de redonner, transmettre le bénéfice des bons soins qu'elle a reçus et qui mieux qu'elle connaît ses élèves et peut juger de l'aide qui peut leur être apportée.

IV.4.4 LA SEDUCTION, ENTRE OBEISSANCE ET DESOBEISSANCE

IV.4.4.1 MATHILDE ET LA FIGURE NAZIE DU CHIRURGIEN³⁵²

Mathilde : « Moi mon chirurgien, il ressemble à un SS allemand. J'ai envie de lui dire à chaque consultation : 'Non ne me faites pas de mal, je vous en prie'. Je ne suis pas juive pourtant ! Vous le connaissez ? », me demande-t-elle. « Il paraît qu'il a une bonne réputation mais il est très froid. Je lui ai dit l'autre fois et à sa secrétaire aussi. Du coup il a un peu changé après. Il est peut-être polonais sinon avec son accent ... ».

D'après la description que fait Mathilde de son chirurgien, celui-ci prend figure d'autorité sur elle, mais pas n'importe laquelle, l'autorité nazie. La figure du nazi dans les représentations collectives et dans l'imaginaire que nous livre Mathilde évoque l'arbitraire, l'injuste, l'imposition par la force de torture physique et psychologique, de manipulation, à quoi on doit se soumettre pour survivre au prix de compromettre ses valeurs. Est-ce ce que Mathilde ressent quand elle est en consultation avec lui ? Elle a dû en tout cas lui faire confiance, malgré la froideur qu'elle dit ressentir dans le contact avec lui, pour se faire opérer. Elle lui a déjà confié sa vie, et semble encore avoir l'impression de le faire à chaque visite. Cette description extrême serait-elle à la mesure du vécu de Mathilde de devoir lui obéir pour le séduire et pouvoir avoir l'espoir d'être sauvée ? A la fin de cet extrait, Mathilde tempère ses propos en disant qu'elle a pu parler de cela avec lui et qu'il a ensuite adapté sa manière de communiquer avec elle. Finalement ce chirurgien nazi serait-il capable de s'adapter à elle ? Nous pouvons nous demander à quelle imago il fait référence dans le groupe interne de Mathilde : à sa mère qu'elle a déjà décrite comme froide et peu affectueuse ? A son mari avec qui elle se sent contrainte de rester en couple malgré toute la souffrance injuste (tentatives de suicide, liaisons extra-conjugales) qu'il lui a fait vivre jusqu'à présent ?

³⁵² Lors de l'atelier du groupe n° 8, Mathilde décrit la perception qu'elle a de son chirurgien et la manière dont elle se sent lors de chaque consultation.

IV.4.4.2 MIRELLA ET L'HISTOIRE DES POMMES

Mirella rapporte au premier entretien post-atelier des échanges qu'elle a eus avec son chirurgien lors de sa dernière consultation. Elle lui a dit qu'elle ne voulait pas prendre l'hormonothérapie, ce qui a créé de l'incompréhension chez lui et l'a mis très en colère. Mirella a eu l'impression de se faire gronder comme une petite fille, dit-elle, qui se met en danger, alors que prendre ce traitement serait pour elle ce qui la mettrait en danger, après qu'elle ait pris connaissance de tous les effets secondaires possibles de ce traitement. Elle a obtenu ensuite un prochain rendez-vous avec lui pour dans deux ans : elle se demande si ce délai est normal et s'il ne s'agirait pas d'une mesure de rétorsion de sa part. Puisqu'elle ne se montre plus compliant, plus obéissante dans la prescription des soins, alors elle ne vaudrait plus la peine d'être suivie et accompagnée dans son choix de vie. Elle continue en disant qu'elle va bien, et qu'elle a la volonté d'être unique, « de ne pas vouloir ressembler à toutes les autres pommes toutes rondes et toutes lisses », elle affirme vouloir avoir le choix de ses soins et sortir des protocoles systématiques.

IV.4.4.3 JANIE, PUNIE POUR DESIRER SEDUIRE³⁵³

- Janie parle à son tour : « Je suis un peu partagée ... un peu découragée ! J'ai sorti hier les affaires d'été et rien ne me va encore depuis l'année passée. Et je ne veux rien m'acheter ... donc je dois maigrir ».
- Blanche : « Il m'est arrivé la même chose. Pendant les traitements j'ai perdu 8 kilos. Et là j'en ai déjà repris 5 ! C'est tout frais c'est pour ça ! ».
- Janie : « Je me suis mise dans la tête qu'à chaque fois que je maigrissais, il m'arrivait quelque chose au niveau santé : l'année dernière, j'ai perdu 10 kilos et j'ai eu le cancer. Et puis avant j'avais eu une sciatique, une opération de la vésicule biliaire. Le pire c'était quand même le cancer, mais on dirait que c'est crescendo dans la gravité ! J'ai aussi fait une dépression nerveuse après ma première grossesse, et puis une deuxième après la deuxième grossesse ! C'est toujours par 10 kilos en plus ! ».
- Ariane demande : « Vous avez fait des cures d'amaigrissement ? Vous en aviez parlé la dernière fois. Vous pensez en refaire une ? ».
Blanche lui tend la boîte de mouchoirs qui était posée au centre de la table.
- Janie : « Oui je viens d'avoir le feu vert de mon médecin généraliste et de la sécu. Ça se fera en juillet ou en septembre. (...) ».

Janie évoque dans ce passage une forme de culpabilité inconsciente qui l'habite depuis l'adolescence et qui prend la forme d'une pensée magique autour de son poids. Elle imagine que chaque fois qu'elle maigrit, qu'elle devient plus séduisante à ses yeux et pour les autres,

³⁵³ L'extrait suivant est issu de l'atelier 3 Maquillage du groupe n° 7. Blanche et Janie répondent à la question : « Comment diriez-vous que vous vous sentez actuellement ? ».

potentiellement aussi plus autonome pour faire des choses par elle-même, elle doit ensuite le payer cher de sa chair par des somatisations. Et elle dit que ces somatisations deviennent de plus en plus graves, et pourrait l'entraîner jusqu'à la mort puisqu'elle vient d'avoir un cancer. Cela ne l'empêche pas pour autant de retenter l'expérience de la cure d'amaigrissement, où elle ira avec son mari, bien qu'elle aurait désiré profiter de ce séjour pour se retrouver seule et s'occuper uniquement d'elle. Cette fameuse culpabilité l'empêche de le dire à son mari qui ne comprendrait pas ce désir selon elle, qu'il prendrait pour un caprice. D'où peut bien venir ce sentiment de culpabilité de vouloir être séduisante ? Et indépendante aussi ? Elle décrit en effet avoir fait deux dépressions nerveuses après la naissance de ses filles. Nous pouvons imaginer que le poids pris pendant les grossesses l'a minée moralement. Mais ne pourrions-nous pas aussi envisager que l'état de préoccupation maternelle primaire aurait pu déclencher en elle des vécus tyranniques de la part de ses bébés qui aurait fait émerger en elle des vécus de dépendance intense et de privation de liberté. Elle donne peu d'éléments de sa vie familiale avant son mariage et des relations qu'elle avait avec ses parents qui pourraient nous donner des indices. Elle évoque des scènes de rêveries, d'évasion, de grande liberté imaginaire, dont nous allons parler ci-après, pour lesquelles elle se faisait beaucoup réprimander. Seraient-elles à l'origine de cette culpabilité envahissante ?

IV.4.4.4 JANIE ET KATIA, PETITES FILLES DESOBEISSANTES³⁵⁴

- Janie : « Quand j'étais petite, on me disait souvent d'arrêter de rêvasser, d'être dans la lune ... c'est peut-être pour ça que maintenant je suis toujours occupée. Par exemple je voudrais méditer, mais je n'y arrive pas ! ».
- Je dis : « Quand on médite on est actif pour ne pas se laisser envahir par ses pensées. Se reposer, ce serait peut-être ne pas être dans le contrôle ou la maîtrise ».
- Janie : « Comme quand on dort ? ».
- Je réponds : « Oui, ou comme quand on rêve en étant éveillé ».
- Blanche : « Là on peut pas dire qu'on soit très active en ce moment ! ».
- Je dis : « Physiquement non, mais il me semble que vous l'êtes bien psychiquement ».
- Janie : « Parfois j'ai vraiment l'impression de vivre dans ma bulle, pas dans la société ! Hier par exemple, je n'ai su que le soir qu'il y avait encore eu des attentats en Tunisie ... Et c'était bien ... ».

Janie rapporte des souvenirs infantiles lors desquels elle était considérée comme une petite fille désobéissante parce qu'elle passait beaucoup de temps à rêver, seule dans sa bulle et

³⁵⁴ Nous allons rapporter les extraits de l'atelier 2 Soins du Visage du groupe n° 7 pour Janie, puis celui de l'atelier 2 Conseil en Image 2 du groupe n° 8 pour Katia.

sans doute à ne pas exécuter les tâches demandées. Ces réprimandes ont sans doute fait le lit de la culpabilité omniprésente chez elle d'après l'hypothèse que nous faisons dans le paragraphe précédent. Aujourd'hui elle se décrit comme très active, plus dans la capacité de se poser, ou se reposer qui demanderait de sa part une forme de lâcher-prise qu'elle semble avoir perdu. Cependant, cela ne l'empêche pas de préserver son monde interne d'après ce qu'elle décrit par rapport à la nouvelle des attentats. Ce fonctionnement lui permet sans doute de préserver un espace d'intimité qu'elle dit beaucoup intrusé par ses proches, comme si elle n'en avait pas le droit d'après ce qu'elle a appris depuis petite.

- *Katia : « Moi mon état de moral c'est zéro ! J'ai l'impression d'être une petite fille qui a fait une grosse bêtise parce que ça fait un mois que j'ai pas pris mon traitement d'hormonothérapie. L'oncologue veut me voir en urgence cet après-midi parce que la psychologue l'a dit au médecin avec mon accord. Avec mon mari c'est compliqué cette question parce qu'il me dit qu'il ne comprend pas que je ne le prenne pas. Il dit que je ne pense pas à lui ... que je me laisserai faire ... ».*
- *Je demande : « Il pense que vous vous laisseriez mourir ? ».*
- *Katia : « Oui c'est ça. Je l'ai amené le traitement. Je le prendrai, mais c'est pour les autres, pas pour moi. C'est pas mon vrai choix à moi ! ».*
- *Mathilde : « Moi aussi j'ai bien essayé de négocier 4 chimio au lieu de 6, mais on m'a dit : 'C'est pas négociable' ».*
(...)

Katia, quant à elle, rapporte un vécu actuel d'infantilisation dans sa position de malade, mais qui sans doute en évoque d'autres, plus anciens. Elle a alors mis en œuvre ce qui semble être une stratégie de lutte contre ces vécus en ne prenant pas son traitement d'hormonothérapie. Et pourtant elle ne peut s'empêcher d'en faire part à la psychologue qui ne peut faire autrement que d'en parler à l'oncologue. La petite fille qui aurait tenté de transgresser les règles, de s'autonomiser, de faire des choix pour elle, n'a pas pu garder ce secret pour elle. Elle en a parlé à son mari qui lui reproche de ne penser qu'à elle. Et elle en parle à la psychologue qui ne garde pas cette information pour elle. C'est comme si l'environnement de Katia venait lui rappeler qu'elle n'est vraiment pas en mesure de faire des choix pour elle parce qu'elle se mettrait en danger, signe de son immaturité affective. Cela doit avoir à voir avec la manière dont elle a expérimenté petite fille la création de son espace d'intimité psychique, avec des limites peu fiables et des protections vraisemblablement peu étanches. Son addiction à l'alcool et sa consommation boulimique d'activités viendraient étayer l'hypothèse d'un moi aux limites poreuses et peu sécurisantes qui réactive dans l'actuel des vécus infantiles douloureux et un positionnement peu élaboré dans ses relations familiales et avec les soignants.

IV.4.5 EXPERIENCES MATERNELLES

IV.4.5.1 *LA RELATION MERE-FILLE DOULOUREUSE CHEZ MYRTA*

Lors du premier entretien post-cycle, Myrta parle de la relation « fusionnelle » qu'elle entretient avec sa fille de qui elle s'est sentie abandonnée lors de l'épisode de sigmoïdite dernier qui l'a obligée à s'absenter du deuxième atelier. Myrta a fait appel à elle pour venir la veiller, mais sa fille a répondu plus tard et est venue pour lui parler, « pour vider son sac » d'après Myrta. Celle-ci parle du travail psychothérapique entrepris par sa fille, qui semble prendre de la distance d'avec Myrta en ce moment, et cette dernière se sent par conséquent menacée dans la relation. Elle craint de ne plus exister aux yeux de sa fille, de ne plus avoir d'importance pour elle, alors que sa fille représente tout pour elle. Que sa fille d'une vingtaine d'années prenne de l'indépendance psychique ne paraît pas envisageable pour Myrta. Cela équivaldrait semble-t-il à une rupture de lien entre elles, ce qui risque de se produire de la part de sa fille si Myrta n'assouplit pas ses attentes symbiotiques auprès d'elle.

IV.4.5.2 *LA SCHIZOPHRENIE DE LA FILLE D'ÉLIETTE*

Nous allons mettre en perspective dans ce point deux séquences qui concernent Éliette : la première reprend le passage lors duquel Éliette présente sa photo et parle du vécu de son accouchement :

Éliette montre sa photo n° 444 : Parturiente + bébé.



- *Éliette : « C'est difficile d'en parler. C'est une femme qui vient d'accoucher. Je suis d'accord avec Myrta, il y a eu la maladie, et maintenant c'est une renaissance. Après on ne voit pas les choses pareilles. Quand j'ai accouché, je garde l'image d'un grand bonheur, un des plus grands bonheurs de ma vie ! À travers cette photo, je revis ce moment et j'en suis très nostalgique. »*

Puis nous allons évoquer ci-après le contenu de son premier entretien qui a eu lieu en service de chirurgie la veille de l'intervention chirurgicale, lorsqu'elle parle de sa vie de famille et des difficultés rencontrées tout au long de celle-ci, notamment avec sa fille.

Éliette est mariée depuis quarante ans. Elle a deux enfants : une fille de trente ans environ, diagnostiquée schizophrène vers l'âge de vingt ans ; un fils de seize ans, solitaire, silencieux, s'isolant dans sa chambre pour jouer aux jeux vidéo. Inquiète car l'école commence à l'interpeller. Elle est également grand-mère d'un petit-fils de 5 ans, placé chez une assistante familiale, qu'elle et son mari accueillent certains week-ends. Éliette décrit avoir peu de liens avec sa fille tant elle se sent « bouffée » par elle et impuissante quand elle est au plus mal. Ses parents sont décédés tous les deux il y a quelques mois. Éliette a plusieurs frères et sœurs, mais ils ne se voient presque plus désormais. Éliette dit d'ailleurs ressentir un fort sentiment d'abandon, de solitude et des vécus d'insécurité interne depuis le décès de ses parents. Elle fait d'ailleurs le lien entre ces traumatismes récents et la survenue du cancer. Éliette parle aussi de sa vie de famille, émaillée de « coups durs », de « merdes qui leur sont tombées dessus » : l'accident du travail de son mari qui lui a fait perdre la vue d'un œil lorsqu'ils étaient jeunes mariés, le procès qui a duré plusieurs années parce que sa fille a subi adolescente des attouchements sexuels, les débuts de la schizophrénie de cette dernière quelques années après par des phases délirantes et hallucinatoires terribles à supporter lorsque celle-ci vivait encore chez eux.

Il est intéressant de noter qu'Éliette parle tout d'abord d'un moment de renaissance pour elle à la suite de l'expérience du cancer. Elle choisit d'ailleurs en fin de cycle la photo de la parturiente avec son bébé qu'elle associe avec le moment où elle a elle-même donné naissance. Elle en parle comme d'un moment très idéalisé, qui nous apparaît presque en dehors de toute réalité pour elle. De quel accouchement parle-t-elle d'ailleurs ? J'imagine immédiatement qu'elle parle de celui de sa fille aînée, puisqu'il s'est agi du moment de découverte dans cette expérience de donner naissance.

Le moment de la naissance peut représenter en effet un moment de tous les possibles dans la relation mère-bébé, temps inaugural et prototypique de découverte et de rencontre, d'instauration du lien et des modalités relationnelles, bien qu'il paraisse évident à ce jour que tout ceci débute déjà bien avant, depuis la grossesse, et en fonction des projections conscientes et inconscientes des parents sur leur futur bébé fille ou garçon. Dès le premier entretien, Éliette avait évoqué l'entrée en schizophrénie de sa fille à l'âge adulte quelques temps après des faits d'abus sexuels sur elle et pour lesquels la famille a vécu un douloureux procès. Éliette raconte de manière très factuelle ce qu'il s'est passé, mais n'associe pas d'éprouvés actuels ou de l'époque. Me vient alors en tête la fonction maternelle de protection de l'enfant, en échec chez Éliette après la révélation des abus sexuels subis par sa fille dont elle n'a pu la protéger, ni même encore auprès de ses démons internes provoquant délires et hallucinations. A contrario, au moment de la naissance, tous les chemins peuvent paraître encore envisageables dans le devenir de la relation mère-fille.

IV.4.5.3 *IRIS ET LA MATERNITE IMPOSSIBLE*

Iris n'a jamais pu avoir d'enfant malgré un long parcours de plus de 8 ans de procréation médicalement assistée avec un précédent compagnon : elle a subi plusieurs fécondations in vitro, mais toutes ont échoué ce qui a d'ailleurs contribué à la fin de son histoire de couple avec ce compagnon. Lors de la dernière tentative, elle avait compris qu'elle aurait à renoncer à la maternité et c'est alors qu'elle avait désiré rencontrer une psychologue, qui l'avait suivie quelques mois. Iris se rappelle encore la lourdeur des effets secondaires physiques des traitements hormonaux (comme ceux du cancer aujourd'hui). Elle se demande même s'ils n'auraient pas contribué à l'étiologie de son cancer du sein.

Iris parle de son impossibilité d'enfanter comme de la plus grande déception de sa vie, malgré l'inclusion du couple de l'époque dans un parcours de procréation médicalement assistée durant plusieurs années. Lors de notre première rencontre, elle explique très bien se rappeler au lendemain de la dernière fausse couche, encore hospitalisée, de son cheminement pour déclarer qu'elle mettait fin aux tentatives de fécondation in vitro. Elle évoque avoir voulu arrêter pour se protéger des vécus d'espoir tellement forts et balayés en un saignement engendrant des vécus de désespoir majeurs. Elle arrête aussi de subir la lourdeur des traitements hormonaux associés à la démarche, de véritables poisons d'après ce qu'elle en dit, puisqu'elle imagine qu'ils sont à l'origine de son cancer du sein. Nous pouvons alors nous demander si dans l'imaginaire d'Iris ce sont les traitements qui auraient empoisonné son corps, ou son désir si ardent d'avoir un enfant qui n'a pu être comblé.

Cependant nous pouvons considérer qu'Iris exerce une fonction de type maternel envers son neveu qu'elle garde régulièrement et pour qui elle investit tout son soutien temporel et affectif dans la situation de séparation de ses parents et du peu de visites de son père. Iris développe également une préoccupation de type maternel envers la fille de son compagnon. Elle se montre inquiète de son comportement alimentaire, de son surpoids et du pacte relationnel dans lequel la jeune fille semble prisonnière à l'égard de sa mère et qui l'empêche d'investir pleinement la relation avec son père ou de s'appuyer sur d'autres modèles identificatoires.

IV.4.5.4 CLAIRE : LE DEUIL PERINATAL INELABORABLE

Lorsque Claire se présente lors du premier atelier, voici ce qu'elle dit au groupe :

« Je m'appelle Claire, j'ai 60 ans, je suis assistante de direction dans une grande entreprise internationale encore pour quelques semaines puisque je serai en retraite d'ici 2 mois. Je suis mariée, j'ai 2 filles : l'aînée a 32 ans, elle a elle-même 2 enfants, une cadette qui est décédée juste avant la fin de la grossesse, elle aurait 28 ans aujourd'hui, et la benjamine qui a 23 ans et qui vit en Allemagne. Mon mari est en retraite depuis 5 ans. J'ai été opérée le 29 janvier (c'est-à-dire environ 3 semaines avant cet atelier) d'une tumeur au sein et d'un curage axillaire dont je souffre le plus. Je sais que j'aurai de la chimio après, mais je ne sais pas encore combien de cures ».

Claire se présente comme étant la mère de 2 filles, et pourtant elle parle bien d'une aînée, d'une cadette, puis d'une benjamine. Nous pouvons nous étonner de cette discordance dans le discours. Cela laisse imaginer que sa fille cadette, morte in utero, s'est psychiquement constituée comme un objet-fantôme à la fois absent et hyper présent. Cependant dans ma clinique périnatale, je suis fréquemment amenée à rencontrer ce type de phénomène. Les femmes qui ont accouché d'un bébé mort soit consécutivement à une mort fœtale in utero ou après un acte d'interruption médicale de grossesse présentent souvent leur composition familiale en donnant le nombre d'enfants dont elles ont accouché, puis précisent dans un deuxième temps le nombre d'enfants vivants. Dans l'immédiat de la situation, nous pouvons observer deux grandes tendances extrêmes : les femmes qui voudraient s'absenter de leur corps et qui ne veulent conserver aucune trace de la grossesse, de l'accouchement, de l'existence de cette période de vie, et celles qui désirent voir leur bébé, organiser des funérailles et l'inscrire en le prénommant sur le livret de famille pour ne jamais l'oublier. Il me semble qu'en post-partum, après une période de repli important à la maison, certaines femmes ne vont avoir de cesse de vouloir faire exister et reconnaître auprès de tous ce drame traversé. Pour Claire, le décès de sa fille a eu lieu vingt-huit ans auparavant. Cependant, celle-ci revendique ou évoque à son insu, nous ne le savons pas, toujours l'existence qu'a pris cette petite fille dans sa configuration familiale.

SYNTHESE DU CHAPITRE IV

Dans la continuité du précédent, ce quatrième chapitre correspond à l'approfondissement de la présentation de la clinique psycho-socio-esthétique par des exposés de séquences d'entretiens et d'ateliers, et de leurs commentaires. Cette présentation clinique est thématisée en fonction des trois grands axes de recherches développés précédemment, qui sont, pour rappel, la problématique des enveloppes psychiques, de la réflexivité psychique et du rapport des patientes avec leur(s) féminin(s).

La première thématique des enveloppes psychiques s'organise à partir de séquences d'observation corporelle (mimiques, postures, vécus somatiques), de la gestualité, mais aussi de l'écoute du discours et du recours pour les patientes à l'étayage sur l'enveloppe groupale que permet le Dispositif.

La deuxième thématique s'intéresse à la dimension du miroir que le Dispositif met en scène physiquement par ses outils directement. Nous avons alors pu constater que certaines séquences laissent apparaître le trouble des femmes devant leur image lorsque l'expérience face au miroir n'est pas médiatisée par un objet accompagnant. Mais cette partie s'intéresse aussi à toutes les déclinaisons de miroir(s) qui permettent au sujet de se forger des autoreprésentations, sensorielles bien sûr (visuelles, tactiles notamment), mais aussi psychoaffectives. La posture d'accueil, de contenance, de pare-excitation, ainsi que la capacité de rêverie des animatrices les favorisent. Il en est également de même avec le groupe et les paires. Nous avons ensuite déterminé plus précisément quels types d'affects étaient plus spécifiquement mobilisés chez les patientes, et ainsi partagés dans le groupe, tout en soulignant d'emblée l'existence de deux positions défensives chez nos patientes vis-à-vis de l'affect oscillant entre hyperexpressivité chez certaines et son opposé la négativité, sous des formes diverses allant du retrait, du renoncement, de l'absence à la disparition. Nous avons pu repérer la circulation d'agonies primitives et d'angoisses archaïques et œdipiennes, de la colère, de la rage narcissique et de la haine, de la honte, et enfin de l'espoir alternant avec le désespoir.

Enfin, nous avons commenté des séquences cliniques relatives à la thématique de la féminité et du féminin, dont il est précisément question dans ce type de cancer et qui est particulièrement mobilisé dans ce Dispositif. La dimension de l'attaque de la féminité par l'attaque du corps s'est révélée saillante. Mais également celle de l'attaque du sentiment d'identité féminine et maternelle à cause des aléas préexistants à la survenue du cancer de la relation maternelle (des patientes avec leur mère et des patientes avec leur(s) enfant(s)) et des relations avec leurs objets sexuels actuels. Ce Dispositif permet cependant de proposer de nouveaux modèles identificatoires féminins, générateurs de remaniements dans l'investissement narcissique et libidinal.

V D'UNE PROPOSITION DE RESTAURATION NARCISSIQUE VERS UNE FORME DE (RE)SUBJECTIVATION

« On donne un soin comme on raconte une histoire, avec un début, une fin et au centre de l'attention partagée »³⁵⁵.

Abordons désormais le cinquième et dernier chapitre de la recherche. Le troisième chapitre a permis d'introduire, de manière assez généraliste, la clinique spécifique rencontrée dans le Dispositif, et ainsi de fait le quatrième chapitre, qui est construit à partir la présentation de séquences d'ateliers, groupales et/ou individuelles, ainsi que d'extraits d'entretiens, commentés, et articulés avec des vécus contre-transférentiels et intertransférentiels partagés à l'issue des ateliers, et également advenus lors des séances de supervision. La présentation et les commentaires de ces séquences ou extraits portent la trace d'une première mise en forme thématique des processus psychiques importants mis en travail et repérés dans la clinique psycho-socio-esthétique.

Afin d'introduire ce cinquième et dernier chapitre, nous pouvons étudier la proposition de ce schéma qui permet de représenter le mouvement caractéristique de notre approche par la forme d'une spirale enveloppante qui montre d'un premier abord un mouvement partant de l'extérieur, de la surface, du corps pour aller toucher l'intime, l'interne, l'appareil psychique. Mais il semble dès à présent important de préciser que l'un des buts de ce Dispositif est de remettre en dynamique le processus dont la trajectoire est donc bien sûr simultanément inverse, c'est-à-dire partant de la psyché du sujet et de ses autoreprésentations, psychiques et corporelles, pour agir sur son investissement et la manière dont il mettra en œuvre les soins qu'il prodigue à son corps.

³⁵⁵ BULLINGER A., (2013), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*, Toulouse, Erès.

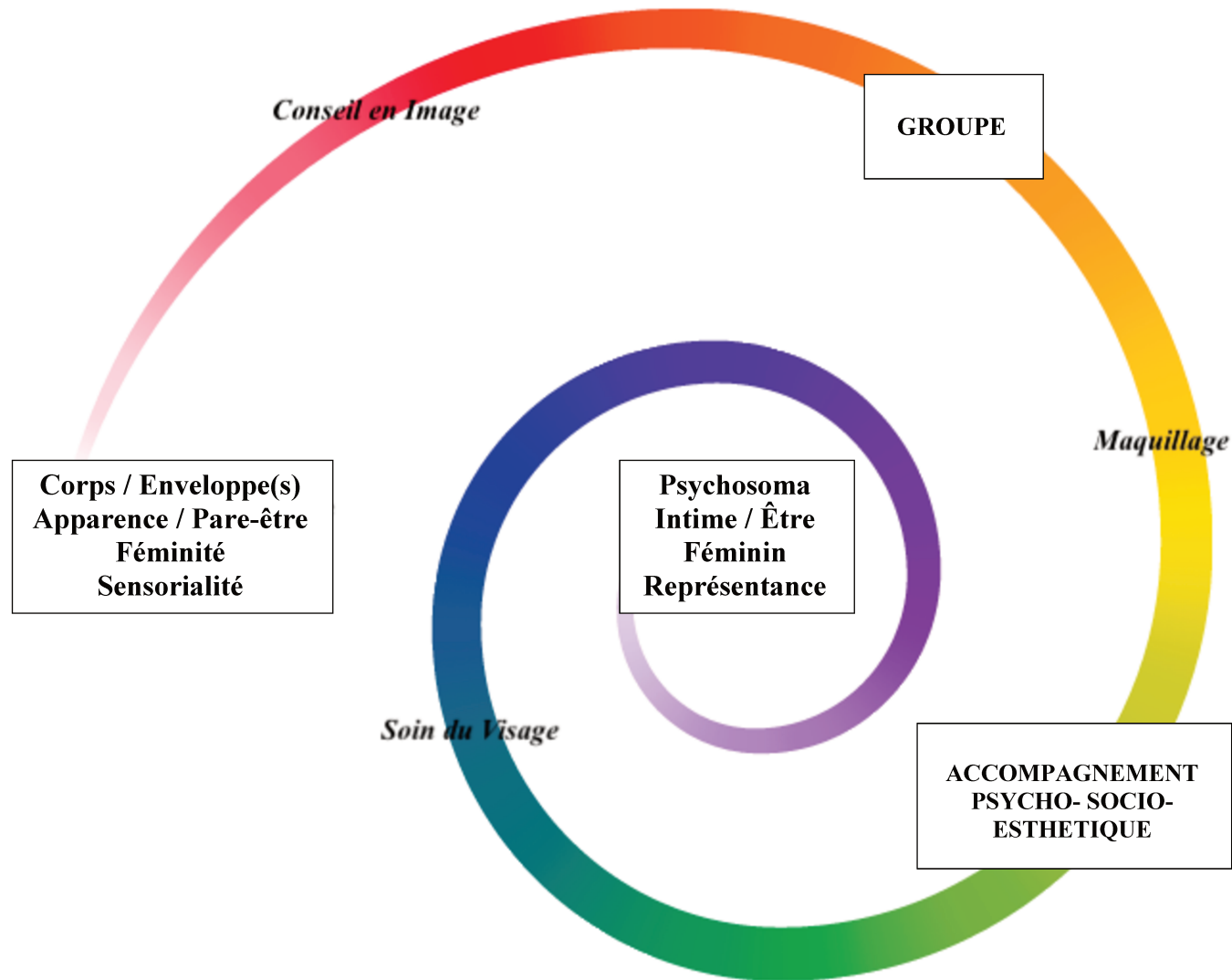


Figure 10 : Spirale représentant la dynamique du processus psychosomatique du Dispositif

Dans ce dernier chapitre, nous allons donc voir émerger trois axes majeurs à partir de l'analyse clinique qui vont nous permettre de dégager et d'articuler le plus précisément possible les processus mis au travail par ce Dispositif et ses enjeux psychiques. Nous constaterons que l'abord de ces trois axes de modélisations théoriques du Dispositif et de ses effets psychothérapeutiques suit, elle-aussi, une progression allant du corps au psychique, du plus superficiel au plus profond, du plus visible à l'invisible, du plus manifeste au plus inconscient, en passant par une étude des processus à l'œuvre. Nous pourrions les résumer comme suit :

- *Le travail de restauration du corps et des enveloppes psychiques à partir des enveloppes corporelles et groupales :*

Comment le travail manifeste proposé par le Dispositif, que nous pourrions qualifier de restauration du psychosoma, et plus précisément de l'enveloppe corporelle que constitue la peau, peut prendre appui sur les enveloppes du Dispositif (groupale, soignante) pour favoriser des étayages dans l'accompagnement de l'élaboration des représentations et vécus psychiques créés/réactivés par l'expérience du cancer ?

- *La remobilisation du processus de réflexivité psychique :*

Comment le Dispositif vient convoquer de manière importante le processus de réflexivité psychique chez les patientes, à partir de l'aménagement particulier du cadre même des ateliers et de l'appel aux différentes fonctions-miroir dans le groupe et chez les animatrices ? Qu'est-ce qu'il montre de spécifique du fonctionnement psychique des patientes souffrant d'un cancer féminin et de leurs besoins d'accompagnement psychique dans la situation particulière de cancer qu'elle rencontre ?

- *Narcissisme et subjectivation au féminin :*

Enfin, quelle(s) articulation(s) pouvons-nous faire entre les processus opérants psychiquement du Dispositif que nous venons de mettre en lumière dans les deux précédents axes, et les effets intrapsychiques produits chez les femmes sur leur narcissisme, leur identité, sur leur mode d'appréhension subjective féminine, et sur leurs investissements libidinaux.

V.1 LE TRAVAIL DE RESTAURATION DU CORPS ET DES ENVELOPPES PSYCHIQUES A PARTIR DES ENVELOPPES CORPORELLE ET GROUPALE

Nous allons mettre à jour la voie d'étayage qu'emprunte le processus de restauration des enveloppes psychiques que nous proposons dans notre Dispositif d'accompagnement psychologique sur le corps et plus spécifiquement sur la peau, mais aussi sur les objets médiateurs utilisés et sur le groupe. Il semble intéressant de considérer les propriétés d'enveloppe du corps, de la peau, et celles du groupe à médiation, car cela nous permet de mettre à jour les points d'articulation avec les remaniements intrapsychiques des contenants de pensée qui s'opèrent chez nos patientes.

V.1.1 LE SOMA, LE CORPS ET SON ENVELOPPE : LA PEAU

V.1.1.1 SOMA ET CORPS

Lorsqu'un patient parle de son corps, le médecin, le psychanalyste et le psychosomaticien ne prêtent pas attention aux mêmes éléments, tant il relève de réalités différentes pour l'un et l'autre. Ainsi il est apparu nécessaire de proposer l'utilisation de deux termes qui marquent cette différenciation. Nous suivons alors les définitions qu'en propose N. Dumet (1994)³⁵⁶ : le médecin va prendre pour objet d'intérêt le « soma », le corps réel, le corps anatomo-physiologique. Le psychanalyste va se mettre à l'écoute du corps psychique, libidinal, imaginaire, érotique, érogène, qui se définit par l'ensemble des représentations psychiques que le sujet s'est construit par le processus d'érogénéisation partielle ou totale de son soma à partir des excitations dont il est le siège, et je rajoute, générées par les situations relationnelles intersubjectives, de la plus archaïque avec l'objet primordial aux plus actuelles. Les excitations sont d'ordre qualitatif, en terme de plaisir/déplaisir, et elles sont aussi quantitatives : au-dessus d'un certain seuil, celles-ci doivent être déchargées sinon elles entravent le bon fonctionnement psychosomatique. Il semble que le psychosomaticien, qui peut bien entendu avoir une pratique psychanalytique, va quant à lui prendre en considération ces deux corps dans son écoute du sujet, le soma et ses modalités expressives actuelles ainsi que le corps libidinal. Se trouvant au chevet du patient, il va favoriser la mise en œuvre d'une « écoute plurielle » :

³⁵⁶ Dumet, N. (1994). *Hypercorporéisation et subjectivation, Approche psychodynamique et clinique de quelques cas d'obésités réactionnelles chez la femme* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.

« L'écoute d'un même patient par les somaticiens et les « psy », écoute plurielle, permet que, dans un travail élaboratif, soit reconnu et rendu aux patients ses différentes facettes, souffrances et douleurs et qu'en particulier, ne s'instaure pas un clivage entre le corps et le fonctionnement psychique dont on connaît bien les effets désastreux, délabrants » (Cupa, 2002³⁵⁷, p. 15).

A. Green (1998)³⁵⁸ avait proposé de considérer qu'en analyse, nous avons toujours affaire au corps libidinal d'un sujet, chargé de libido érotique, agressive et narcissique. Le soma, quant à lui, relèverait de l'ordre de l'organisation biologique, mais quoiqu'il en soit toujours plus ou moins chargé de libido et de représentations inconscientes, même en cas de désorganisation somatique ou lorsque le sujet souffre d'une maladie somatique. A. Green suppose donc alors que dès qu'un patient parle de son soma, même malade, nous avons toujours affaire à son corps, c'est-à-dire à la manière qu'il a de se le représenter, tout autant de manière consciente qu'inconsciente, et de l'investir en fonction de son histoire intersubjective avec ses objets primaires et actuels.

F. Moscovitz (2015)³⁵⁹, commentant l'ouvrage d'A. Lehmann (2014)³⁶⁰ sur sa pratique psychanalytique en cancérologie va même encore plus loin en disant que nous avons affaire à une multiplicité de corps chez le sujet, notamment imaginaires, et qui possèdent des héritages transgénérationnels :

« La psychanalyse introduit l'idée que l'on n'a pas qu'un corps, mais des corps singuliers et pluriels, corps imaginaire, corps cadavre ». (Moscovitz, 2015, p. 186).

Dans cette citation, F. Moscovitz insiste sur le fait que le sujet possède un corps pluriel, hérite de corps d'ascendants, a un corps. Cela nous rappelle le titre d'un ouvrage regroupant des contributions issues d'une journée d'étude qui posait la question de savoir s'il s'agissait d'« Avoir ou (d')être un corps ? » (Dumet et Broyer (dir.), 2002)³⁶¹. Il apparaît que l'enjeu majeur de ce questionnement réside dans le fait de sortir d'une tendance dualiste qui opposerait corps et psyché, pour introduire une véritable pensée psychosomatique du sujet qui suppose de considérer l'accompagnement de son psychosoma.

Ainsi, quand un patient atteint d'une maladie somatique nécessite d'être soigné à l'hôpital, comment soignants et patients parviennent-ils à se comprendre ? Comment le patient

³⁵⁷ Cupa, D. (2002). Pour une écoute plurielle. Dans D. Cupa (dir.), *Psychologie en néphrologie* (p. 9-16). Paris, France : EDK.

³⁵⁸ Green, A. (1998). *La déliaison : psychanalyse, anthropologie et littérature*. Paris, France : Hachette.

³⁵⁹ Moscovitz, F. (2015). Cabinet de lecture : Andrée Lehmann : l'atteinte du corps. Une psychanalyste en cancérologie. *Figures de la psychanalyse*, 1(29), 182-187.

³⁶⁰ Lehmann, A. (dir.). (2014). *L'atteinte du corps. Une psychanalyste en cancérologie*. Toulouse, France : Erès.

³⁶¹ Dumet, N. et Broyer G. (dir.). (2002). *Avoir ou être un corps ?*. Lyon Limonest, France : L'interdisciplinaire.

fabrique-t-il et organise-t-il des liens entre soma, objet de soins dans sa réalité biologique, diagnostiqué et soumis à examens divers, et corps, produit de sa réalité psychique, produit libidinal et représentationnel construit dans l'intersubjectivité et à partir de ses propres sensations somatiques ? En service de chirurgie par exemple, on évalue beaucoup la douleur auprès des patients pour tenter de l'appréhender, la rendre objective, communicable et permettre de donner des points de repère précis pour établir des protocoles d'administration d'analgésiques. A chaque passage dans la chambre du patient, le soignant lui demande de représenter son degré de douleur sur une échelle allant de 0 à 10, 0 représentant l'absence de douleur et 10 une douleur insoutenable. Malgré cette tentative d'objectiver la douleur par la création de cette échelle représentant un objet de communication partageable, il est remarquable de constater combien les soignants peuvent se montrer jugeant à propos des femmes sur l'intensité exprimée de leur douleur en fonction des gestes opératoires subis. Il y aurait les gestes réputés et considérés comme très douloureux et ceux qui seraient réputés et considérés comme peu douloureux ou indolore : sans doute en gynécologie-obstétrique nous sommes aussi confrontés à l'héritage culturel judéo-chrétien qui associe féminin/maternel et douleur, mais aussi souffrance et fierté de soi, et qui tolère moins la plainte douloureuse des patientes. Cependant, si nous reconsidérons la douleur comme un affect (Burloux, 1999)³⁶², c'est-à-dire comme un signe ou un signal somatopsychique, celle-ci peut alors être entendue comme un moyen d'expression à disposition du patient pour articuler soma et corps sur la scène hospitalière. J. McDougall (1978)³⁶³ avait d'ailleurs défini la douleur comme « ce pont privilégié pour assurer la liaison entre soma et psyché » (McDougall, 1978, p. 184). L. Croix (2004)³⁶⁴, psychanalyste et psychologue praticienne en centre de lutte contre la douleur a qualifié celle-ci d'affect-signal intersubjectif dans la relation soignante :

« La douleur s'avère à l'œuvre sous de multiples formes (continue, épisodique, chronique accidentelle, liée très variablement à une maladie ou non, avec ou sans support corporel localisé, etc.) mais elle garde toujours la valeur d'un *signe*. Le *signe* ne s'interprète pas, mais doit avertir le clinicien d'une expérience de perte. Perte toujours à relier à la perte originelle... ».
(Croix, 2004, p. 19).

Le clinicien pourrait repérer la douleur comme le signe somatique du processus psychique de subjectivation d'une expérience, de perte, comme désigné ci-dessus, de deuil, à l'œuvre pour le patient, là où le médecin pourrait s'étonner qu'elle émerge, malgré une mise en œuvre importante et précoce de traitements analgésiques.

³⁶² Burloux, G. (1999). Pourquoi la douleur ? *Revue française de psychanalyse*, 1(63), 43-56.

³⁶³ McDougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris, France : Gallimard.

³⁶⁴ Croix, L. (2004). L'inévitable douleur du sujet. *Cahiers de psychologie clinique*, 2(23), 11-23.

Rappelons-nous d'ailleurs de Blanche qui avait utilisé cette image de l'échelle de douleur pour répondre à ma question sur la manière dont les personnes du groupe pouvaient décrire se sentir actuellement. Nous avons compris qu'il s'agissait d'un trait d'humour de sa part. Mais peut-être que cela venait aussi signifier pour elle que l'évaluation de l'état psychique est indissociable de celle de la douleur physique. De plus elle paraît utiliser cette échelle comme support communicationnel médiateur dans la relation, entre soignants somaticiens mais aussi soignants psychistes et elle, pour arriver à décrire la manière dont elle se sent.

Dans un ouvrage dont le thème est le narcissisme adolescent, H. Maïdi (2012)³⁶⁵ est amené à différencier le corps libidinal, objet d'étude psychanalytique, du corps organique, et à reprendre les conditions d'émergence du premier à partir d'un arrimage sur le second sans pour autant que l'un et l'autre ne s'articulent complètement :

« La psychanalyse atteste, au-delà de la réalité des processus organiques, et sans pour autant nier leur implication, l'émergence d'un corps libidinal dont la configuration ne recoupe pas forcément celle du corps organique, mais qui se révèle plutôt comme le produit d'une élaboration fantasmatique ».

(Maïdi, 2012, p. 34).

Pour représenter la manière dont se construit le corps libidinal, fantasmatique, érogène pour un sujet, C. Dejours (2001)³⁶⁶ a élaboré ce qu'il nomme le processus de subversion libidinale. La subversion libidinale sert à qualifier la trajectoire de construction du corps érotique. Cette trajectoire relève d'un processus de fabrication, qui s'origine et s'ancre d'abord sur le corps biologique, qui est donné d'emblée, puis qui s'en différencie progressivement pour accéder au corps libidinalisé. Le corps érotique est le lieu subjectif par excellence pour cet auteur, une des formes de mémoire de la qualité des expériences relationnelles du sujet depuis l'enfance et confronté à l'énigmatique chez l'adulte. C. Dejours ne décrit cependant pas une trajectoire en sens unique allant du corps biologique au corps érotique : le processus de subversion libidinale, intersubjectif par définition, peut également modifier à terme le fonctionnement anatomo-physiologique du corps biologique. Ce processus s'appuie sur le concept freudien d'étayage de la pulsion sur la fonction corporelle. Pour C. Dejours, il y a décompensation quand l'autre, l'objet de la relation intersubjective, demande au sujet de mobiliser « la fonction exclue du processus de subversion libidinale » (Dejours, 2003, p. 164). Cependant, pour l'auteur, ce n'est pas pour autant que la fonction biologique et la localisation du symptôme ou la maladie sur un organe ne peuvent en être déduites :

³⁶⁵ Maïdi, H. (2012). *Clinique du narcissisme. L'adolescent et son image*. Paris, France : Armand Colin.

³⁶⁶ Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord. Corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris, France : Payot, 2003.

« La signification de la localisation pathologique ne peut être obtenue que de la parole du patient, par les associations qu'il parvient à livrer à l'analyste dans le transfert, sur le registre expressif qui est sollicité et met le Moi corporel en déroute ».
(Dejours, 2003, p. 31).

C. Dejours réaffirme par cela la position éthique du psychanalyste d'un patient somatisant. Le patient demeure le seul à pouvoir générer du sens entre la zone corporelle malade et son histoire de vie. Il n'existerait pas de savoir universel, ni de guide pratique de correspondance entre affections somatiques et sens psychique qui aurait valeur d'interprétation à attribuer à celles-ci dans la vie d'un sujet. Ceci rappelle alors l'espace de parole qu'a créé M-J. Del Volgo (2012)³⁶⁷ qu'elle a nommé « l'instant de dire ». Il s'agit pour le psychanalyste hospitalier de mettre en place les conditions nécessaires d'accueil et d'écoute de la subjectivité du patient impactée par la survenue et le vécu de la maladie et des soins.

Pour ce qui concerne notre Dispositif, nous considérons qu'il constitue une proposition d'accueil et d'écoute psychocorporelle de nos patientes qui favorisera la mise en récit de l'expérience de la maladie, la leur. Par ses outils de médiation spécifiques de socio-esthétique, notre Dispositif favorise tout de même une certaine orientation dans l'expression des patientes et de notre écoute : il s'avère en effet, comme nous le verrons par la suite, qu'il se montre révélateur de problématiques d'enveloppe, de réflexivité et de subjectivité féminine, problématiques somme toute capitales dans la mise en œuvre du soin psychique en cancérologie gynécologique.

Le processus de mentalisation tel que le définirait P. Marty (1994)³⁶⁸, c'est-à-dire le processus d'élaboration psychique qui concerne l'activité représentative et fantasmatique du sujet, autrement dit le processus de symbolisation, est donc d'abord corporel : la symbolisation primaire s'effectue en effet à partir du corps, de la sensorialité, des postures. C'est le concept de pulsion qui avait permis à S. Freud (1915)³⁶⁹ d'articuler somatique et psychique :

« (...) le concept de "pulsion" nous apparaît comme un concept-limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations, issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychique en conséquence de sa liaison au corporel ».
(Freud, 1981/1915, p. 18).

³⁶⁷ Del Volgo, M-J. (1997). *L'instant de dire. Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne*. Toulouse, France : Erès, 2012.

³⁶⁸ Marty, P. (1994). *La mentalisation*. Paris, France : Les empêcheurs de penser en rond.

³⁶⁹ Freud, S. (1915). *Métopsychoanalyse*. Paris, France : Gallimard, 1981.

Ainsi nous percevons que la liaison psyché-soma est un processus éminemment intersubjectif et qu'elle s'opère grâce à la qualité des interactions, et des échanges conscients mais aussi inconscients entre l'enfant et son environnement, au cours des soins corporels notamment. Un sujet habite alors son corps comme il a appris à le faire, comme il a réussi à l'investir, d'après les perceptions de stimulations et les projections qu'il a reçues de son environnement au cours de son développement, depuis les tout premiers temps de sa vie, voire depuis la vie fœtale d'après les perceptions-sensations corporelles qu'il aura éprouvées aussi dans le ventre maternel (Bergeret et Houser, 2004³⁷⁰).

Selon les expériences des patientes rencontrées, il paraît intéressant d'accompagner la relance d'un processus qui s'apparenterait à celui de la subversion libidinale. En effet, après la période d'adolescence, première période inaugurale et prototypique, qui oblige le sujet à réaménager sa manière d'investir son corps d'après les effets de la réorganisation pulsionnelle libidinale sous le primat du génital, un sujet est amené à traverser tout au long de sa vie des expériences qui vont mobiliser son rapport à son corps. Qu'il s'agisse d'expériences de vie connotées à priori comme porteuses d'élan vital (rencontres amoureuses, grossesses ...) ou alors d'expériences connotées à priori comme dévitalisantes (accidents, maladies ...) ³⁷¹, celles-ci vont engendrer des transformations corporelles et psychiques qui laisseront des traces et qui nécessiteront de trouver un traitement symbolisant afin que l'écart entre l'image reflétée par le(s) miroir(s) (objet réel et objets d'investissement environnementaux) et l'image inconsciente du corps (F. Dolto, 1984³⁷²) s'atténue et amoindrisse la souffrance générée par celui-ci. Rappelons que l'image inconsciente du corps est définie par F. Dolto comme suit :

« (...) propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. (...) L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant (...). Tout contact avec l'autre (...) est sous-tendu par l'image du corps : car c'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente ».
(Dolto, 1984, p. 22-23).

Cette auteure décrit bien le processus dynamique et remarquablement intersubjectif de l'image inconsciente du corps dans son rôle de condensation des modalités relationnelles primaires et

³⁷⁰ Bergeret, J. et Houser, M. (2004). *Le fœtus dans notre inconscient*. Paris, France : Dunod.

³⁷¹ Par l'emploi du terme « à priori », nous émettons une certaine réserve qui concerne la valence porteuse de vie ou destructrice que peuvent avoir certains événements de vie puisque nous ne pouvons jamais savoir à l'avance quels effets ces événements produiront sur l'économie et la dynamique psychique d'un sujet.

³⁷² Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France : Éditions du Seuil.

actuelles du sujet qui construisent, puis renforcent (ou non) ses bases narcissiques. L'image inconsciente du corps organise toute rencontre avec l'autre, toute relation que le sujet est amené à vivre dans le présent. En somme l'image inconsciente du corps conditionne chaque relation et s'en trouve transformée par la même occasion, et réciproquement.

Toute situation relationnelle est donc abordée d'après la subjectivité de chacun des protagonistes et provoque des effets sur celle-ci. Les patientes que nous sommes amenées à rencontrer dans notre Dispositif, déjà en soin ou sous le coup de l'annonce de la pathologie cancéreuse, ont pour particularité de traverser une phase de crise dans leur rapport à elle-même. Elles peuvent être traversées par des vécus d'expropriation de leur propre corps selon la formule de R. Gori (2004)³⁷³ :

« "Exproprié" me semble le mot qui convient pour désigner cette relation d'étrangeté intime que le patient éprouve par rapport à un corps qui le menace, le fait souffrir ou le limite dans ses ambitions vitales ».
(Gori, 2004, p. 18).

En effet cette expression permet bien de désigner le vécu rapporté par bon nombre de patientes qui décrivent tout à coup se sentir parfaitement étrangères en leur propre demeure tellement le vécu de trahison de la part de leur corps est fort. Éliette avait pu se montrer en perte de repères face au miroir, osant à peine se regarder et cherchant activement à percevoir dans nos regards l'image que nous pourrions lui renvoyer d'elle-même. C'est comme s'il s'opérait alors une dissociation psyché-soma, une rupture de leur équilibre psychosomatique qui génère des affects violents (colère, angoisses, honte) pas toujours parlés, voire même pas exprimés tel que nous le verrons dans la partie suivante. Éliette avait également montré sa profonde détresse vis-à-vis de la réaction d'Anne à la présentation de sa photo lors de la séquence de Photolangage©. Elle semblait à ce moment-là s'accrocher à mon regard, surprise, dans l'incompréhension et en attente que je puisse lui traduire ce qui dans ses paroles avait pu générer ce vif malaise chez Anne. Nous avons aussi repéré des vécus dépressifs et de rupture qui apparaissent dans ce moment traumatique irréversible et lequel semble irréparable pour les patientes. Rappelons-nous de Marion qui a pu exprimer, au premier et au seul atelier auquel elle ait participé, ses craintes de s'effondrer et d'emmener avec elle son mari dans le gouffre de la maladie et/ou de la dépression. En évoquant régulièrement la multiplicité des activités de soutien auxquelles Katia s'est inscrite durant les soins du cancer (gymnastique, soins esthétiques en individuel, psychothérapie), elle avait pu formuler que l'enjeu était de se prémunir d'avoir à (re)vivre une

³⁷³ Gori, R. (2004). Le corps exproprié. Dans P. Ben Soussan (dir.), *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte* (p. 15-29). Toulouse, France : Erès.

solitude extrême si elle devait s’effondrer psychiquement encore et encore, de nouveau nous rajouterions. Katia donne en effet à entendre qu’elle aurait déjà vécu ce sentiment extrême auquel elle a fait face avec la solution addictive d’alcool-dépendance et la solution diabétique. Son comportement envers les soins de support pourrait d’ailleurs aujourd’hui être qualifié de boulimique. Katia n’aurait pas encore trouvé de fond à ses vécus de chute. Elle n’aurait pas encore introjecté les qualités d’objet d’arrière-fond nécessaires à la constitution d’un Moi sécure.

Cependant nous sommes convaincue que les rencontres relationnelles que les patientes sont amenées à faire durant leur parcours de traitement du cancer, avec des soignants mais aussi avec d’autres patientes, constituent des expériences déterminantes dans la reprise des défauts d’étayage. Comme l’exprime N. Dumet (2002)³⁷⁴ :

« Dans l’organisation comme dans la désorganisation (et nous rajouterions alors bien aussi dans la réorganisation) psychosomatiques, il est aussi fondamentalement question de l’environnement, de l’autre, c’est-à-dire de l’objet ».
(Dumet, 2002, p. 11).

Cet ajout nous servirait alors à accentuer le fait que le groupe et les liens créés entre les membres du groupe et avec les animatrices, dans une attitude attentive et engageante envers les autres membres du groupe, revêtent une importance majeure pour soutenir les patientes qui nécessitent d’être accompagnées dans le réinvestissement de soi.

V.1.1.2 L’ENVELOPPE CORPORELLE PAR EXCELLENCE : LA PEAU

La peau est un organe à part entière du corps humain, le plus grand d’ailleurs par sa superficie, et qui a une partie visible, l’épiderme, pour le sujet et les autres. En effet, la peau est un organe constitué de trois tissus, l’épiderme, le derme et l’hypoderme, qui vont respectivement du tissu le plus superficiel au tissu le plus profond. Elle a une structure complexe. La spécialité médicale qui s’intéresse à son fonctionnement et à ses pathologies est la dermatologie. Dans les travaux des psychosomaticiens (Marty, 1958³⁷⁵ ; Fain, 1969³⁷⁶), les affections cutanées, autrement appelées dermatoses tels l’eczéma ou encore le psoriasis, y tiennent une place importante, en lien ou non avec la dimension allergique. P. Marty positionne d’ailleurs ces affections dermatologiques inflammatoires dans ce qu’il appelle les « maladies à crises » résultant d’un mouvement de régression somatique jusqu’à un point de fixation somatique, qui concerne ici la peau et ses fonctions d’échange, point d’arrêt du courant régressif

³⁷⁴ Dumet, N. (2002). *Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique*. Paris, France : Dunod.

³⁷⁵ Marty P. (1958). La relation objectale allergique. *Revue française de psychanalyse*, 22(1), 5-35.

³⁷⁶ Fain M. (1969). Réflexions sur la structure allergique. *Revue française de psychanalyse*, 33(2), 227-241.

en même temps qu'il représente le point de départ réorganisateur pour un retour à l'état antérieur.

Dans son dernier ouvrage, M. Colignon (2018)³⁷⁷ évoque l'autre nom que l'on peut donner à la peau qui est tégument, et qui signifie « couverture » en latin. La peau est donc l'organe qui recouvre le corps, qui l'enveloppe et qui délimite l'espace intérieur, les fluides, les os, les organes internes ... et le monde extérieur. Cependant, en citant les travaux de P. Marty, M. Fain et d'A. Green, G. Szwec (2006)³⁷⁸ attire l'attention sur le fait que la peau, de toutes les zones du corps, ne se limite vraisemblablement pas à cette fonction d'enveloppe, et que les sensations cutanées ont besoin d'être mises en lien avec les sensations provenant d'autres organes sensoriels et avec des représentations afin d'acquérir leur fonction de limite dans les échanges relationnels avec l'environnement. Ainsi la dimension multisensorielle de notre Dispositif, tactile bien sûr, mais aussi visuelle, auditive et olfactive, vient prendre tout son sens pour favoriser des liaisons intersensorielles et représentationnelles. G. Szwec note cependant ensuite que la peau représente une importante surface d'investissement libidinal, conjointe et partagée dans le jeu des échanges entre sujet et objet(s) :

« La peau est donc investie narcissiquement et par l'objet. Elle est un carrefour entre le narcissisme et l'objectalisation ».
(Szwec, 2006, p. 47).

S. Korff-Sausse (2012)³⁷⁹ parle de la peau comme d'un canal primitif de communication et d'expression, privilégié entre le bébé et son environnement par la primauté développementale du sens du toucher, mais qui reste à disposition du sujet par la suite, tout autant que les comportements et maux du corps ou les mots du langage plus élaborés. Le langage cutané du sujet pourrait même servir selon elle à exprimer préférentiellement les états de détresse et les souffrances liées aux angoisses primitives :

« (...) On pourrait dire qu'on parle avec sa peau, comme avec le reste du corps et comme avec les mots. C'est un langage originaire, bien sûr, qui rappelle ou réactive les premières modalités de communication entre l'infans, sans langage, et son environnement, où le toucher est le sens premier et privilégié. Est-ce que la peau serait un mode privilégié pour exprimer la détresse primordiale ? Les premières angoisses liées à la relation d'objet ? ».
(Korff-Sausse, 2012, p. 90).

³⁷⁷ Colignon, M. (2018). *La peau, métaphore d'une rencontre entre art et clinique*. Toulouse, France : Erès.

³⁷⁸ Szwec, G. (2006). Les maladies de peau dans quelques modèles psychosomatiques. *Revue française de psychosomatique*, 1(29), 31-49.

³⁷⁹ Korff-Sausse, S. (2012). Les corps honteux dans la clinique et dans l'art. *Champ psy*, 2(62), 89-98.

Lorsque l'on parle de la peau, il est aisé de la définir tout de même comme l'enveloppe corporelle par excellence. La notion d'enveloppe en psychanalyse a été bien développée par D. Anzieu (1985³⁸⁰, 1987³⁸¹), dans la continuité des travaux d'E. Bick (1967)³⁸² sur la peau psychique, puis dans la suite de la conceptualisation qu'il propose du Moi-peau et des enveloppes psychiques, que nous serons amenées à définir ci-après. Ce concept a été retravaillé ensuite par beaucoup d'auteurs. D. Houzel (1987)³⁸³ en donne les principales propriétés de structure avec les notions de pellicule, membrane et habitat : il parle des fonctions de contenance, avec une fonction-sac qui viendrait retenir au-dedans, à l'intérieur du corps, ses organes et ses fluides ; de pare-excitation, avec une fonction protectrice d'un débordement des excitations internes mais aussi d'excitations externes ; puis de délimitation entre un espace interne et un monde externe. La notion de pellicule, en référence à la pellicule photographique, révèle une fonction de surface d'inscription d'états internes et/ou d'expériences marquantes avec le monde environnant. La membrane met également en avant la notion d'interface entre intérieur et extérieur, c'est-à-dire de lieu d'échanges, de communication entre intérieur et extérieur. Voyons ci-après plus en détail la métaphore du Moi-peau et toute la fécondité théorico-clinique qu'elle a généré et dont nos travaux s'inspirent.

V.1.2 L'EMERGENCE D'UN MOI-PEAU "DE CHAGRIN" : ORIGINE ET/OU EFFET TRAUMATIQUE DU CANCER ?

V.1.2.1 MOI-PEAU ET PREMIERES FORMES REPRESENTATIONNELLES A PARTIR DE L'EXPERIENCE CORPORELLE

Le Moi-peau (D. Anzieu, 1985³⁸⁴) est au départ une métaphore qui permet de représenter tout à la fois le contour, l'enveloppe de l'appareil psychique d'un sujet et sa qualité de surface d'échange avec son environnement objectal. Il devient par la suite un véritable concept tant il génère des travaux multiples et novateurs sur les contenants de pensées notamment dans la clinique de la psychose et des pathologies narcissiques-identitaires. Le Moi-peau permet de décrire et de modéliser la façon dont le Moi et ses fonctions se construisent. Il s'agit d'une

³⁸⁰ Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod, 1995.

³⁸¹ Anzieu, D. (dir.). (1987). *Les enveloppes psychiques*. Paris, France : Bordas.

³⁸² Bick, E. (1967). L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces. Dans M. Harris-Williams (dir.). (1998). *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick* (p. 135-139). Larmor-Plage, France : Éditions du Hublot.

³⁸³ Houzel, D. (1987). Le concept d'enveloppe psychique. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (p. 23-54). Paris, France : Bordas.

³⁸⁴ Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod, 1995.

Nous allons faire référence plusieurs fois à ce concept. Ainsi, lorsque nous évoquerons les travaux de D. Anzieu (1985) sur le Moi-peau, cela correspondra toujours à la référence citée ci-dessus.

structure intermédiaire entre le bébé et sa mère, qui abandonne le fantasme primitif de peau commune (Anzieu, 1985) pour initier un travail de différenciation psychosomatique. Elle s'inscrit directement dans la lignée des travaux de S. Freud (1923)³⁸⁵ sur la formation du moi qui postule que celui-ci se développe par étayage sur le corps : « Le moi est avant tout un moi corporel ; il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface » (Freud, 1981/1923, p. 238). Le moi se construit en appui sur les sensations corporelles provenant essentiellement de la surface du corps, c'est-à-dire de la peau. Le moi est considéré alors comme représentant de la surface de l'appareil psychique par la projection mentale de la surface du corps. La notion de surface fait appel à la question de la délimitation de deux espaces, l'espace interne, psychique, subjectif, et l'espace externe, environnemental, objectal. Ainsi le Moi-peau formalise une première délimitation, autrement appelée barrière de contact, entre le moi et son environnement. Le Moi-peau permet également de figurer une première forme de synthèse, de rassemblement, des expériences précoces les plus significatives (R. Roussillon, 2008b³⁸⁶) et qui permettent à un sujet de commencer à se représenter comme tel.

Dans cette perspective, D. Anzieu (1985) décrit huit fonctions du Moi-peau que sont : maintenance, contenance, pare-excitation, individuation, intersensorialité, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale et inscription des traces ; Il décrit également une anti-fonction : l'autodestruction de la peau et du Moi. Il précise néanmoins que l'introjection des trois premières fonctions permet que puissent s'établir les autres. Rappelons que ces trois premières fonctions sont d'abord assurées par l'environnement qui propose fantasmatiquement au bébé immature psychiquement la mise à disposition d'une peau commune ou d'« un corps pour deux » (McDougall, 1989³⁸⁷). Ainsi les fonctions du Moi-Peau se construisent par l'intériorisation des qualités que l'objet primaire présente à son enfant à l'intérieur de cette peau commune, notamment par l'intermédiaire des soins corporels, moments relationnels privilégiés et répétés entre la mère et son enfant. Selon la qualité de ces premiers échanges interactifs entre l'objet primaire et son enfant, les différentes qualités seront plus ou moins bien introjectées au moment du processus de différenciation moi/environnement et de la formation du Moi-peau, et donc opérantes dans la psyché de l'enfant, puis plus tard dans celle de l'adulte.

Cependant, il est à considérer que les grandes étapes de la vie d'une femme que peuvent être la traversée de l'adolescence, la grossesse et la maternité, puis la ménopause, par exemple, ou que les événements de vie rencontrés par les individus, tels la maladie, les accidents, participent à la transformation et incitent au processus normal et inévitable de remaniement du

³⁸⁵ Freud, S. (1923). Le Moi et le Ça. Dans *Essais de psychanalyse* (p. 219-275). Paris, France : Payot, 1981.

³⁸⁶ Roussillon, R. (2008b). Le Moi-peau et la réflexivité. Dans C. Chabert, D. Cupa, R. Kaës et R. Roussillon (dir.), *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (p. 89-102). Ramonville Saint-Agne, France : Erès.

³⁸⁷ McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps*. Paris, France : Gallimard.

Moi-peau infantile de chacun puisque « l'habitation psychique par le sujet de son psychosoma (est) transformé » (Dumet, 2016³⁸⁸, p. 27). Ainsi le sujet doit en permanence adopter des stratégies d'adaptation entre sensations, stimuli externes, endoperceptions et monde de représentations internes, tout au long de sa vie et d'autant plus lorsqu'il est confronté à ce type d'évènements. De ces vécus précoces au temps de la symbolisation primaire, le sujet en a construit à l'époque des représentations précoces : les pictogrammes de P. Aulagnier (1986³⁸⁹) qui se caractérisent par une indissociabilité entre l'espace corporel, l'espace psychique et le monde extérieur. M. Pinol-Douriez (2012)³⁹⁰ parle de protoreprésentations : « (...) états non pathologiques, quasi mythiques, d'indissociabilité mère-environnement/nourrisson, états qui impliqueraient des "potentialités quasi indéfinies de développement psychique" » (Despinoy et Pinol-Douriez, 2012, p. 30). D. Anzieu (1987)³⁹¹ développe la notion des signifiants formels comme étant une première étape de la symbolisation des pictogrammes, à partir de traces perceptives sensori-motrices et qui reviendraient dans l'actuel sous la forme de sensations corporelles hallucinées de mouvement.

Les stimuli corporels générés pendant les ateliers socio-esthétiques provoquent l'apparition de sensations hallucinées chez chaque patiente, faisant alors référence à la manière dont elle investit et se représente son enveloppe corporelle, sa peau et par étayage ses enveloppes psychiques. Les signifiants formels que nous pouvons repérer lors des ateliers sont des bons indicateurs de la qualité des enveloppes psychiques.

Les signifiants formels représentent les premières formes de figuration des éprouvés archaïques. Ce sont les premières formes autoreprésentatives qui apparaissent dans le développement normal de l'enfant. Leur création développe chez l'enfant « une capacité à modifier les limites » (Doron, 1987³⁹²), signant le processus de symbolisation primaire. Cependant, l'apparition de signifiants formels dans le discours, et/ou pour ce qui nous concerne également dans l'atelier dans les postures de l'adulte, viendrait signifier une altération des enveloppes psychiques, et donc des avatars dans le processus d'intériorisation des fonctions du Moi-peau. Le signifiant formel s'impose au sujet sous la forme d'un vécu hallucinatoire de

³⁸⁸ Dumet, N. et Fernandez, L. (dir.). (2016). *Psychopathologie clinique du somatique : 12 études de cas*. Paris, France : In Press.

³⁸⁹ Aulagnier, P. (1986). *Un interprète en quête de sens*. Paris, France : Ramsay.

³⁹⁰ Despinoy, M. et Pinol-Douriez, M. (2012). Sensation et perception dans la clinique psychanalytique. Dans D. Mellier, A. Ciccone et A. Konicheckis (dir.), *La vie psychique du bébé* (p. 23-42). Paris, France : Dunod.

³⁹¹ Anzieu, D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-peau. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (p. 1-22). Paris, France : Bordas.

Nous allons faire référence plusieurs fois au concept de signifiants formels. Ainsi, lorsque nous l'évoquerons, cela correspondra toujours à la référence citée ci-dessus.

³⁹² Doron, J. (1987). A propos de la communication avec le soi. Phénomènes d'interfaces et modifications des aménagements de l'enveloppe psychique. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (p. 181-198). Paris, France : Bordas.

mouvement, et décrit une première configuration du corps en train de se transformer dans un espace bidimensionnel, c'est-à-dire dans un espace-temps de confusion moi/environnement, dedans/dehors. L'impression corporelle de mouvement est vécue par le sujet comme si elle venait de l'extérieur de son corps. Il s'agit bien de représentations de transformation d'enveloppe, de décollement à partir de la peau commune et de ses aléas dans une phase précoce de séparation individuation.

Il s'agit donc de représentations précocissimes qui font alors référence à la configuration du Moi-peau du sujet, enveloppe tactile en premier lieu, et à l'opérationnalisation de ses fonctions. L'enveloppe maternelle primitive (Roman, 2001³⁹³), modèle d'émergence des processus de symbolisation à partir des expériences de corps à corps entre la mère et son enfant, représente ainsi le fond d'expériences nécessaire à la transformation des éprouvés primaires de l'enfant en premières représentations, en signifiants formels. Cette notion issue de la clinique du rorschach permet de nous représenter un espace basé sur le travail de mise en images des éprouvés corporels archaïques lors des relations précoces. Il s'agit d'une enveloppe-habitacle contenant les premières formes de représentation du corps de l'enfant. De ces premières images, s'élabore le Moi-peau, dont les fonctions seront plus ou moins opérationnelles dans la psyché du sujet. Le signifiant formel pourrait alors représenter une première ébauche de différenciation entre la mère et l'enfant, dans les expériences corporelles, vers la possible constitution d'une peau séparée et d'enveloppes psychiques initiant un décollement et signant les prémisses du processus de subjectivation. Le Moi-peau forme ainsi une sorte de « fond représentatif » à partir duquel peuvent se développer les sentiments narcissiques ultérieurs de « se sentir bien dans sa peau », d'« être en forme », etc.

L'ébranlement identitaire provoqué par le cancer et les soins fait voler en éclat les autoreprésentations corporelles et psychiques des femmes qui pouvaient faire repère jusque-là, pouvant même aller jusqu'à générer une phase de sidération. Christine, par exemple, avait évoqué son malaise durant les ateliers en découvrant que ses représentations de ce qui pouvait la mettre en valeur auparavant ne correspondent plus avec ce qu'elle découvre. Cependant les outils des ateliers et la construction du Dispositif font émerger et favorisent l'appel à ces représentations précoces sous la forme de sensations hallucinées, engrammées depuis les origines de la vie psychique, pour permettre de les accompagner dans le groupe et de trouver de nouveaux repères identificatoires corpro-psychiques à partir de celles-ci, malgré les traces laissées par la violence traumatique initiale.

³⁹³ Roman, P. (2001). Des enveloppes psychiques aux enveloppes projectives : Travail de la symbolisation et paradoxe de la négativité. *Psychologie clinique et projective*, (7), 71-83.

Nous avons repéré le signifiant formel : « un appui s'effondre » dans le discours de Marion et de Katia notamment, ainsi que dans la posture de cette dernière lors de la phase de détente durant l'atelier soin du visage, soin qu'elle avait d'ailleurs refusé de faire. A l'observation de sa posture, Katia donnait l'impression de devoir s'accrocher pour ne pas glisser. Nous la voyions s'agripper aux accoudoirs de son fauteuil, avec l'ensemble de sa musculature contractée, le visage grimaçant lorsque ses yeux étaient fermés. Toutes deux semblaient évoquer la crainte d'un vécu d'effondrement dépressif durant la phase de soin : Katia voulait s'en prémunir ou en atténuer l'impact en faisant preuve d'une envie boulimique de créer des liens, de manière quasi dévoratrice, avec tous les objets soignants qu'elle identifiait autour d'elle (psychologue, socio-esthéticienne, professeur de gymnastique douce ...). Marion avait également anticipé une phase de repli important durant les soins qui nous avait évoqué : « une bulle se clôt sur elle-même ». Éliette avait décrit ce même mouvement de repli dans son lit, lieu de retrouvailles et de réassurance narcissique important. Elles avaient d'ailleurs adopté toutes deux une posture voûtée, les épaules rentrées, qui nous faisait penser à l'adoption d'une mesure de protection. Ces deux formes de signifiants formels indiquent des vécus de lâchage, de maintenance peu sécurisante, que D. Anzieu (1987)³⁹⁴ ramène au paradigme « une peau commune est arrachée », et qui seraient réactivés par la situation du cancer. Notre écoute de l'associativité verbale et de l'« associativité du langage du corps et de l'acte » (Brun, Chouvier et Roussillon, 2013³⁹⁵, p. 98) groupale permet d'accueillir et contenir ces sensations hallucinées. Le groupe à médiation permet de proposer un espace de repérage. Marilène avait évoqué des angoisses de vidange du corps qui renvoyaient à « un sac percé fuit », signifiant formel appartenant à la même catégorie que les précédents. Néanmoins nous avons également pu voir émerger des signifiants formels d'autres catégories comme « mon double me quitte ou me contrôle » chez Marilène lorsque celle-ci parle de son impression de voir chez le coiffeur le jour où elle s'est fait raser la tête dans le reflet du miroir son frère jumeau. Ce signifiant formel se trouve dans la cinquième catégorie qui suppose l'individuation acquise chez le sujet. Cependant J. Jung (2015³⁹⁶) complète ce point de vue en disant que l'apparition de la figure du double chez un sujet montre à la fois un vécu de trouble identitaire et un passage lors duquel le sujet va de nouveau s'appuyer sur celle-ci pour retrouver / recréer des repères identitaires.

« L'identité, dont la fonction réflexive est mise à l'épreuve, cherche alors un nouveau moyen de se stabiliser et / ou de se transformer par la modalité du double ».
(Jung, 2015, p. 181).

³⁹⁴ Anzieu, D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-peau. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (p. 1-22). Paris, France : Bordas.

³⁹⁵ Brun, A., Chouvier, B. et Roussillon, R. (dir.). (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris, France : Dunod.

³⁹⁶ Jung, J. (2015). *Le sujet et son double. La construction transitionnelle de l'identité*. Paris, France : Dunod.

Marilène évoque dans le groupe cette vision hallucinatoire du double masculin au moment où elle se regarde pour la première fois dans le grand miroir pour la détermination de son profil colorimétrique. Elle nous adresse donc ce vécu sans doute dans l'espoir qu'il ne se répète pas, ou pour que nous puissions l'aider à y trouver du sens.

Enfin, Blanche a pu évoquer le signifiant formel suivant : « un objet qui s'approche me persécute », appartenant à la sixième catégorie et qui marque le début de la mise en place de scénarii fantasmatiques prenant appui sur le langage. En effet, le point d'acmé s'est révélé durant la pose du masque de l'atelier soin du visage, mais Blanche semblait déjà bien prise dans ce type de vécus depuis le début en cherchant à remettre en cause sans arrêt les intentions de soin bienveillantes d'Ariane, puis les miennes par la suite.

V.1.2.2 TRAUMATISME(S), EFFETS TRAUMATOGENES ET POTENTIALITES REORGANISATRICES DU CANCER

Qu'entendons-nous par traumatisme ? Quelle définition pourrions-nous lui donner ? De quel(s) traumatisme(s) potentiel(s) s'agirait-il exactement ? S. Freud (1920)³⁹⁷ donne au trauma des éléments de définition que R. Roussillon³⁹⁸ est amené à reprendre : lorsqu'un sujet est confronté à un excès d'excitation :

« Il y a un traumatisme lorsqu'un sujet est confronté à un excès d'excitation qui déborde ses capacités à endurer et à lier la situation qui se présente à lui, cette excitation produit une effraction psychique étendue qui est à l'origine d'une douleur psychique ».
(Roussillon, s.d.)

Nous avons bien évidemment en tête les effets traumatiques de l'annonce du cancer, du surgissement de l'angoisse par exemple, de la rencontre avec l'institution hospitalière, des relations de soins ... Il s'agirait alors du traumatisme cancéreux (Milleur, 2015³⁹⁹) qui est un traumatisme actuel lié à la situation cancéreuse (annonce du cancer et mise en œuvre des soins).

Mettons ceci en perspective avec ce qu'a écrit J. Guillaumin (1982)⁴⁰⁰ dans l'avant-propos d'un livre consacré à la problématique du temps psychique et du traumatisme. J. Guillaumin rappelle que S. Freud avait développé la théorie du traumatisme et de l'après-coup

³⁹⁷ Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Essais de psychanalyse* (p. 43-115). Paris, France : Payot, 1981.

³⁹⁸ Définition proposée sur le site : <https://reneroussillon.com/situations-extremes/theorie-psychanalytique-du-traumatisme/>, récupérée le 20/12/2018.

³⁹⁹ Milleur, Y. (2015). *Nouvelles perspectives sur la clinique du cancer. Le corps, la psychothérapie et les états crépusculaires dans la maladie grave* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.

⁴⁰⁰ Guillaumin, J. (1982). Avant-propos. Dans J. Guillaumin (dir.), *Quinze études psychanalytiques sur le temps* (p. 7-15). Toulouse, France : Privat.

à partir de la clinique des névrosés de guerre : il découvrit que la temporalité traumatique, et donc psychique, n'est pas linéaire. J. Guillaumin qualifie la temporalité psychique de « circulaire (quoique non symétrique) » (Guillaumin, 1982, p. 14). Cette notion de circularité temporelle explique le phénomène d'après-coup du traumatisme. Un phénomène d'excitation à l'occasion d'un événement actuel pourra faire que ce dernier devienne traumatique car la situation récente aura présenté des similitudes avec l'/les expérience(s) précédente(s), qui débloquent et donneront sens et existence aux affects et représentations gelés par celle(s)-ci.

« Tout se passe comme si, à partir de l'après-coup, on s'acheminait vers une théorie générale de la répétition signifiante où ce qui n'a pu être nommé dans le passé alimenterait de son énergie le présent, qui, en retour, conférerait rétrospectivement au passé un statut d'existence psychique, marqué par l'expérience ultérieure ».
(Guillaumin, 1982, p. 12-13).

Ainsi nous pouvons imaginer que ce traumatisme actuel cancéreux (annonce, effets psychosomatiques de la maladie et des soins) viendrait en appeler d'autres, plus anciens primaires voire originaires, qui auraient pris forme corporellement et antérieurement dans le déroulement de vie des femmes sous forme de traces perceptives et a-mnésiques (Bergeret et Houser, 2004)⁴⁰¹, et pas encore sens psychiquement, faute que celles-ci aient dû se retirer d'elles-mêmes pour survivre au vécu catastrophique généré par l'expérience traumatique. Cela rejoint la conceptualisation que fait D.W. Winnicott (1974)⁴⁰² des agonies primitives. Dans l'Esquisse d'une psychologie, S. Freud (1895)⁴⁰³ parle du trauma comme d'un événement de douleur. Puis à partir de 1920⁴⁰⁴, il précise que l'effroi ne peut être que consécutif à une séduction traumatique, et qu'il est une forme inconsciente de non-préparation psychique par l'angoisse.

Par la suite après que ce dernier ait abandonné sa neurotica⁴⁰⁵, théorie du traumatisme sexuel précoce subi et à l'origine de la névrose hystérique notamment, il est admis de penser qu'un événement ne peut pas être considéré comme traumatique en soi, mais que c'est bien la manière dont un sujet sera en mesure de le traiter psychiquement ou non, de fantasmatiser autour et à partir de ses fantasmes originaires, qui conditionnera des effets traumatogènes après-coup. Les travaux sur le traumatisme réalisés par S. Ferenczi (1932, 1934)⁴⁰⁶ mettent quant à eux plutôt

⁴⁰¹ Bergeret, J. et Houser, M. (2004). *Le fœtus dans notre inconscient*. Paris, France : Dunod.

⁴⁰² Winnicott, D.W. (1974). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse, Figures du vide*, 11, 35-44.

⁴⁰³ Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. Toulouse, France : Erès, 2011.

⁴⁰⁴ Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Essais de psychanalyse* (p. 43-115). Paris, France : Payot, 1981.

⁴⁰⁵ Dans la lettre 69 du 21 septembre 1897 adressée à W. Fliess, S. Freud écrit : « Je ne crois plus à ma "neurotica" ».

⁴⁰⁶ Ferenczi, S. (1932). *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion*. Paris, France : Payot, 2004.

l'accent sur la dimension négative de la relation précoce mère-enfant, c'est-à-dire sur les ratés, les manques, les inconsistances dans les réponses faites au bébé de la part de son environnement. Ces défaillances génèrent de la détresse et conduisent le sujet à se couper de parties de son moi. A la suite des travaux de S. Ferenczi, D. W. Winnicott (1974)⁴⁰⁷ théorise, comme nous les avons déjà citées, ce qu'il nomme les vécus agonistiques primitifs consécutifs à un vécu de discontinuité du bébé dans son sentiment d'existence, causé par l'absence de réponse adéquate et rapide ou la disqualification de l'environnement à un moment où le bébé le nécessitait. Il développe aussi ce qu'il nomme la crainte de l'effondrement, angoisse impensable dont le bébé doit se prémunir en mettant en place des défenses primitives très coûteuses en énergie psychique et qui peuvent empêcher des investissements psychiques subjectifs à venir. M. Khan (1974)⁴⁰⁸ élabore lui le concept de « traumatisme cumulatif » qui implique l'idée que les défaillances maternelles sont traumatisantes à force de répétition. Plusieurs de nos patientes (Blanche, Mathilde, Jane, Anne) décrivent un objet maternel primaire intrusif, interdictif, ou au contraire déprimé, froid, inatteignable, absent psychiquement ou physiquement, ou encore inadéquat et imprévisible. Tous ces qualificatifs permettent d'identifier différents types de défaillances maternelles. Que l'objet maternel se soit montré trop stimulant ou au contraire anesthésiant pour le psychosoma de nos patientes, celles-ci semblent avoir été soumises de manière répétée, à situations-sources de traumatismes précoces. J.-J. Grappin (2017)⁴⁰⁹ redéfinit alors la manière dont se crée le traumatisme infantile d'après la pensée de S. Ferenczi : L'enfant vit un viol psychique par l'adulte, fruit d'abord d'une confusion de langues entre eux : l'adulte répond de manière passionnelle aux sollicitations tendres de l'enfant, puis il dénie la détresse de l'enfant liée à cette situation de confusion. En résulte ce que S. Ferenczi nomme un clivage narcissique, c'est-à-dire un clivage psyché-soma et un clivage entre sentiment d'innocence par rapport à l'évènement et sentiment de culpabilité de l'adulte introjectée. Pourrait-on imaginer retrouver une forme d'expression de ce clivage narcissique lorsque Béatrice ou Claire par exemple semblent rechercher tout à la fois ce qui les innocente et ce qui les rend coupables dans l'étiologie de « leur » cancer ?

Plus tard J. Laplanche (1987)⁴¹⁰ développera la théorie de la séduction généralisée et dira quant à lui, que l'adulte enracine continuellement et à son insu, c'est-à-dire de manière inconsciente,

Ferenczi, S. (1934). Réflexions sur le traumatisme. Dans *Œuvres Complètes IV (1927-1933)* (p. 139-147). Paris, France : Payot, 1982.

⁴⁰⁷ Winnicott, D.W. (1974). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse, Figures du vide*, 11, 35-44.

⁴⁰⁸ Khan, M. (1974). *Le soi caché*. Paris, France : Gallimard, 1976.

⁴⁰⁹ Grappin, J.-J. (2017). De Vienne à Budapest : Sandor Ferenczi, un psychanalyste d'aujourd'hui. Dans J.-J. Grappin et J.-J. Poncelet (dir.), *Groupes et traumatismes* (p. 23-30). Toulouse, France : Erès.

⁴¹⁰ Laplanche, J. (1987). *Nouveaux Fondements pour la psychanalyse*. Paris, France : PUF.

du sexuel dans l'enfant dont il prend soin, à entendre comme du sexuel génital et qui fait énigme pour l'enfant. Pour autant, c'est aussi ce qui alimente le processus de subversion libidinale.

Dans le vocabulaire de la psychanalyse, J. Laplanche et J-B. Pontalis (1967)⁴¹¹ ont apporté la définition suivante au traumatisme qui met en plus l'accent sur la dimension économique. Un trauma déborde les capacités de traitement des excitations de l'appareil psychique :

« Évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique ».
(Laplanche et Pontalis, 1967/1998, p. 499).

Partant des travaux de S. Freud et de S. Ferenczi déjà cités, G. Charbonnier (2007)⁴¹² décrit le processus du traumatisme en trois temps :

« Le traumatisme est donc une effraction sur le versant externe et interne du psychisme (la blessure en elle-même nommée le trauma)⁴¹³ qui nécessite un colmatage, une organisation défensive cicatricielle. Traumatisme et cicatrices sont soumis à la contrainte de répétition ».
(Charbonnier, 2007, p. 140).

Outre le vécu traumatique que génère le cancer en soi, deux autres hypothèses émergent alors : dans une perspective historique, la survenue du cancer pourrait constituer une tentative de cicatrisation par la voie somatique d'un trauma originaire ou antérieur pour une part ; dans une perspective partant plus de l'actuel du sujet, il semblerait aussi que l'exposition du sujet aux vécus somatopsychiques générés par le cancer et les soins pourrait le confronter à nouveau avec ses vécus de mort psychique déjà éprouvés mais non élaborés telles les agonies primitives pour une autre part. La traversée du cancer représenterait une nouvelle expérience de rencontre avec la mort, cancer et mort étant encore aujourd'hui massivement liées dans l'inconscient individuel comme sociétal, qui s'avèrerait traumatique parce qu'elle ferait voler en éclat les tentatives de cicatrifications fantasmatiques après-coup du trauma originaire de confrontation avec des vécus de mort à un moment donné où la psyché se trouvait en situation d'impréparation :

« C'est aussi là que l'on peut mesurer les effets du traumatisme psychique, en tant que rupture profonde avec le sentiment de continuité de son histoire du fait de la confrontation avec l'irreprésentable et la marque indélébile que cela laisse dans la subjectivité ».
(Vallet, 2009⁴¹⁴, p. 165).

⁴¹¹ Laplanche, J. et Pontalis, J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : PUF, 1998.

⁴¹² Charbonnier, G. (2007). Traumatisme, transfert, transformation. *Psychothérapies*, 3(27), 139-148.

⁴¹³ Parenthèse rajoutée par mes soins.

⁴¹⁴ Vallet, D. (2009). Actualités cliniques du traumatisme psychique. *L'information psychiatrique*, 85(2), 161-165.

T. Bokanowski (2011)⁴¹⁵ quant à lui met en perspectives les travaux de S. Freud, S. Ferenczi et de D.W. Winnicott afin d'élaborer une différenciation dans les définitions de trauma, traumatique et le traumatisme. Le traumatisme, « conception générique du trauma » (Bokanowski, 2011, p. 42) est ce qui apparaît en analyse, mais sans doute aussi dans toute situation qui génère l'établissement d'un lien transféro-contre-transférentielle, les effets perceptibles du traumatisme sur l'organisation des fantasmes originaires du sujet et l'importance du sexuel dans celle-ci. Le traumatique fait référence à la dimension économique des effets du traumatisme. Il met en avant plutôt le manque ou le débordement du pare-excitation, même si T. Bokanowski fait remarquer qu'une part des effets peut tout de même être mis en représentation. Le trauma renvoie à la période archaïque et préverbale, et fait référence aux aspects organisateurs, ou plutôt désorganiseurs, du traumatisme sur le fonctionnement psychique précoce. Il réaffirme la distinction que l'on peut faire entre traumatismes primaires liés à des situations agonistiques faute de présence contenant et sécurisante de l'environnement obligeant le sujet à s'amputer d'une partie de son moi, et les traumatismes secondaires qui ont à voir avec la rencontre dans la réalité externe d'une situation qui laisserait croire au sujet à la réalisation d'un fantasme. Ceci crée un « collapsus topique » (Janin, 2005⁴¹⁶). Il semble que Jane ait vécu une forme de collapsus topique lorsqu'adolescente, elle a été confrontée à la proposition sexuelle de son père, celle-ci venant rendre possible potentiellement la réalisation d'un fantasme œdipien.

Dans ses travaux sur l'œuvre de D.W. Winnicott, R. Roussillon (1999a)⁴¹⁷ a mis en évidence l'importance capitale du rôle de l'objet dans ses fonctions, je rajoute après lui d'enveloppe, pare-excitante et contenant auprès du bébé. Ainsi nous pouvons par extension imaginer que la présence d'un objet en position secourable pour un sujet, c'est-à-dire montrant des qualités pare-excitante et contenant, contribue à l'élaboration d'événements vécus difficilement, débordants affectivement, pour un adulte, permettant une appropriation subjectivante des événements. Si nous partons du principe que la situation cancéreuse (Milleur, 2015⁴¹⁸) est traumatogène, c'est-à-dire plus ou moins débordante pour les capacités pare-excitatrices du sujet, et désorganisant de manière là aussi plus ou moins temporaire les capacités élaboratives du sujet, nous pouvons faire l'hypothèse que ce traumatisme-ci viendrait faire écho à d'autres

⁴¹⁵ Bokanowski, T. (2011). Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse : traumatisme, traumatique, trauma. *Le carnet Psy*, 6(155), 41-46.

⁴¹⁶ Janin, C. (2005). Au cœur de la théorie psychanalytique : le traumatisme. Dans F. Brette, M. Emmanuelli et G. Pragier (dir.), *Le traumatisme psychique : organisation et désorganisation* (p. 43-55). Paris, France : PUF.

⁴¹⁷ Roussillon, R. (1999a). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, France : PUF.

⁴¹⁸ Milleur, Y. (2015). *Nouvelles perspectives sur la clinique du cancer. Le corps, la psychothérapie et les états crépusculaires dans la maladie grave* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.

plus anciens, et mobiliserait le sujet à chercher des ressources, des modalités d'élaboration de ceux-ci à la faveur de cette nouvelle expérience.

N. Dumet et A. Ferrant (2009)⁴¹⁹ ont travaillé ensemble sur la notion de « circularité psychosomatique » en lien avec celle de traumatisme. D'après ces auteurs, il existe une forme de circulation interactive constante entre psychique et somatique qui permet au sujet de pouvoir élaborer de manière continue ses traumatismes, notamment celui généré par l'état de détresse qui détermine « le destin psychosomatique du sujet », mais qui pourront prendre sens dans les rencontres intersubjectives significantes que le sujet sera amené à faire tout au long de sa vie.

« (...) le processus d'une circularité psychosomatique, c'est-à-dire d'un va-et-vient continu entre psychique et somatique, entre traumatismes et « réponses » psycho- ou somato-pathologiques à ceux-ci, s'offre comme une source possible de revitalisation, de (re)création subjective ».

(Dumet et Ferrant, 2009, p. 62).

C'est ici que le groupe constitue de son côté une telle source de revitalisation. J-B. Chapelier (2017)⁴²⁰ définit en effet un groupe thérapeutique de la façon suivante : « (...) qu'il puisse activer ses capacités à élaborer les divers traumatismes, ceux de la mise en groupe et ceux qui ont fait effraction dans les histoires individuelles » (Chapelier, 2017, p. 20).

Ainsi, dans nos groupes, notre objectif était bien de réunir les conditions nécessaires à la reprise élaborative traumatique du cancer bien sûr, puisque c'est une des conditions pour intégrer le Dispositif, mais aussi de traumatismes antérieurs, notamment familiaux, reconvoqués également par la groupalité du dispositif (Kaës, 2008)⁴²¹.

Nous voyons émerger ce que nous pourrions appeler les potentialités réorganisatrices de l'expérience du cancer dans l'optique où la maladie va contraindre le sujet à modifier son rapport aux autres et à tisser de nouveaux liens, entre autres, au sein de l'institution hospitalière. Dans un texte qui propose de faire des liens entre sexualité et cancer, M-F. Bacqué (2006)⁴²² avait écrit que : « Le cancer a parfois de surprenants effets d'analyse qui permettent une réinterprétation de sa vie » (Bacqué, 2006, p. 45). Il nous semble que ces effets d'analyse ne peuvent être envisagés qu'avec le concours d'objets (soignants, pairs, mais aussi les proches qui vont modifier leur relation) qui pourront révéler leur fonction soignante pour le sujet, au

⁴¹⁹ Dumet, N. et Ferrant, A. (2009). Circularité psychosomatique et traumatismes. *Psychologie clinique et projective*, 1(15), 45-66.

⁴²⁰ Chapelier, J-B. (2017). Origines et destins des traumatismes. Dans J-J. Grappin et J-J. Poncelet (dir.), *Groupes et traumatismes* (p. 11-22). Toulouse, France : Erès.

⁴²¹ Kaës, R. (2008). *Le complexe fraternel*. Paris, France : Dunod.

⁴²² Bacqué, M-F. (2006). Nouvelles approches des relations entre sexualité et cancers. *Le Carnet Psy*, 4(126), 41-45.

sens psychique du terme, c'est-à-dire qui accueillent, pare-excitent et transforment ses vécus afin qu'il puisse sortir de l'état de détresse traumatique et subjectiver alors cette expérience. Marilène évoque la question de la sexualité dans son couple. Marilène parle avec crainte des effets délétères sur le désir sexuel de son mari pour elle que vont provoquer les castrations successives (ablation d'un sein, perte des cheveux, perte de confiance en son corps et en son attrait) auxquelles elle doit faire face. Depuis l'intervention chirurgicale qui a consisté en l'ablation de tous les organes féminins internes et la chimiothérapie, Mathilde exprime ne plus se sentir en mesure de pouvoir satisfaire sexuellement son mari dorénavant, ce qui entre en résonnance particulièrement pour elle dans son histoire de couple. En effet, elle avait exprimé s'être toujours sentie en concurrence avec d'autres femmes, notamment en évoquant un voyage interrompu avant la fin lorsque les enfants étaient encore petits, son mari les ayant laissés sur place pour rejoindre impérieusement l'une de ses amantes. Nous voyons bien que ces deux femmes se situent dans une phase de constat : les transformations corporelles de Mathilde lui permettent de retourner ce vécu ancien de rejet en une acceptation/résignation de sa castration féminine ; Marilène, quant à elle, fait état de ses interrogations récentes sidérantes.

R. Debray (2002)⁴²³, psychanalyste psychosomaticienne, considère l'expression somatique comme une opportunité potentielle de transformation et de réaménagement de la vie pour un sujet :

« L'expression somatique (...) peut être souvent comprise comme une richesse plutôt que comme une fragilité. (...). C'est ainsi qu'une somatisation, brutalement apparue, peut aussi constituer dans un deuxième temps un palier de réorganisation et contribuer alors au maintien de la vie ».

(Debray, 2002, p. 30).

Ce point de vue rejoint les considérations de N. Dumet (2013)⁴²⁴ sur le sens à accorder aux manifestations somatiques pour un sujet. Le sujet considère qu'il ne convient pas toujours de vouloir leur accorder un statut déficitaire. Celui-ci aurait à sa disposition divers moyens d'expression de sa vie psychique qui fonctionnent tous plus ou moins de concert :

« La subjectivité et ses tourments s'expriment aussi à la faveur d'autres modalités, d'autres expressions, phénomènes, productions, langages même, s'étendant (certes) des plus psychiques et mentalisés aux moins d'entre eux, mais s'étendant encore aux formes comportementales, corporelles et même somatiques, sans que celles-ci soient pour autant systématiquement synonymes ou corrélats de déficits ou lacunes psychiques chez l'individu ».

(Dumet, 2013, p. 28).

⁴²³ Debray, R. (2002). Psychopathologie et somatisation. Dans R. Debray, C. Dejours et P. Fédida, *Psychopathologie de l'expérience du corps* (p. 3-62). Paris, France : Dunod.

⁴²⁴ Dumet, N. (2013a). L'expression somatique en séance, maillon associatif propice à la pensée, *Champ psy*, 1(63), 27-39.

Finalement proposer notre Dispositif dans un contexte de maladie somatique peut être envisagé comme une proposition privilégiée d'écoute et de soutien faite aux patientes de souffrances exprimées par cette modalité d'expression spécifique qu'est l'expression somatique cancéreuse en vue de la transformer en lui proposant un arrimage corpro-psychique.

V.1.2.3 UN MOI-PEAU "DE CHAGRIN" : PREDISPOSITION, ATTEINTE ET/OU REAMENAGEMENT DE L'ENVELOPPE PSYCHIQUE ?

Chez nos patientes nous qualifions leur Moi-peau "de chagrin" en référence à l'expression « se réduire comme peau de chagrin » aujourd'hui passée dans le langage courant après le roman d'Honoré de Balzac (1831)⁴²⁵ « La peau de chagrin » et qui signifie : rétrécir jusqu'à disparaître, ne devenir plus qu'un rien, ne se réduire qu'à presque rien. Presque à l'image du mouvement rapporté par les patientes à l'hôpital de ne devenir plus que le cancer du sein de la chambre n° ... Cette métaphore vise également à illustrer le mouvement dépressif engendré par le travail de deuil que déclenche le cancer. Le mot chagrin évoque la souffrance morale, la peine, un état de tristesse profonde⁴²⁶. Les patientes se trouvent en effet contraintes d'opérer un travail de renoncement de la vie d'avant l'annonce-diagnostique, de l'image corporelle bien sûr mais aussi du rapport à la vie de manière générale depuis que l'angoisse de mort ne travaille plus en arrière-fond de la vie psychique mais est venue se placer sur le devant de la scène consciente. Avant le roman de H. de Balzac, une peau de chagrin ou de sagrain était un parchemin obtenu après la transformation de la peau de l'âne, soit une surface d'inscription. Ceci n'est pas sans nous rappeler la fonction de surface d'inscription du Moi-peau développée par D. Anzieu (1985). Le choix de ce terme insiste donc également sur la capacité du moi des patientes à s'appuyer à nouveau sur l'étayage de la peau pour inscrire de nouvelles expériences sensorielles grâce au Dispositif. Il peut également s'agir dans le domaine de la peausserie d'un étui, d'une gaine, après travail de la peau d'âne ou de cheval pour relier des livres de luxe. Cette définition met l'accent quant à elle sur la qualité d'enveloppe du Moi-peau. Enfin en langage familier, nous pouvons aussi retrouver l'expression « peau de chagrin » pour définir une peau rêche et sèche. La sécheresse de la peau est un effet secondaire important et provoquant beaucoup d'inconfort que les femmes constatent rapidement après le début de la chimiothérapie ou de la radiothérapie.

⁴²⁵ Balzac, H. (1831), *La peau de chagrin*. Paris, France : Classiques Garnier, 2018.

⁴²⁶ Définition selon le site du CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) : <http://www.cnrtl.fr/definition/chagrin>

Il nous est finalement impossible de déterminer si le Moi-peau de chagrin est une configuration des enveloppes psychiques qui prédisposerait au cancer, s'il constitue une atteinte de celles-ci due à l'expérience du cancer et/ou s'il en est un réaménagement post-cancer. Est-ce nécessaire de surcroît ? Nous avons bien perçu dans le regard que portaient nos patientes sur leur vie une propension marquée déjà avant le diagnostic de la maladie à une forme de retrait, à rechercher à se positionner sans cesse dans les relations objectales au second plan, à faire passer les besoins et désirs de l'autre avant les siens. Ceci montre un manque de consistance narcissique, et une recherche permanente de réassurance dans le regard de l'autre vis-à-vis de leurs actes et non pour qui elles sont. Il s'avère néanmoins que le Moi-peau de chagrin devient une qualité-caractéristique de la configuration du moi des patientes rencontrées dans notre recherche et qui favoriserait une approche thérapeutique psychocorporelle, notamment à partir de l'enveloppe de la peau, comme nous le proposons dans notre Dispositif.

V.1.3 LES PROPRIETES ENVELOPPANTES DU DISPOSITIF

Nous allons ci-après définir les fonctions et les différentes propriétés d'enveloppe que nous avons identifiées dans ce dispositif de groupe à médiation spécifique.

V.1.3.1 LA DIVERSITE DES OUTILS DE MEDIATION POUR LE TISSAGE D'UNE ENVELOPPE INTERSENSORIALE

« Les éléments fondamentaux de la constitution du Soi que sont l'établissement d'une frontière, d'une unité – peau psychique et présence d'arrière-plan – et les diverses formes d'identification corporelle ne sont pas des acquis définitifs. (...) De nouvelles expériences de « contenance » peuvent alors être nécessaires pour le maintien d'une intégrité identitaire souple, créative, en continuelle transformation ».

(Despinoy et Pinol-Douriez, 2012⁴²⁷, p. 40)

Notre Dispositif propose aux femmes participantes un espace de travail d'appropriation de l'expérience du cancer et notamment des transformations corporelles-psychiques qu'elle génère. Cependant nous nous sommes rapidement rendu compte que nos objets médiateurs spécifiques favorisaient la mobilisation, la reviviscence et la remise en travail dans l'actualité du groupe

⁴²⁷ Despinoy, M. et Pinol-Douriez, M. (2012). Sensation et perception dans la clinique psychanalytique. Dans D. Mellier, A. Ciccone et A. Konicheckis (dir.), *La vie psychique du bébé* (p. 23-42). Paris, France : Dunod.

d'expériences sensori-affectivo-motrices non symbolisées (Brun, 2003⁴²⁸), des origines jusqu'au cancer. D'après M. Boubli (2002)⁴²⁹, la sensorialité concourt à la constitution et à l'intégration du Soi dans le développement de l'enfant. Il paraît alors intéressant de prendre de nouveau appui sur le canal sensoriel pour accompagner dans notre situation, les transformations du Soi. A propos d'un groupe Photolangage© mis en place et animé pour des patients hospitalisés sous écrou, tout aussi confrontés que nos patientes à des difficultés d'appropriation d'expériences subjectives, M. Ravit, C. Joubert et I. Belouin (2014)⁴³⁰ mettent en évidence le support que constitue la médiation en groupe à ce processus par la convocation de la sensorialité et la mobilisation de la sensori-motricité des sujets :

« La médiation utilisée dans le groupe relance les émergences sensorielles dans des cliniques où les expériences subjectives ne sont pas reconnues comme telles. Le groupe, en lien avec la médiation, a une fonction d'accueil des éléments catastrophiques restés impropres pour la pensée. L'associativité relance la sensori-motricité (Brun, 2007), les expériences sensorielles précoces sont alors contextualisées à partir des associations proposées par et dans le groupe ».
(Ravit, Joubert et Belouin, 2014, p. 168).

Les différents objets médiateurs que nous utilisons dans le Dispositif sont les vêtements, bijoux et accessoires, le maquillage et les produits cosmétiques ainsi que les outils nécessaires à leur utilisation comme des pinceaux, de la mousse, des gants de toilette. Nous pouvons constater que quatre des cinq sens sont stimulés et mobilisés dans les ateliers par l'utilisation des objets médiateurs. En effet, le sens du goût est l'unique à ne pas être convoqué directement, concrètement, même s'il l'est imaginativement, notamment au moment de la découverte de la senteur « fleur d'oranger ». Plusieurs femmes comme Janie ou Émilie, ont associé cette odeur avec des pâtisseries leur évoquant des souvenirs d'enfance, et ainsi mettant en dynamique de manière associative les représentations psychiques associées à cette sensation. H. Leca et A. Brun (2012)⁴³¹ ont d'ailleurs travaillé sur les potentialités de la sensorialité olfactive comme premier élément de l'organisation de l'affect en vue d'une appropriation subjective de l'histoire de sujets, là encore incarcérés. Le travail du groupe « sentir » consiste en la réactualisation de traces mnésiques par la mobilisation d'expériences sensorielles par l'odeur. Nos patientes font preuve d'associativité sensorielle lorsqu'elle sent l'huile essentielle de fleur d'oranger, ce qui signe l'efficacité de notre proposition de stimulation multisensorielle en vue de faciliter la

⁴²⁸ Brun, A. (2003). Groupe thérapeutique de peinture et réalité du lien précoce à l'objet. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(41), 167-176.

⁴²⁹ Boubli, M. et Konicheckis, A. (dir.). (2002). *Clinique psychanalytique de la sensorialité*. Paris, France : Dunod.

⁴³⁰ Ravit, M., Joubert, C. et Belouin, I. (2014). Un dispositif de suppléance psychique et de synthèse des modalités sensorielles. Le Photolangage dans une institution de soins psychiatriques aménagée. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(62), 159-170.

⁴³¹ Leca, H. et Brun, A. (2012). Groupe thérapeutique à médiation sensorielle olfactive en milieu carcéral. *Psychothérapies*, 2(32), 137-146.

circulation représentative et affective intra et intersubjective dans les groupes. Il en est de même lors des soins auto-prodigués. Les patientes se trouvent seules, en présence des autres participantes et des animatrices, à réaliser les soins du visage devant un miroir individuel : il y a alors une co-stimulation sensorielle, tactile et visuelle, que nous savons très importante dans le processus de construction de l'image de soi, et par extension ici de reconstruction, et de symbolisation des expériences (Tisseron, 2002⁴³²).

A. Konicheckis (2002)⁴³³ parle de « consensualité », qui s'organise à partir de la peau et des sensations tactiles. Le sens inaugural et organisateur de tous les autres est bien celui du toucher, qui va ensuite se mettre en synergie avec le sens visuel, puis avec tous les autres par la suite :

« S'il y avait lieu de hiérarchiser les sensorialités, les sensations cutanées pourraient être considérées comme le modèle de toutes les autres, car, en tant que surface, la peau réceptionne les empreintes de l'objet source de la sensation. Aussi, la peau possède la particularité de contenir et de relier tous les autres organes des sens ».
(Konicheckis, 2002, p. 127).

Sur la base des travaux de D.W. Winnicott (1971)⁴³⁴ sur la mise en correspondance des sens tactile et visuel qui forme les bases de l'autoreprésentation, et de D. Anzieu (1987)⁴³⁵ sur les enveloppes psychiques déjà cités, G. Lavallée (1999)⁴³⁶ propose le concept d'enveloppe visuelle du moi. L'enveloppe visuelle du moi introduit une forme de réorganisation de la sensorialité sous le primat du visuel qui permet ainsi une mise à distance des corps, une séparation.

Voyons ce qu'il en est dans notre Dispositif. Parmi les objets médiateurs de celui-ci, arrêtons-nous sur ceux proposés dans le cadre des ateliers Conseil en Image. Nous travaillons dans le premier protocole avec des tissus de couleurs, un gilet, une ceinture, mais aussi avec des bijoux. En effet, il semblait intéressant dans ce premier atelier de favoriser un travail à partir des vêtements qui représentent bien une enveloppe transitionnelle et individualisante (A. Sanahuja, P. Cuynet, 2012⁴³⁷) par une mise en forme du corps particulière pour chaque femme. Puis dans le deuxième protocole, lorsque nous proposons aux femmes d'amener des vêtements et des

⁴³² Tisseron, S. (2002). Sensorialités, images et secrets. Dans M. Boubli et A. Konicheckis (dir.), *Clinique psychanalytique de la sensorialité* (p. 157-176). Paris, France : Dunod.

⁴³³ Konicheckis, A. (2002). Des sens aux sens, sensorialité et signification. Dans M. Boubli et A. Konicheckis (dir.), *Clinique psychanalytique de la sensorialité* (p. 125-155). Paris, France : Dunod.

⁴³⁴ Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard, 1975.

⁴³⁵ Anzieu, D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-peau. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (p. 1-22). Paris, France : Bordas.

⁴³⁶ Lavallée, G. (1999). *L'enveloppe visuelle du moi*. Paris, France : Dunod.

⁴³⁷ Sanahuja, A. et Cuynet, P. (2012). Maigrir enveloppée à l'adolescence et image du corps. *Psychothérapies*, 4(32), 249-261.

accessoires qui leur appartiennent, nous partageons l'idée développée par N. Dumet (2018)⁴³⁸ dans un article récent qui dit : « Le vêtement est un support de création de soi, de son identité (dans ses dimensions primaires et secondaires) » (Dumet, 2018, p. 93). Il s'agissait alors d'inviter les femmes à se livrer davantage. En leur demandant d'amener des vêtements et des objets personnels, nous leur demandions de dévoiler davantage leur espace de créativité, de jeu. Il s'agit aussi selon nous d'un indicateur d'investissement de soi et de son corps : Béatrice avait pour habitude de porter des vêtements très amples depuis qu'elle était jeune femme, qui masquaient complètement ses limites corporelles, donnant l'impression d'une silhouette massive informe. Était-ce de cette manière qu'elle percevait son corps ? Maggie avait pu exprimer ressentir un profond désarroi devant son armoire depuis qu'elle avait été opérée de la deuxième mastectomie. Celle-ci semblait également très intéressée par le style « sportif », sans oser le porter pour autant. En amenant des vêtements non portés, nous souhaitions aussi connaître l'écart qu'il pouvait y avoir entre l'apparence qu'elles aiment et qu'elles voudraient avoir, ou alors si elles achètent des vêtements qui ne leur vont pas finalement (couleur, taille, forme ...), et ce qu'elles s'autorisent à montrer à l'autre par leur tenue vestimentaire, depuis l'intervention chirurgicale ou avant déjà.

En somme, les objets médiateurs que nous avons choisis favorisent l'appel à combinaison des enveloppes tactile, visuelle, olfactive, tissées toutes ensemble par l'enveloppe de parole proposée par la présence de la psychologue. Celle-ci remplit une fonction de mise en correspondance intersensorielle afin de favoriser de nouveau la circulation pulsionnelle qui avait pu être stoppée sinon ralentie par les soins intrusifs et les autoreprésentations corporelles abîmées. Rappelons-nous par exemple de l'échange entre Marilène et Marielle qui parlaient de leur représentation de corps troué, évidé par la mastectomie. Ou encore des autoreprésentations groupales des groupes n° 6 et n° 9. L'absence de participantes dans ces deux groupes favorisait l'émergence du fantasme du membre-fantôme, d'une image d'un corps groupal jamais complète, toujours amputée, endommagée.

⁴³⁸ Dumet, N. (2018). La petite robe noire de Gabrielle : féminité endeuillée et/ou féminin mélancolique sublimé ?. *Cliniques méditerranéennes*, 1(97), 91-106.

V.1.3.2 L'ENVELOPPE GROUPALE

« Les territoires qui nous entourent ne sont que des prolongements du moi ».
(Vigouroux, 2006⁴³⁹, p. 17).

L'enveloppe groupale est une notion qui a été développée par D. Anzieu (1975)⁴⁴⁰. Ce terme désigne l'opération qui se déroule dans le but de délimiter un contenant pour le groupe qui discrimine l'espace groupal, le dedans et l'espace externe au groupe, le dehors du groupe, afin que puissent s'instaurer des identifications et la mise en place des processus fantasmatiques et inconscients entre les membres du groupe. R. Kaës (1999)⁴⁴¹ estime que parler d'enveloppe groupale sous-entend que l'on parle des fonctions : « de contenance, de filtre et de pare-excitation que les dispositifs de groupe doivent mettre en place pour assurer leur espace propre » (Kaës, 1999, p. 51). C'est également ce qui permet de donner une identité unique à chaque groupe, un esprit de corps. Dans le chapitre III, nous avons d'ailleurs proposé de nommer chacun des neuf groupes et de définir par quelques lignes les traits caractéristiques de la fantasmagorie qui a pu s'y déployer. Dans le chapitre IV, nous nous sommes appuyée sur les séquences de Photolangage© afin de déterminer les représentations que les groupes se faisaient d'eux-mêmes. Nous avons également pu constater la mise en place dès le moment de présentation de chaque participante d'un « effet mouton de panurge » : après avoir introduit le cycle des ateliers et resitué le cadre de celui du jour, Ariane et moi commençons par nous présenter brièvement pour inciter ensuite les patientes à le faire. Nous avons alors constaté que chacune reprenait à son compte la manière dont la première avait eu de le faire en donnant les mêmes informations : prénom, âge, situation familiale, et enfin type de cancer et parcours de soin. Cet effet a déjà été mis en évidence par D. Anzieu (1975)⁴⁴² comme ayant une fonction inhibitrice des angoisses schizo-paranoïdes réactivées chez chacun par la groupalité. C'est ce qui permet de créer une peau commune, un sentiment unitaire d'appartenance partagé dans le groupe, nécessaire afin que chacun puisse s'y sentir en sécurité.

C. Vollon et G. Gimenez (2015)⁴⁴³, qui ont poursuivi les travaux de D. Anzieu sur les notions d'enveloppe psychique groupale et de Moi-peau groupal, ont formulé une hypothèse sur la manière que celles-ci avaient de se créer dans un groupe :

⁴³⁹ Vigouroux, F. (2006). Dans la peau de la maison. *Cahiers critiques de thérapie familiale et pratiques de réseaux*, 2(37), 17-21.

⁴⁴⁰ Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Paris, France : Dunod, 1996.

⁴⁴¹ Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF.

⁴⁴² Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Paris, France : Dunod, 1996.

⁴⁴³ Vollon, C. et Gimenez, G. (2015). Mise en chantier des notions d'enveloppe(s) psychique(s) et de Moi-peau individuelles et groupales. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(65), 167-178.

« Nous pensons que la construction du Moi-peau groupal, mais aussi des enveloppes psychiques groupales, est due notamment à un mécanisme de projection de la texture des Moi-peaux et enveloppes psychiques individuelles des membres du groupe sur le groupe lui-même ».
(Vollon et Gimenez, 2015, p. 177).

Ainsi les auteurs pensent la création des enveloppes psychiques groupales à partir des enveloppes psychiques de chaque membre, à l'image de la construction du moi en étayage sur les expériences primordiales qui passent par la sensorialité tactile, comme l'a théorisée D. Anzieu avec le Moi-peau à partir des travaux de Freud. Nous venons de mettre en évidence la configuration particulière du Moi-peau « de chagrin » chez nos patientes caractérisé par des défauts de contenance, de pare-excitation, de maintenance, de son rôle individuant d'après le repérage de signifiants formels dans le discours et l'expression mimo-gestuo-posturale. Si nous suivons donc l'hypothèse de C. Vollon et G. Gimenez, l'enveloppe groupale de chaque groupe devrait être porteuse des caractéristiques du Moi-peau des patientes. L'image du corps groupal, cinquième organisateur groupal selon les travaux de R. Kaës (1976)⁴⁴⁴, en montre effectivement des éléments communs. Nous pouvons d'ailleurs noter des écarts entre la configuration de l'enveloppe groupale des groupes de patientes qui ont terminé majoritairement les soins, et celle des groupes qui sont en soins. Nous constatons néanmoins, dans le groupe n° 2 par exemple, que Marielle, qui a terminé les soins depuis presque un an, et Marilène, en cours de traitement chimiothérapique, s'appuient l'une sur l'autre pour exprimer de la manière la plus précise possible leurs vécus psychiques de la maladie et des soins. Marilène fait un travail dans l'actuel, Marielle plutôt un travail d'après-coup. Nous constatons le même phénomène dans le groupe n° 4 entre Sabine et Joëlle, puis dans le groupe n° 6 entre Maeva et Claire. Le groupe viendrait alors permettre le partage de ces souffrances qui restent actives et en attente de symbolisation, dans des temporalités différentes selon les patientes vis-à-vis de l'évènement-maladie

Le mécanisme de projection de l'habitat intérieur, configuration inconsciente de la représentation du corps propre et de la groupalité, avait déjà été travaillé par A. Eiguer (2006)⁴⁴⁵. Celui-ci pense que nous habitons notre maison familiale de la même manière que nous habitons notre psyché. La maison est la projection à la fois d'un espace psychique individuel et groupal, familial. Il en est de même pour l'espace de l'atelier. Nous l'avons pensé à partir de nos prédispositions psychiques pour accueillir les patientes, et coloré par la vie que nous partageons dans le service. L'espace, situé en plein cœur du service de chirurgie gynécologique, est un lieu habituellement considéré comme une salle d'attente dans laquelle

⁴⁴⁴ Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris, France : Dunod, 2010.

⁴⁴⁵ Eiguer, A. (2006). L'inconscient de la maison et la famille. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2(37), 23-33.

on ne s'installe pas, tout comme l'hôpital désormais qui développe la réalisation de soins ambulatoires, et donc la multiplication d'espaces transitoires destinés à plusieurs patients sans qu'ils n'entrent en relation pour autant. Nous pensons aux salles d'attente avant la chirurgie dans laquelle les patients ont accès à leur téléphone ou à leur ordinateur. Notre idée était de proposer un espace partagé dans lequel allait pouvoir se créer une intimité propice au travail de transformation psychique des féminins chez nos patientes que nous mettons en œuvre.

A. Sanahuja et P. Cuynet (2011)⁴⁴⁶ ont développé de leur côté des ateliers thérapeutiques à médiation esthétique pour des adolescentes obèses en soin d'amaigrissement. Ces auteurs ont mis en avant les propriétés d'enveloppement du groupe de paires, afin que la problématique de la sexualisation du corps engendrée par l'amaigrissement puisse être accueillie sans danger par les adolescentes. Tout comme nous, N. Kacha (2017)⁴⁴⁷, psychologue en Algérie, a proposé un dispositif de groupe de parole composé exclusivement de femmes victimes de terrorisme. Le groupe compte huit membres : six patientes et 2 animatrices, et a permis selon l'auteure de créer une enveloppe féminine facilitant l'instauration de la confiance et du partage qu'elle nomme « enveloppe de genre » ou « enveloppe d'appartenance sexuelle ».

« Le groupe nous semble être une technique de soin particulièrement adaptée pour la prise en charge des victimes de traumatisme. Ses qualités contenantes permettent un travail « précieux » de restauration des enveloppes défaillantes. (...) Multiplier les enveloppes (...) est nécessaire à leur renarcissisation ».
(Kacha, 2017, p. 176).

Dans notre clinique, nous avons montré que l'enveloppe des groupes 1 à 5 s'est révélée différente de celle des groupes 6 à 9. Plus finement, nous pouvons constater que les groupes n° 2, n° 3 et n° 4 sont les seuls à avoir toujours été complets. Dans le groupe n° 1, Myrta s'est absentée au deuxième atelier sans prévenir mais a pu revenir pour le troisième en expliquant son absence, et Jeanne est partie avant la fin du troisième atelier, sans participer au temps de Photolangage©. Solène a quitté le groupe n° 5 en nous faisant vivre une disparition ; Clothilde a intégré ce même groupe à partir du deuxième atelier. Le groupe n° 6 a connu des variations dans le nombre de ses participantes jusqu'à ce qu'Ella s'y retrouve seule. Le groupe n° 7 a fonctionné en duo plutôt, tout comme le groupe n° 8 majoritairement. Et enfin le groupe n° 9 n'a compté que Christelle. Nous pouvons constater d'une manière générale que les patientes qui avaient terminé les soins hospitaliers sont celles qui ont réussi à investir le Dispositif et à s'appuyer sur l'enveloppe groupale proposée. Celle-ci pourrait être vécue comme menaçante pour certaines femmes en cours de soin qui ont refusé de participer, ou qui ont été amenées à

⁴⁴⁶ Sanahuja, A. et Cuynet, P. (2011). Maigrir enveloppée à l'adolescence... avec une médiation thérapeutique corporelle groupale. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(57), 121-134.

⁴⁴⁷ Kacha, N. (2017). L'enveloppe groupale : facteur essentiel de réparation de l'effraction psychique ?. Dans J-J. Grappin et J-J. Poncelet (dir.), *Groupes et traumatismes* (p. 165-178). Toulouse, France : Erès.

s'absenter voire à disparaître. Faire l'expérience d'un « Soi de groupe » fondé sur une identité de malade du cancer serait trop violent pour certaines femmes. Il est arrivé plusieurs fois qu'à l'évocation de l'existence de ce Dispositif, des femmes rejettent en bloc la possibilité d'y participer. Nous pouvions percevoir deux mouvements différents dans ce rejet : le refus de s'identifier à d'autres femmes malades traversant également l'expérience d'un cancer gynécologique ; mais également le refus de se retrouver avec d'autres malades qui pourraient avoir un effet dépressif, anxiogène par contamination sur leur état psychique. Nous pouvons voir s'initier un mouvement de mise à distance de l'autre, autant dans sa potentialité familière qu'étrangère, qui montre l'effet dévastateur du cancer sur la groupalité interne et sur les liens interimagiques.

V.1.3.3 L'ENVELOPPE SOIGNANTE : DU CADRE AUX OBJETS-ANIMATRICES

A l'occasion de la maladie, certaines modalités relationnelles, ou configurations du lien de ces femmes en souffrance, depuis les temps précoces jusqu'à aujourd'hui, viennent à s'exprimer sur la scène des soins somatiques et transférentiellement sur celle des ateliers. Les animatrices viendraient alors incarner les écoutantes des souffrances de ces femmes qui ressurgissent lors des soins corporels socio-esthétiques. Elles pourraient les accueillir, en proposer une relecture, voire une traduction, pour que les participantes puissent s'en saisir de manière différente. Les animatrices, soignantes dans notre Dispositif, mettent ainsi en œuvre ce qu'A. Ciccone (2012c)⁴⁴⁸ a décrit comme « la préoccupation soignante primaire » en référence à la préoccupation maternelle primaire développée par D.W. Winnicott (1956)⁴⁴⁹. En effet, d'après R. Kaës (2002)⁴⁵⁰, lorsqu'un thérapeute pense un dispositif-cadre, il le construit afin qu'il puisse faire enveloppe, qu'il puisse contenir et transformer. Ainsi l'enveloppe soignante se met en place dès que les thérapeutes commencent à imaginer, penser le dispositif qu'ils proposeront aux patients. Comme nous avons pu le voir précédemment dans la partie méthodologique, nous avons imaginé notre Dispositif en fonction d'une clinique dans une institution hospitalière que nous connaissions déjà. Nous avons déjà pu percevoir des effets psychiques de la mise en œuvre des soins à l'hôpital, des effets des relations avec les équipes soignantes et les médecins dans le quotidien des soins.

⁴⁴⁸ Ciccone, A. (2012c). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2, 397-433.

⁴⁴⁹ Winnicott, D.W. (1956). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, France : Payot, 1989.

⁴⁵⁰ Kaës, R. (2002). Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires. Dans B. Chouvier (dir.), *Les processus psychiques de la médiation* (p. 11-28). Paris, France : Dunod.

A. Sanahuja et P. Cuynet (2011)⁴⁵¹ ont parlé quant à eux d'une « enveloppe de maternage » procurée par le groupe dans leur clinique d'adolescentes obèses en institution. Sans partager complètement cette orientation pour notre clinique, puisque nous qualifierions plutôt notre intention de proposition d'une enveloppe biparentale (bisexuelle et portée par le binôme), apportant maternage effectivement, mais dévoilant aussi « la fonction paternelle des thérapeutes » (Dumet, 2002⁴⁵², p. 127) qui nécessite le sevrage des besoins affectifs et physiques primaires, condition exigée pour la symbolisation et l'intégration psychique du manque, de la perte et de la castration. Rappelons-nous de la séquence du groupe n° 9, lorsque Christelle éprouve un trouble somatique important qui attire toute notre attention et qui nécessite un accompagnement de notre part tant corporel que psychique. Christelle semble complètement envahie par des éprouvés sensoriels de chaleur d'abord, puis de froideur. L'accompagnement d'Ariane consiste à l'aider à retirer le masque de sa peau qui brûle, puis à lui proposer secondairement une enveloppe de chaleur, avec son manteau et avec la chaleur que dégage la bouilloire. Nous réalisons ensemble un véritable travail de couverture psychosomatique. Nous sommes en effet amenées à recouvrir cet épisode de malaise corporel d'une enveloppe narrative (Stern, 1985⁴⁵³) que nous proposons de construire ensemble, à trois, afin que ce malaise somatique ne constitue pas chez Christelle un moment de rupture dans la continuité de soi, mais qu'il puisse y trouver sens et place dans la dynamique de reconstruction identitaire dans laquelle elle se trouve actuellement. Le tissage de cette enveloppe narrative est impulsé par les animatrices, mais il peut être repris par le groupe. Nous l'avons déjà vu se déployer autour d'Anne dans le groupe n° 1. Après que je l'ai invitée à revenir s'asseoir en évoquant les capacités d'accueil du groupe, ce dernier a élaboré un bain, une enveloppe de parole, pour venir apaiser le vécu douloureux réactivé par la photo d'Éliette.

⁴⁵¹ Sanahuja, A. et Cuynet, P. (2011). Maigrir enveloppée à l'adolescence... avec une médiation thérapeutique corporelle groupale. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(57), 121-134.

⁴⁵² Dumet, N. (2002). *Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique*. Paris, France : Dunod.

⁴⁵³ Stern, D.N. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris, France : PUF.

V.2 LA REMOBILISATION DU PROCESSUS DE REFLEXIVITE PSYCHIQUE

V.2.1 PROPOSITION DE DEFINITION DU PROCESSUS DE REFLEXIVITE PSYCHIQUE

D'après R. Roussillon (2008c)⁴⁵⁴, les processus réflexifs peuvent être définis comme étant la manière qu'a un sujet de se sentir, de se voir, de s'entendre ... Ils lui permettent ainsi d'avoir des représentations de comment il se sent affectivement d'abord, puis par rapport aux autres. Ceux-ci se développent très tôt chez le bébé, et tout au long de la vie au fur et à mesure des expériences de vie du sujet et en appui sur les qualités-miroir des objets-environnement. Ce sont des processus dits « auto », de soi à soi, du ça au Moi-pensant, destinés à révéler ce que l'affect peut signifier pour le sujet lui-même, et qui s'appuie donc sur les relations intersubjectives que le sujet entretient avec son environnement, sur des relations « entre-je », qui permettent de donner du sens aux vécus en attente, en souffrance du sujet.

La réflexivité est un processus dynamique, c'est-à-dire perpétuellement mobilisé, qui permet au sujet de se réfléchir lui-même par le développement de ses capacités à se sentir, à se voir et à s'entendre lui-même (R. Roussillon, 2008c). Par le terme « se réfléchir », nous entendons le fait d'« apparaître sous forme d'image après réflexion dans quelque chose : un miroir où les objets sont réfléchis ». Néanmoins la définition proposée en physique vient compléter la précédente : « en parlant d'une onde, d'une vibration, être renvoyée, par la surface qu'elle vient frapper, dans le milieu d'où elle provient »⁴⁵⁵. Le processus réflexif correspondrait alors en quelque sorte à la boucle auto-informative dont dispose un sujet pour prendre connaissance de lui-même, de ses ressentis et états internes conscients et inconscients, afin de pouvoir acquérir une représentation de lui-même. Cependant d'après ces deux définitions, nous percevons bien que ce processus ne peut se développer qu'en appui sur un objet externe, de manière prototypique sur un objet-miroir. Un sujet ne pourrait se percevoir en effet que d'après la manière dont il a été lui-même réfléchi, c'est-à-dire de la manière dont son environnement primaire a exercé sa fonction « surface réfléchissante » de ses états internes, sa « fonction miroir » en référence aux théories anglo-saxonnes de D.W. Winnicott (1971)⁴⁵⁶ sur le rôle du visage de la mère comme premier miroir des affects du bébé, et de W.R. Bion (1962)⁴⁵⁷ sur la fonction alpha de la mère. Ainsi, pour pouvoir exercer cette activité « auto », de soi à soi, il

⁴⁵⁴ Roussillon, R. (2008c). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris, France : Dunod.

⁴⁵⁵ Selon les deux définitions proposées par le site Larousse en ligne : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/se_reflechir/67459, et récupérée le 04/03/19.

⁴⁵⁶ Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard, 1975.

⁴⁵⁷ Bion, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris, France : PUF, 1979.

aura été nécessaire dans un premier temps de passer par cet objet autre-sujet qu'est la mère-environnement. « Réfléchir » implique également l'idée de concentrer son attention sur quelque chose, penser longuement. Par conséquent, les représentations qu'un sujet se fait de lui-même, ses autoreprésentations, sont empreintes des traces et projections laissées, proposées, imposées, déformées par la psyché maternelle sur le sujet à l'occasion des relations de communication privilégiées au moment des soins primaires. En termes économiques, nous pourrions situer le processus de réflexivité pour un sujet comme étant le troisième temps de la pulsion après les temps actif puis passif (R. Roussillon, 2008a⁴⁵⁸). S. Freud avait décrit le troisième temps de la pulsion comme étant celui des auto-érotismes, question que nous serons amenée à traiter plus tard.

V.2.2 LA REFLEXIVITE DANS LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-ESTHETIQUE

Comme nous avons pu le percevoir dans le chapitre précédent, la problématique des enveloppes est particulièrement mobilisée par l'appel aux différentes modalités sensorielles, révélé par notre Dispositif à médiation soins esthétiques, bien que le sens tactile soit celui qui organiserait les autres. L'accompagnement des transformations corporelles liées aux effets des traitements du cancer à partir de conseils vestimentaires, parures, maquillage et de soins de peau permet d'offrir un environnement de restauration corporelle bien évidemment en premier lieu, mais également un environnement propice de restauration narcissique en appui sur cette dernière et grâce aux effets produits par les échanges intersubjectifs et le groupe sur le processus de réflexivité psychique. Il s'agit d'accompagner les femmes à :

« Faire du « beau » en utilisant aussi des affects ou des représentations vécus comme moches : l'angoisse, la honte, la dépression, la persécution, est un recyclage psychique qui récompense narcissiquement celui qui y parvient ».
(Francese, 2016⁴⁵⁹, p. 40).

Voyons plus en avant comment ceux-ci sont remobilisés dans notre Dispositif notamment grâce aux différentes fonctions-miroir qui y sont déployées.

⁴⁵⁸ Roussillon, R. (2008a). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris, France : PUF.

⁴⁵⁹ Francese, E. (2016). Rôle de l'esthétique dans les ateliers à médiation artistique. *Le journal des psychologues*, 1(333), 36-41.

V.2.2.1 LE RAPPORT METAPHORO-METONYMIQUE DANS LE DISPOSITIF

La construction de ce Dispositif est sous-tendue par l'hypothèse de base suivante :

Ce Dispositif proposerait un ré-investissement ou nouvel investissement de soi, dans son unité psychosomatique, par un travail de restauration corporelle et narcissique, grâce à l'opération d'un rapport métaphoro-métonymique entre les zones malades / blessées et le visage.

La métaphore est une figure de style en linguistique, proche de la comparaison, dont le principe est de désigner une idée ou une chose en employant un autre mot qui se trouve dans un rapport de ressemblance avec le premier. La métaphore utilise fréquemment des images.

La métonymie est une autre figure de style en linguistique, dite de substitution, qui consiste à désigner un concept, un mot, par l'intermédiaire d'un autre avec lequel il se trouve dans un rapport logique. Il en existe plusieurs formes comme la cause pour l'effet, le contenant pour le contenu, mais celle qui nous intéresse s'appelle plus précisément la synecdoque, qui désigne la partie pour le tout.

M. Colignon (2018)⁴⁶⁰ parle de la notion du Moi-peau comme étant métaphorique et métonymique. C'est une métaphore car il s'agit d'une image permettant de nous représenter l'appareil psychique. C'est une métonymie car l'enveloppe corporelle joue le rôle d'enveloppe du narcissisme.

Partant du principe que « l'inconscient est structuré comme un langage » et de ses travaux sur les signifiants, J. Lacan (1957)⁴⁶¹ a proposé que le mécanisme de la condensation soit assimilé à la métaphore, et que celui du déplacement soit assimilé à la métonymie. G. Rosolato (1985)⁴⁶² a prolongé les travaux de J. Lacan et a notamment élaboré le concept de « signifiants de démarcation », représentations inconscientes qui forment la communication non-verbale du sujet et qui viennent s'ajouter ou se substituer, se démarquer des signifiants linguistiques. Celui-ci a mis en avant plutôt un rapport étroit de va-et-vient permanent entretenu par la métaphore et la métonymie dans le fonctionnement de l'inconscient qu'il nomme « oscillation métaphoro-métonymique ». Celle-ci s'avère commune aux processus primaire et secondaire, et intervient autant dans l'organisation des signifiants verbaux que dans celle des signifiants de démarcation que l'on retrouve dans l'expression mimo-gestuo-posturale des sujets.

⁴⁶⁰ Colignon, M. (2018). *La peau, métaphore d'une rencontre entre art et clinique*. Toulouse, France : Erès.

⁴⁶¹ Lacan, J. (1957). L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud. Dans *La psychanalyse volume III* (p. 47-81). Paris, France : PUF.

⁴⁶² Rosolato, G. (1985). *Éléments de l'interprétation*. Paris, France : Gallimard.

D'après J. André (2010)⁴⁶³ : « Le visage n'est pas une partie du corps, il est le représentant du tout. (...) zone érogène par excellence du narcissisme » (André, 2010, p. 130-131). Ici, le visage et la peau seraient des représentants métaphoriques et métonymiques du psychosoma, ils représenteraient et nous permettraient ainsi de convoquer la totalité du corps, le psychisme, le sujet intégralement, en prenant de la distance avec les zones corporelles malades et/ou mutilées et psychiques souffrantes, à cause du cancer, tout en les atteignant tout de même grâce au processus oscillatoire.

La thérapeutique proposée par les soins médicaux agit sur la zone malade, blessée, mutilée... Dans les ateliers, on agit d'abord sur le corps entier et sur l'image globale reflétée par le miroir, puis sur le visage directement. Nous proposons ainsi aux patientes de se réapproprier leur corps dans son entier à partir de l'espace de jeu intersensoriel que représente le visage. Le visage est également le seul lieu du corps qui permette au sujet d'éprouver les cinq sens. Grâce au processus de transmodalité sensorielle développée par D. Stern (1985)⁴⁶⁴ et qui est : « l'aptitude du nourrisson à transférer l'expérience perceptive d'une modalité à une autre » (Stern, 1985, p. 69-70), nous pouvons faire l'hypothèse que les femmes vont pouvoir trouver des correspondances d'une forme de sensorialité à une autre, pouvoir traduire des ressentis éprouvés pour l'une à une autre et ainsi enclencher la circulation d'un grand réseau représentationnel et affectif pour venir symboliser l'expérience actuelle des soins.

Le visage est également le lieu par excellence où se déroulent les scènes intersubjectives d'un sujet. Lieu de découverte de l'autre, comme sujet semblable mais aussi comme différent et lieu de découverte de soi à travers le reflet de l'objet. C'est de ce lieu qu'émerge la parole du sujet, qu'est reçue celle de l'autre, que s'établit la communication visuelle et beaucoup d'activités partagées. S. Le Poulichet (2003)⁴⁶⁵ est amenée à reprendre ce que M. Blanchot nomme l'expérience du visage pour définir toute la portée génératrice de transformation et de sens identitaire pour chacun des protagonistes que la scène de deux sujets en train de se regarder représente :

« (...) le visage n'est pas seulement la propriété privée d'un corps, mais aussi le lieu d'accomplissement d'une expérience produite entre au moins deux sujets de la vision, qui se présentent simultanément entre donnés à voir et voyant. La parole et l'écoute viendront alors se déployer et résonner dans l'écart instauré par l'entre-deux-sujets, dans la présence délivrée par l'expérience du visage ».
(Le Poulichet, 2009/2003, p. 20).

⁴⁶³ André, J. (2010). Les yeux. Dans J. André, S. Dreyfus-Asséo et A-C. Taylor, *Psyché, visage et masques* (p. 129-132). Paris, France : PUF.

⁴⁶⁴ Stern, D.N. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris, France : PUF.

⁴⁶⁵ Le Poulichet, S. (2003). *Psychanalyse de l'informe. Dépersonnalisations, addictions, traumatismes*. Paris, France : Flammarion, 2009.

V.2.2.2 *MIROIR(S) ET (RE)CONSTRUCTION DE L'IMAGE DE SOI*

Nous évoquons ici la notion de pluralité des miroirs car nous nous appuyons principalement sur deux notions relatives au développement psychique infantile qui ici sont utiles pour penser la remise en travail des capacités d'autoperception et d'autoreprésentation de soi chez nos patientes : le visage maternel comme premier miroir psychique du sujet (D.W. Winnicott, 1971⁴⁶⁶) déjà évoquée, et la construction de l'image de soi à partir des expériences avec l'objet matériel qu'est le miroir (J. Lacan, 1949⁴⁶⁷). Le recours à ces deux développements théoriques fait émerger la notion du double transitionnel décrit par J. Jung (2015)⁴⁶⁸ comme étayant le processus de construction d'un miroir interne indispensable aux capacités d'autoreprésentation tout au long de la vie du sujet tant le processus identitaire reste soumis aux crises de vie, comme la survenue d'un cancer par exemple. Les travaux de J. Jung nous ont conduite à envisager la rencontre du sujet avec la figure du double/son double, à la fois même et autre, comme registre intermédiaire et à considérer son importance dans l'établissement et la construction du miroir psychique : d'abord comme substitut (narcissisme primaire), pour ensuite permettre l'introjection de sa fonction réflexive (narcissisme secondaire). Dans cette partie, nous allons nous concentrer sur l'étude de la figure du double incarnée dans notre Dispositif par d'une part, les objets-animatrices, et d'autre part, les paires.

V.2.2.2.1 *Repères historiques concernant les expériences de miroirs*

V.2.2.2.1.1 J. Lacan et le stade du miroir

J. Lacan (1949)⁴⁶⁹ a décrit ce qu'il nomme la phase du miroir comme un moment inaugural dans le développement de la subjectivité de l'enfant. Il évoque que celui-ci éprouve un véritable moment de jubilation lorsqu'il reconnaît l'image dans le miroir comme étant son double. Avant ce moment particulier, l'enfant manifestait de l'indifférence face à cette image considérée comme un étranger. L'expérience de l'enfant à la phase du miroir s'organise autour de trois temps fondamentaux qui ponctuent la conquête progressive de l'image de son propre corps comme total et unifié. Tout d'abord l'enfant réagit comme si l'image présentée par un miroir était une réalité ou du moins comme l'image d'un autre ; par la suite, l'enfant cessera de traiter cette image comme un objet réel, il ne cherchera pas à s'emparer de l'autre qui se

⁴⁶⁶ Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard, 1975.

⁴⁶⁷ Lacan, J. (1949). Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 13(4), 449-455.

⁴⁶⁸ Jung, J. (2015). *Le sujet et son double. La construction transitionnelle de l'identité*. Paris, France : Dunod.

⁴⁶⁹ Lacan, J. (1949). Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 13(4), 449-455.

cacherais derrière le miroir ; enfin l'enfant humain va reconnaître cet autre comme étant sa propre image. C'est bien là un processus d'identification, une conquête progressive de l'identité du sujet et la promotion de la structuration du « Je » car ce stade met fin au vécu fantasmatique du corps morcelé chez l'enfant. De fait, avant le stade du miroir, l'enfant ne fait pas initialement l'expérience de son corps comme celle d'une totalité unifiée, mais comme quelque chose de dispersé. Cette expérience fantasmatique du corps morcelé, dont les vestiges se révèlent aussi bien dans la configuration de certains rêves que dans la symptomatologie psychotique, est mise à l'épreuve dans la dialectique du miroir dont la fonction est de neutraliser la dispersion angoissante du corps au bénéfice de l'unité du corps propre.

Dans notre clinique, les gestes chirurgicaux ont porté atteinte à l'intégrité de l'unité corporelle, tout comme la chimiothérapie. Une des conséquences de ces atteintes du corps propre a été l'émergence de vécus de quasi-dépersonnalisation chez Éliette par exemple lorsqu'elle dit éprouver des difficultés de reconnaissance et de jugement lorsqu'elle se regarde dans le miroir, et par l'inadéquation de ses gestes. Tout se passe pour elle comme si son image antérieurement intériorisée ne correspondait pas/plus avec l'image visuelle, tactile, kinesthésique, qu'elle expérimente chaque jour désormais en se regardant, en se touchant et en bougeant son corps dans l'espace. Lorsqu'elle parle d'elle-même, on dirait qu'elle parle d'une autre femme. Ceci se traduit dans l'utilisation qu'elle peut faire des produits et du maquillage : nous imaginions qu'elle en avait une certaine connaissance, si ce n'est maîtrise et dextérité, étant donné son apparence toujours apprêtée. Cependant nous la trouvons maladroite, gauche, grossière dans les dosages, bien embêtée avec tous ces produits dont elle ne connaît ni l'intention de soin ni l'utilisation. Elle en met beaucoup : trop de crème, trop de fond de teint, trop de fard à paupières... puisqu'elle doit à plusieurs reprises en retirer l'excédent, estomper la couleur... avec l'aide d'Ariane qui la guide dans ses gestes, et les autres femmes qui lui donnent volontiers leur avis et leurs impressions.

L'identification primordiale que représente l'identification spéculaire constituerait la souche de toutes les autres identifications à venir. Celle-ci est réduite à deux termes, le corps de l'enfant et son image, elle est immédiate, « narcissique » disait S. Freud. Elle se caractérise par l'indistinction, la confusion du soi et de l'autre. En définitive, elle est aliénante, car le sujet-enfant n'a aucune distance vis-à-vis de son double (image du miroir ou enfant autre), il télescope son corps et celui de ses semblables ; ce dernier est traité comme un double.

J. Lacan qualifie cette identification d'imaginaire car l'enfant s'identifie à un double, à une image qui n'est pas lui-même, mais qui lui permet de se reconnaître. « Ce faisant l'enfant a

comblé un vide, une « béance » entre les deux termes du rapport : le corps et son image » (Fagès, 1997⁴⁷⁰, p. 16).

La relation au miroir est teintée de cette même agressivité que la relation avec les autres enfants, et ont des traits communs avec la relation première vis-à-vis de la mère. L'enfant, à l'origine, ne désire pas seulement être touché, allaité, soigné par la mère. Il désire être son tout ou plus exactement son complément : il désire tenir lieu de ce qui manque à sa mère : le phallus. Il se fait, pour ainsi dire, désir du désir de sa mère. Ici encore la relation est duelle et immédiate ; indistinction, identification narcissique, aliénation dominant. Nous pourrions ainsi dire que tous ces qualificatifs sont des traits caractéristiques de l'ordre imaginaire. L'enfant dépassera l'ordre imaginaire, c'est-à-dire l'assujettissement à la mère, par la rencontre avec la Loi du père dans le second temps de l'Œdipe. Puis il entrera dans l'ordre symbolique du langage par l'identification au père, comme détenteur du phallus, soit comme l'objet désiré par la mère, si tant est qu'elle reconnaisse le père comme détenteur de la Loi.

Enfin, dans la théorie lacanienne, tout ceci peut se réaliser grâce aux échanges de regards avec la personne en présence avec l'enfant dans l'expérience du miroir, qui met en parole, en langage, en mots ce qu'il se passe.

V.2.2.2.1.2 Le visage : un modèle du miroir intersubjectif

Le deuxième auteur qui nous sert d'appui important dans notre recherche à avoir travaillé autour d'une autre expérience de miroir est D.W. Winnicott (1971)⁴⁷¹. Ses travaux ont été publiés après ceux de J. Lacan (1949), mais l'expérience du miroir environnemental proposé de manière prototypique par le visage maternel qu'il décrit se met en place plus tôt dans le développement de l'enfant et permet de donner une autre perspective de lecture du stade du miroir. D'après D.W. Winnicott, quand un bébé regarde le visage de sa mère, il se voit lui-même car le visage de celle-ci transcrit en temps réel ce qu'elle perçoit de son bébé. Le visage maternel représente alors un véritable décodeur émotionnel pour le bébé, participant à la fabrication de ses autoreprésentations psychique et identitaire.

M. Sami-Ali (1977)⁴⁷² a décrit trois temps dans le processus de reconnaissance de soi à partir d'une critique des travaux de J. Lacan et à la lumière des apports de D.W. Winnicott : d'abord dans l'indifférenciation d'avec sa mère, le bébé s'identifie à elle dans un rapport de correspondance totale entre eux. Puis l'altérité est perçue entre le visage de sa mère et celui des

⁴⁷⁰ Fagès, J-B. (1997). *Comprendre Jacques Lacan*. Paris, France : Dunod.

⁴⁷¹ Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard, 1975.

⁴⁷² Sami-Ali, M. (1977). *Corps réel, corps imaginaire*. Paris, France : Dunod.

autres objets de l'environnement, ce qui favorise un écart et une première perception en premier lieu de sa propre différence par rapport à lui-même et ensuite par rapport à elle. Enfin, l'enfant reconnaît sa différence d'avec l'autre, ce qui correspond à sa propre reconnaissance de lui-même. M. Sami-Ali parle d'un processus de « désidentification du visage de la mère, suivie d'une identification à un autre visage qui est le sien propre » (Sami-Ali, 1977, p. 138).

La découverte et la reconnaissance d'une altérité irréductible d'avec l'objet va la créer également en soi. Tout le processus de construction identitaire va s'élaborer par la suite dans un mouvement de va-et-vient identificatoire/désidentificatoire entre soi et l'environnement, entre le soi perçu et le soi inconnu, pour créer une forme à la fois unifiée et différenciée, sorte de double visage en permanence à l'image du dieu Janus. Ceci a été mis en évidence par M. Horovitz (2015)⁴⁷³ :

« (...) le visage humain fait référence implicite au cœur de la personnalité comme miroir. (...) Je suggère que le visage humain est vécu comme soi-même mais aussi comme autre que soi : une unité duelle dans laquelle se créent dès l'origine des espaces de distinction et d'union ».
(Horovitz, 2015, p. 460)

Enfin, dans ses travaux récents sur l'informe, S. Le Poulichet (2003)⁴⁷⁴ réaffirme que pour qu'un visage puisse être considéré comme son propre visage par un sujet, il faut la présence d'un autre qui ait accompagné la reconnaissance de celui-ci comme tel :

« Le visage n'est pas une forme en elle-même arrêtée, il appelle autrui en sa présence étrangère et familière (même virtuellement) pour qu'ait lieu l'expérience du visage animée par la voix ».
(Le Poulichet, 2009/2003, p. 21).

Ceci réaffirme encore une fois le rôle majeur de l'environnement du sujet dans le processus de création de ses autoreprésentations, support de la construction identitaire. Cette auteure précise aussi l'importance de l'accompagnement symbolique permettant l'appropriation subjective de l'expérience du miroir et donc la constitution des processus « auto » ou réflexifs, comme vus précédemment avec les apports de R. Roussillon (2008c).

⁴⁷³ Horovitz, M. (2015). La vérité émotionnelle partagée, source de consolation, *Revue française de psychanalyse*, 2(79), 458-465.

⁴⁷⁴ Le Poulichet, S. (2003). *Psychanalyse de l'informe. Dépersonnalisations, addictions, traumatismes*. Paris, France : Flammarion, 2009.

V.2.2.2.2 *La mise à disposition du psychosoma des animatrices pour une médiatisation des reflets*

« Le reflet possède sa double valence, il peut aussi bien être facteur de réassurance narcissique, garant de notre identité, que porteur d'ombres plus inquiétantes et maléfiques ». (Parat, 2010⁴⁷⁵, p. 85).

H. Parat (2010) pointe ici du doigt l'importance de l'accompagnement que nécessite un sujet face à son reflet, qui plus est en situation de fragilité telle que le cancer la génère, qui peut tout à la fois avoir sur le sujet un effet rassurant, mais tout aussi déstabilisant.

Par ce terme de « mise à disposition du psychosoma », nous souhaitons insister sur la capacité d'accueil, de contenance et de partage tout autant psychique que corporelle que les animatrices proposent aux patientes, pour ensuite dans un second temps proposer des ajustements de postures, des aménagements gestuels et des transformations par la parole par exemple. Dans la continuité des travaux exposés précédemment, les animatrices vont tout d'abord avoir la fonction de « miroir soignant » par la nouvelle expérience du visage qu'elles vont pouvoir proposer aux femmes, couplée à l'accompagnement de redéfinition de l'image et de reconnaissance de soi, devant le miroir, par les perceptions internes et affectives, par l'accompagnement gestuel du toucher, entre autres. Il en a été ainsi de manière importante pour Iris, Anne, Christelle. Cette fonction « miroir soignant » relève d'un accompagnement verbal, psychique, mais aussi corporel : par des interventions directes d'Ariane avec son corps, sur celui des patientes, puis par la fine écoute que nous pouvions avoir chacune de notre corps au contact des patientes lors des ateliers.

Les travaux de C. Dejours et I. Gernet (2012)⁴⁷⁶ sur la psychopathologie du travail avaient révélé que les sujets au travail, notamment les soignants, tout autant touchés psychiquement qu'affectivement par les patients, mettent leur corps au service de leur travail d'accompagnement :

« Le corps, engagé dans la rencontre avec les objets techniques (machines, outils, instruments) tout autant qu'avec le corps et la subjectivité de l'autre est ici affecté, c'est-à-dire mobilisé au service du sens des gestes de travail ». (Dejours et Gernet, 2012, p. 38).

Les travaux de N. Dumet (2013b)⁴⁷⁷ avaient déjà contribué à inciter les cliniciens à s'intéresser aux manifestations de leur propre corps lors des rencontres avec les patients car

⁴⁷⁵ Parat, H. (2010). La prune de ses yeux : le visage a-t-il un sexe ?. Dans J. André, S. Dreyfus-Asséo et A-C. Taylor (dir.), *Psyché, visage et masques* (p. 77-92). Paris, France : PUF.

⁴⁷⁶ Dejours, C. et Gernet, I. (2012). *Psychopathologie du travail*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

⁴⁷⁷ Dumet, N. (2013b). Corps et contre-transfert. Le psychosoma du clinicien. Dans S. Kirsch et J. Van Wylsberghe (dir.), *Les théâtres de Joyce McDougall* (p. 169-193). Toulouse, France : Erès.

elles pouvaient se montrer révélatrices des enjeux relationnels et transféro-contre-transférentiels de ceux-ci :

« L'éprouvé physique, voire l'expression somatique du clinicien en séance témoignent alors de la nature du lien et des enjeux psychiques réactualisés dans l'espace thérapeutique ou transféro-contre-transférentiel entre les protagonistes de celui-ci. Le psychosoma ainsi redéfini est ce qui rend possible l'accordage entre patient et thérapeute, un accordage fondamentalement psychique et somatique ».
(Dumet, 2013b, p. 193).

Certains auteurs ont aussi parlé de la dimension corporelle du transfert qui nous paraît éminemment importante dans notre Dispositif de soins psychocorporels. D. Fessaguet (2013)⁴⁷⁸ emploie le terme de « Contre-transfert corporel » qui se définit comme :

« (...) le lent travail d'accueil corporel de l'analyste, le travail de contenance, l'enveloppe neutre du regard permettant un miroir des états du corps de la patiente, va permettre la transformation et la mutation que la « fonction alpha corporelle » propose ».
(Fessaguet, 2013, p. 73).

Comme le propose de son côté A. Brun (2013)⁴⁷⁹ dans la clinique des patients relevant de pathologies narcissiques identitaires, nous avons pu voir émerger dans les ateliers des « phénomènes d'intercorporéité » (Brun, 2013, p. 184), c'est-à-dire, de phénomènes transférentiels qui circulent entre les corps des membres du groupe, qui prennent pour scène le corps des thérapeutes en place ou en plus de la scène psychique.

Dans nos ateliers, Ariane met en mouvement et en scène son corps. Elle reste debout durant toute la durée des ateliers, se déplace dans l'espace pour s'approcher de chacune des participantes, elle les touche, les masse. Elle a été amenée à prendre Anne dans ses bras, mettant ainsi clairement en scène sa disponibilité et capacité d'accueil et de contenance psychique et corporelle. Elle vient prêter main forte aux patientes dans la mise en œuvre des soins et du maquillage. En ce qui me concerne, je suis peu amenée à mettre mon corps en mouvement. Je le fais, au même moment que les autres participantes, lorsqu'une femme s'installe devant le grand miroir, lors de la détermination du profil colorimétrique ou de la forme de son visage par exemple, afin de pouvoir percevoir son reflet. Je me place derrière la dyade constituée par Ariane et la femme, comme « objet d'arrière-plan » (Grotstein, 1981⁴⁸⁰). Selon G. Haag (1990)⁴⁸¹, l'intériorisation de cet objet d'arrière-plan grâce aux expériences de tenue dos,

⁴⁷⁸ Fessaguet, D. (2013). Résonances corporelles. *Champ psy*, 1(63), 65-74.

⁴⁷⁹ Brun, A. (2013). Spécificité du transfert dans les médiations thérapeutiques. Dans A. Brun, B. Chouvier et R. Roussillon (dir.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (p. 159-187). Paris, France : Dunod.

⁴⁸⁰ Grotstein, J. (1981). Primal Splitting, the Background Object of Primary Identification and other self-objects. Dans *Splitting and Projective Identification* (p. 77-89). New York, Etats-Unis : Jason Aronson..

⁴⁸¹ Haag, G. (1990). Identifications corporelles et in-corporation des liens. *Corps et Liens*, actes du colloque GEPC, Université de Provence, 9-20.

constitue une identification intracorporelle, c'est-à-dire que les représentations de soi prennent appui sur les perceptions du corps propre et du corps maternel, qui participe au processus d'appropriation du corps, avec l'enveloppement tactile et les sensations orales et le regard. Les autres participantes peuvent aussi prendre cette place dans l'espace, certaines comme Joséphine ou Iris disent préférer regarder en direct la dyade, ne pas vouloir passer par l'intermédiaire du reflet du miroir pour les observer. D'autres encore se désintéressent de ce moment comme Mathilde. Claire participe, mais elle semble complètement prise dans ses propres représentations. Cela signifierait pour elles que le reflet du miroir pourrait d'ores et déjà insinuer une déformation perceptive, ou encore une mise en suspens de leur propre problématique identitaire mise en crise par le cancer pour mettre à disposition de l'autre ses capacités réflexives.

J. De Ajuriaguerra (2010)⁴⁸² a introduit quant à lui le dialogue tonique comme l'autre incarné dans le corps, « Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre [...], c'est avec l'autre qu'il se voit et se construit » (Ajuriaguerra, 2010, p. 128). Ces travaux nous rappellent ceux de A. Bullinger (2013)⁴⁸³, que nous avons découvert dans notre pratique en service de néonatalogie, sur les soins au développement⁴⁸⁴ s'appuient également sur cette notion de dialogue intersubjectif et intercorporel pourrait-on dire. A. Bullinger explique que le corps n'existe pas en soi, qu'il s'agit d'une représentation ou plutôt d'un ensemble de représentations qui se construit en appui sur un dialogue émotionnel avec l'environnement et sur la mise en narration des expériences du bébé par ce dernier. Cependant, ne pourrions-nous pas penser que le soma quant à lui existerait en soi, nous évoquant le réel du corps dont parle A. Lehmann (2014)⁴⁸⁵, et qui menacerait sans cesse le corps de « renverser » son processus de libidinalisation (subversion libidinale) par celui de la subversion biologique dont parle J-M. Talpin (2012)⁴⁸⁶, p. 137) dans une étude du personnage Nathan Zuckerman, héros du roman « Exit le fantôme », vieillissant mais également atteint d'une pathologie cancéreuse.

M. Chauvet (2015)⁴⁸⁷, qui s'appuie sur les travaux de A. Bullinger, exprime l'idée que la construction d'une image du corps stable, c'est-à-dire le sentiment pour un sujet d'« habiter son organisme », se réalise grâce au dialogue tonique, à l'engagement du corps dans l'espace et à

⁴⁸² Ajuriaguerra, J. (2010). *Ontogenèse des postures, moi et l'autre*. Paris, France : Éditions du Papyrus.

⁴⁸³ Bullinger, A. (2013). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*. Toulouse, France : Erès.

⁴⁸⁴ Les soins au développement permettent aux professionnels d'adapter les soins prodigués aux bébés prématurés en prenant en compte les contraintes hospitalières dans le but de respecter le plus possible leurs besoins pour favoriser leur développement psychocorporel.

⁴⁸⁵ Lehmann, A. (dir.). (2014). *L'atteinte du corps. Une psychanalyste en cancérologie*. Toulouse, France : Erès.

⁴⁸⁶ Talpin, J-M. (2012). La sexualité, entre renoncement et idéalisation. *Gérontologie et société*, 35(140), 131-144.

⁴⁸⁷ Chauvet, M. (2015). Habiter son organisme pour en faire un corps !. Dans D. Chaulet et B. Guettier (dir.), *Corps, geste et langage* (p. 83-93). Toulouse, France : Erès.

la parole. Celle-ci travaille avec des enfants. Cependant il nous semble que nous pourrions tout à fait retrouver des processus similaires avec des adolescents dont l'image du corps est en remaniement, ou avec des adultes comme nos patientes pour qui celle-ci a été perturbée par une expérience de maladie grave par exemple, et mise à mal sinon en perte de lieu d'habitation psychosomatique. Nous percevons alors bien le rôle majeur de l'accompagnement des animatrices dans le travail de reconstruction de représentation de soi que nous proposons aux patientes. Dans la clinique de la petite enfance, R. Roussillon (2010)⁴⁸⁸ parle du partage esthétique. Il s'agit du partage sensori-moteur opérant par le biais de micro-échanges et d'ajustements mimo-gestuo-posturaux entre le bébé et sa mère, et qui donne une valeur messagère à l'éprouver corporel du bébé et donc un statut de signifiant psychique, de représentation de soi ou de moments de soi. Le partage esthétique produit donc dans l'intersubjectivité la mise en route du processus de décollement des peaux, de différenciation d'avec l'objet primaire et initie la capacité de se représenter soi-même. Le type de partage affectivo-sensori-moteur dans nos groupes, et le souci permanent d'Ariane d'ajuster ses propositions mimo-gestuo-posturales participent à la proposition d'une nouvelle forme de partage esthétique, support permettant de repasser sur les traces autoreprésentatives anciennes et d'en créer de nouvelles.

V.2.2.2.3 Le miroir proposé par le groupe

Dans cette partie, par l'utilisation du terme groupe, nous entendons parler de la fonction miroir que vont revêtir les paires, les unes par rapport aux autres. Sont-elles investies comme des objets-doubles, des objets identiques ou différenciés, qui offrent un reflet total et fidèle, ou plutôt parcellaire et déformé ?

V.2.2.2.3.1 Les autres patientes, des doubles

Comme nous l'avons déjà mis en évidence dans le chapitre précédent, la fonction de « mirroring » dans les groupes, décrite par S.H. Foulkes (1964)⁴⁸⁹, permet de reconnaître chez les autres membres du groupe les aspects non perçus et projetés de son propre fonctionnement, de sa propre apparence, de son propre corps. Cette fonction sert à nommer les effets miroir diffractés qui existent entre les membres d'un groupe. Chaque femme pourrait alors constituer

⁴⁸⁸ Roussillon, R. (2010). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». Dans B. Golse et R. Roussillon, *La naissance de l'objet* (p. 31-64). Paris, France : PUF.

⁴⁸⁹ Foulkes, S.H. (1964). *Psychothérapie et analyse de groupe*. Paris, France : Payot, 1970.

un double potentiel pour les autres par un jeu d'identifications croisées, allant du double le plus ressemblant avec la figure emblématique du jumeau, au double qui porterait les parties rejetées mais quand même bien constitutives de soi. Dans la scène de maquillage du groupe n° 1 par exemple, nous pouvons voir qu'Anne devient rapidement la figure de la femme de qui Jeanne se moque pour son manque de compétence cosmétique, pour ses attitudes infantiles, pour son inexpérience. Lorsqu'Anne y réagit, Jeanne peut avoir une attitude réparatrice, sans doute parce qu'Anne porte alors à la conscience de Jeanne ses attaques agressives. On pourrait dire qu'Anne prend la figure du double qui porte les parts éjectées de Jeanne qu'elle peut aisément agresser ainsi. A l'inverse, dans le groupe n° 2, lorsque Gabrielle et Marilène renvoient à Marielle qu'elle est celle qui semble avoir été le moins impactée par l'expérience du cancer, celle-ci prend la figure du double envié, idéalisé, porteur d'espoir pour chacune.

H. Chapellière (2010)⁴⁹⁰ va plus loin encore et dit que c'est le groupe lui-même, et plus les membres entre eux, qui devient le double du sujet :

« À un certain moment du processus groupal, le groupe est le double... Ce groupe qui, grâce à la multiplicité des croisements projectifs et identificatoires, a la particularité d'offrir aux patients une scène où peuvent se déployer toutes les parties de soi-même. N'aurait-il pas par ailleurs comme vertu la remise en circulation et l'élaboration des liens les plus primitifs, redistribuant les cartes du maternel, du paternel et du fraternel ?... ».

(Chapellière, 2010, p. 92).

Celui-ci confond ainsi les effets transférentiels produits entre les pairs, avec les thérapeutes, avec la réalité spatio-temporelle dans laquelle se déroule les groupes, à partir du et sur le cadre, ainsi que les objets médiateurs.

Quoiqu'il en soit, depuis le développement de la théorie lacanienne qui insistait sur le rôle déterminant de la médiatisation de la phase du miroir par un autre, il semble inhérent dans les processus groupaux que les sujets recherchent et s'appuient sur les pairs pour pouvoir subjectiver leurs expériences de vie. Dans un ouvrage destiné à rendre accessible au plus grand nombre la pensée lacanienne, J-B. Fagès (1997)⁴⁹¹ disait :

« L'imagen du corps propre se donne comme indissociable de l'imagen du semblable dans le reflet duquel le sujet ne cesse tout au long de sa vie de chercher le lieu, le sens et la cause de ce qu'il éprouve dans sa chair ».

(Fagès, 1997, p. 18).

⁴⁹⁰ Chapellière, H. (2010). Le double et le groupe, *Dialogue*, 3(189), 79-93.

⁴⁹¹ Fagès, J-B. (1997). *Comprendre Jacques Lacan*. Paris, France : Dunod.

V.2.2.2.3.2 Les fonctions phoriques assignées dans les groupes

Dans un article consacré à la médiation du Photolangage®, C. Vacheret (2010b)⁴⁹² reprend l'hypothèse que formule R. Kaës concernant l'appareil psychique groupal qui « articule le sujet et le groupe en concevant des productions communes et organisatrices de la vie psychique de l'un et de l'autre intrinsèquement et conjointement ». (Vacheret, 2010b, p. 39). L'étude des fonctions intermédiaires comme les fonctions phoriques (Kaës, 1999⁴⁹³, p. 104) accomplies par certains sujets et/ou qui leur sont assignées dans le lien groupal est intéressante pour comprendre les modalités de passage entre espace psychique subjectif et espace psychique groupal. Nous proposons également en suivant la logique du transfert par dépôt, qu'elles puissent être révélatrices pour les participantes de motions pulsionnelles qui les habitent mais qui restaient inexprimées, et qui seraient portées par une autre le temps du groupe.

Cette notion de fonction phorique est très intéressante dans notre clinique car elle permettrait de mettre en lumière et faire émerger différents aspects et enjeux en train de se symboliser dans la psyché de ces femmes atteintes de cancer et participant à ce groupe à médiation.

R. Roussillon (2011a)⁴⁹⁴ utilise lui aussi le terme de fonction phorique comme l'une des trois fonctions mises en œuvre dans les dispositifs groupaux à médiation pour étayer le processus de métabolisation des expériences en souffrance chez les sujets. Les deux autres sont la fonction sémaphorique servant à mettre en signe et la fonction métaphorique servant à mettre du sens. Pour proposer des groupes à médiation dits thérapeutiques, il s'agirait donc d'accueillir les enjeux déposés transférentiellement dans le groupe, pour ensuite pouvoir en proposer une mise en signes, puis une mise en sens. Les éléments contre-transférentiels partagés durant le temps de débriefing avec la socio-esthéticienne juste après la séance sont des indicateurs des enjeux transférentiels déposés par les patientes. Parfois, il a été difficile de se parler tout de suite : pas envie, insatisfaites, sidérées, saturées, fatiguées, énervées, excitées avec des fous rires et des moqueries liées à des incompréhensions dans le discours ou le comportement des patientes ... Mais en ayant en tête que tout ceci venait bien nous parler de l'ambiance du groupe, des contenus, des affects ayant été déposés durant l'atelier et auxquels nous réagissions. Au regard de ces éléments que nous venons de présenter, nous pouvons identifier trois fonctions phoriques assignées à chacune des patientes, qui articulent bien l'expression d'une souffrance, d'une défense dominante dans l'expression individuelle, mais aussi qui la porte au service du groupe, c'est-à-dire que chaque membre du groupe viendrait loger à son insu par le mécanisme

⁴⁹² Vacheret, C. (2010b). Le photolangage, une médiation thérapeutique. Un bref historique des théories groupales. *Le carnet PSY*, 1(141), 39-42.

⁴⁹³ Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF.

⁴⁹⁴ Roussillon, R. (2011a). Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 21-35). Toulouse, France : Erès.

du transfert par dépôt chez un porte-parole un contenu inélaborable dans l'espoir de le traiter. Ces fonctions phoriques, déjà identifiées dès le premier groupe se sont confirmées au fur et à mesure de l'avancée de la recherche, quel que soit finalement le nombre de participantes au groupe. Nous faisons alors l'hypothèse qu'il s'agirait pour les patientes de trois moments-clés réactivés ici dans le groupe et traversés durant l'expérience cancéreuse, sans ordre prédéfini, lors du parcours de soin.

Nous avons repéré et défini les fonctions phoriques suivantes :

- 1- Le porte-cancer, le porte-désespoir, le porte-trauma qui contient et dépose chez les autres une bombe émotionnelle, qui fait émerger chez au moins un autre un moment d'expression de crise dans le groupe ; autrement dit le porte-mort, le porte-dépression, enfermé, englué dans un état d'angoisse intense, de dépression, que nous nommons dans notre clinique : l'oncothanatophore. Il s'agit d'un néologisme formé à partir des mots « oncologie » et « thanatophore » emprunté à E. Diet (1996)⁴⁹⁵. Ce dernier en donne la définition suivante :

« Zélé missionnaire de la pulsion de mort, le thanatophore détruit pour éviter de penser et de souffrir, de penser sa souffrance et de supporter la souffrance de cette pensée. (...) C'est parce qu'un sujet ne peut accomplir les réaménagements pulsionnels et fantasmatiques exigés par la situation qu'il devient – ou se révèle – thanatophore ». (Diet, 1996, p. 129).

L'emploi du nom « oncothanatophore » permet d'insister sur le fait que c'est la situation du cancer qui provoque l'émergence ou révèle chez les sujets cette destructivité.

Les patientes qui semblent avoir le plus porté cette fonction sont Marilène et Maggie. Marilène s'est montrée très vite complètement débordante d'angoisses. Ceci se manifestait par un débit de parole important, envahissant, rapportant sans arrêt des mauvaises expériences, les siennes ou celles de ses proches, enfermée dans une temporalité qui n'arrive plus à se déployer. Les membres du groupe n° 2 ont d'ailleurs régulièrement accueilli ce mouvement mortifère, mais ont pu aussi manifester du rejet, comme si le niveau pour supporter Thanatos était atteint. Maggie n'est venue qu'une fois en atelier, mais elle semble avoir déposé dans le groupe des éléments qui ont pu faire l'effet d'une bombe émotionnelle en résonance chez Claire notamment qui y a réagi par de la colère. Chez Ella, cela a plutôt eu l'effet d'une sidération dans ses capacités d'expression dans le groupe.

⁴⁹⁵ Diet, E. (1996). Le thanatophore. Travail de la mort et destructivité dans les institutions. Dans R. Kaës (dir.), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels* (p. 121-159). Paris, France : Dunod.

- 2- Le porte-espoir, qui tente sans arrêt de soutenir l'oncothanatophore en vain. Nous percevons bien également le mouvement contra-dépressif de cette posture. En effet, il se retrouve à exprimer par moments également tout son désespoir ressenti jadis, mais encore aujourd'hui, notamment quand il se retrouve démuni face à des vécus forts chez les autres.

Myrta et Janie semblent avoir majoritairement porté la fonction d'espoir. Myrta a insufflé dans le groupe n° 1 un mouvement de soutien d'abord adressé à Anne, puis qui prenait sens pour chacune. Pour ce qui concerne Janie, nous n'avons pas repéré particulièrement des éléments précis avec d'autres femmes de son groupe. Il s'agit plutôt d'un ressenti global, partagé à plusieurs reprises avec Ariane, sur l'attitude toujours souriante, participative, toujours partante et ouverte à se connaître et à se comprendre. Elle s'est révélée très coopérative et gratifiante, comme elle l'était finalement dans sa famille d'origine et actuelle.

- 3- Le porte-détresse infantile, le porte-colère, qui exprime des angoisses très archaïques de mort psychique, des agonies primitives, des terreurs sans nom, de manière hémorragique, avec une impression qu'il ne peut pas y avoir de fond et de fin dans cette expression.

Claire et Blanche sont les figures emblématiques qui ont endossé cette fonction dans le dispositif. Claire avait déjà montré durant l'entretien préliminaire qui a eu lieu au cours de l'hospitalisation en service de chirurgie devoir faire face à une recrudescence d'angoisses. Nous avons eu du mal à terminer l'entretien, ayant toujours l'impression de devoir conclure après l'émergence d'un autre affect pouvant la tranquilliser mais qui n'était jamais venu. Durant les ateliers, nous pouvions sentir qu'elle était prise dans ce même mouvement que rien ne semblait pouvoir calmer. Ses questions ne pouvaient que demeurer sans réponse convenables pour elle. Sous un abord moins visible, l'atelier Soins du Visage a réuni les conditions pour que Blanche laisse exprimer de véritables terreurs infantiles à partir de vécus cutanés insupportables. Elle avait déjà parlé de sa relation insatisfaisante avec son objet maternel. Cet atelier propose un moyen de reviviscence de la colère éprouvée contre l'objet décrit comme intouchable, et qui avait sans doute fait retour sur Blanche, faute d'avoir pu atteindre le destinataire initial, être entendue par lui.

Le groupe n° 6 et le groupe n° 7 n'auront jamais été complets et pourtant nous avons pu y identifier ces fonctions phoriques. Il est à remarquer que finalement, les participantes ne portent pas toujours la même fonction phorique, cela peut évoluer au fil des ateliers, nous renseignant finalement sur les différentes caractéristiques de la personnalité des patientes atteintes d'un cancer féminin et participant à ce type d'atelier, comme le type d'angoisse

dominant par exemple. L'angoisse d'abandon est souvent retrouvée. Les femmes les expriment de manière différente selon leur histoire : certaines adhèrent au fonctionnement du groupe : mieux vaut vivre des expériences avec les autres même si cela fait risquer de vivre l'abandon de manière répétée au moment des séparations ; d'autres fuient le groupe de manière active préférant ne pas tisser de liens avec les autres plutôt que de se confronter à nouveau au risque de vivre l'abandon dans la séparation.

V.2.2.3 LES AFFECTS : CIRCULATION ET PARTAGE DANS LES GROUPES

Les échanges lors de certains entretiens, d'inclusion ou post-ateliers, mais aussi l'attitude de certaines patientes en atelier que nous avons qualifiée dans le chapitre précédent « d'observation, en retrait », nous évoque l'instauration d'une « relation blanche » telle que décrite par P. Marty et M. De M'Uzan (1963)⁴⁹⁶ avec des patients somatisants qui ont recours à la pensée opératoire. Dans notre clinique, les effets contre-transférentiels de ce type de relation sont : une crainte de l'ennui avec une attitude plus active de ma part pour amener les patientes à se raconter, la conviction de devoir leur laisser du temps mais aussi l'impression que le temps d'entretien est infini, le sentiment d'être dépourvue de mes capacités associatives à leur écoute, d'être incompetente et impuissante à pouvoir les soutenir psychiquement, un vécu d'extrême solitude dans l'hôpital, sans nul doute à l'image du leur dans cette expérience du cancer tellement leur univers relationnel semble sec. Sur le plan affectif, tout ceci évoque le concept d'alexithymie qui désigne et se définit par : « l'absence de mots pour les émotions. Il s'accompagne d'une limitation de la vie imaginaire, d'une pensée à contenu pragmatique, d'un recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions » (Corcos et Pirlot, 2012, https://www.spp.asso.fr/publication_cdl/quest-ce-que-lalexithymie/)⁴⁹⁷. Rappelons-nous des patientes que nous avons tendance à oublier par leur attitude de retrait ou d'effacement dans le groupe comme Émilie, Gabrielle. Ou encore des réponses de certaines aux questionnaires d'évaluation des ateliers qui portaient uniquement sur la critique de la forme et/ou du contenu factuel des apports esthétiques de l'atelier. S. Savvopoulos (2014)⁴⁹⁸ évoque dans un article la mise en place du processus défensif de l'hallucination négative chez le patient atteint de cancer qui peut tout autant concerner les représentations, les sensations corporelles que les affects. Ce processus fait alors émerger un blanc, un silence, une absence d'éléments partageables

⁴⁹⁶ Marty, P. et De M'Uzan, M. (1963b). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, (27), 345-356.

⁴⁹⁷ Corcos, M. et Pirlot, G. (2012). Qu'est-ce que l'alexithymie ?, définition proposée par le site internet de la Société Psychanalytique de Paris : https://www.spp.asso.fr/publication_cdl/quest-ce-que-lalexithymie/.

⁴⁹⁸ Savvopoulos, S. (2014). La négativité des affects dans la clinique des patients cancéreux. *Revue française de psychosomatique*, 1(45), 129-142.

directement dans la relation de soin, tout du moins en apparence. En effet, à porter attention aux éléments qui se déploient dans la dynamique transféro-contre-transférentielle et intertransférentielle, nous pouvons alors constater toute la richesse affective qui anime les patients, associée au cancer dans la vie actuelle mais aussi à des traumatismes passés, qu'ils font vivre au(x) thérapeute(s) :

« (...) le cancéreux, pendant des périodes de fragilité, peut observer à l'égard de son moi désorganisé un silence psychique. Cependant, dans l'espace transférentiel, l'analyste pourrait éprouver, à la place du patient, des affects lesquels procèdent de l'expérience traumatique du cancer qui se télescope à des expériences précoces clivées du moi pendant l'enfance. Il semble que ces affects à l'occasion du traumatisme du cancer peuvent revenir sur scène où les rôles sont habituellement renversés. Le sujet fera vivre à l'analyste ce qu'il a subi passivement comme enfant, en se chargeant du rôle de son objet-agresseur ».

(Savvopoulos, 2014, p. 131).

Finalement la prédominance de sa situation médicale dans le discours du patient n'est qu'illusoire et provoquée par l'hallucination négative de la détresse générée et de la souffrance infantile réactualisée. Le processus transférentiel peut se révéler ainsi très violent. C'est d'ailleurs bien ceci qui nous a conduit à penser la création d'un Dispositif à médiation groupal, qui tout en étant aussi opérant permet de diffracter la charge affective sur le groupe et sur le médium malléable (Brun, 2011⁴⁹⁹). Lorsque nous avons éprouvé ce type de vécu à l'entretien préliminaire, nous mettions beaucoup d'espoir à ce que les effets du groupe et de la médiation puissent d'une part proposer une enveloppe suffisamment contenant et pare-excitatrice pour favoriser la relance des processus de symbolisation en appui sur les voies sensorielle et corporelle. Autrement dit, nous comptions sur le groupe pour proposer aux femmes d'éprouver de nouveau une « structure encadrante des soins (je rajoute "de type") maternels » (Green, 1974⁵⁰⁰) leur permettant de retrouver ou de se (re)créer un espace interne contenant, de se (re)tisser des enveloppes psychiques plus sécures visant à permettre une relation et un soutien à l'élaboration psychique. D'autre part, le groupe favorise la diffraction du transfert (Kaës, 1976⁵⁰¹) par la multiplicité des objets d'adresse possibles, ce qui rend plus supportable les charges affectives circulantes et permet aux thérapeutes de prendre un peu de distance vis-à-vis d'eux pour en proposer un travail d'analyse.

⁴⁹⁹ Brun, A. (dir.). (2011). *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse, France : Erès.

⁵⁰⁰ Green, A. (1974). L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique : à propos des changements dans la pratique et l'expérience analytiques. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 10, 225-258.

⁵⁰¹ Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris, France : Dunod, 2010.

V.2.2.3.1 *L'affect en psychanalyse*

Dans la théorie freudienne, l'affect est un des deux indicateurs de la pulsion, l'autre étant la représentation. Au début de ses travaux, S. Freud (1895)⁵⁰² parle plus de la dimension économique de l'affect avec le développement de la notion de quantum d'affect. Il considère l'affect comme le « rejeton » de la pulsion, différencié de la représentation par son origine éminemment corporelle, reste irréductible de la pulsion en quête de forme selon A. Green (1973)⁵⁰³. L'affect est à la fois le processus de décharge excitationnelle et ce qui définit l'œuvre de la pulsion chez le sujet, en plus d'être rattachée à un système de représentations.

R. Roussillon (1995)⁵⁰⁴ rappelle les quatre formes distinctes de l'affect que S. Freud avait mis en évidence, et qui montre l'évolution de celui-ci, de sa forme la plus corporelle et quantitative étant la sensation, en passant par la passion, l'émotion, pour en arriver à sa forme la plus intégrée psychiquement et qualitative qui est le sentiment. A. Green, définit l'affect comme ce qui permet au Moi de s'éprouver à travers des états qu'il ressent et dans sa relation au corps. L'affect peut être accepté ou refusé par le Moi. (Green, 1993⁵⁰⁵). Et selon lui, on ne peut parler d'affect que s'il y a un Moi pour l'éprouver, le sien ou celui d'un ou plusieurs autres, en situation groupale pourrions-nous poursuivre. En effet, un affect est un éprouvé qui informe le moi sur son état, en même temps qu'il en informe l'objet. Il permet l'empathie et le partage avec d'autres objets. L'affect est à la fois à la source de l'intersubjectivité et est un effet du processus d'intersubjectivité. A. Green (1973) distingue les affects originaires liés au corps de la mère et les affects secondaires liés à la Loi du père.

R. Roussillon (2010)⁵⁰⁶ rajoute que l'affect n'existe en tant que tel pour un sujet uniquement parce qu'il lui déjà été réfléchi et signifié par l'objet primaire. Il a d'ailleurs montré les effets perturbateurs des troubles dans le maternage pour les sujets sur leurs processus de composition de l'affect.

G. Pirlot (2010)⁵⁰⁷ rappelle que les patients somatisants semblent toujours éprouver la forme corporelle de l'affect, qui se manifeste par des réactions somatiques par exemple, et qui laisse place à un blanc de réactions affectives psychisées dans la relation intersubjective.

⁵⁰² Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. Toulouse, France : Erès, 2011.

⁵⁰³ Green, A. (1973). *Le Discours vivant*. Paris, France : PUF, 2004.

Cet ouvrage sera encore cité par la suite.

⁵⁰⁴ Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la transitionnalité. *Bulletin de la société psychanalytique de Paris*, (35), 1-144.

⁵⁰⁵ Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris, France : Éditions de Minuit.

⁵⁰⁶ Roussillon, R. (2010). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». Dans B. Golse et R. Roussillon, *La naissance de l'objet* (p. 31-64). Paris, France : PUF.

⁵⁰⁷ Pirlot, G. (2010). *La psychosomatique. Entre psychanalyse et biologie*. Paris, France : Armand Colin.

L'hypothèse qui a émergé à partir de notre clinique et qui sous-tend cette partie d'étude spécifique sur la dimension affective est donc la suivante :

Ce Dispositif mobiliserait plus particulièrement les affects d'angoisse, de colère et de honte chez les femmes atteintes de cancer et en favoriserait l'expression et le partage.

L'expérience de partage et contenance / transformation de ces vécus spécifiques par et dans le groupe en favoriserait la reconnaissance et la symbolisation chez le sujet.

En effet dans le contexte d'annonce puis de soins du cancer, certaines femmes se retrouvent plus ou moins temporairement confrontées à une panne de leurs processus réflexifs qui s'appuient majoritairement sur le dialogue affectif. Ceci les met alors en difficulté pour s'approprier subjectivement l'expérience malade ; d'autres seraient amenées à neutraliser, geler, réprimer, excorporer leurs affects, c'est à dire les déconnecter de leur corps, avec le risque collatéral de ne plus être en lien du tout avec leurs éprouvés, même avec ceux qui pourraient les apaiser, restaurer leur narcissisme blessé récemment. Ce procédé défensif les coupe aussi bien évidemment d'avec des vécus déjà en souffrance avant l'annonce de la pathologie cancéreuse, comme chez tout un chacun. Le partage affectif dans le groupe permettrait l'expression de ses affects déposés dans le groupe et travaillés par l'analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle, afin qu'ils deviennent organisateurs psychiquement et plus désorganisés. Ils se repèrent dans les groupes et chez les animatrices, lorsque les patientes qui partent les répriment, et sont élaborés également dans l'intertransfert.

Nous pensons alors à ce que J. Jung (2015)⁵⁰⁸ nomme l'affect identitaire :

« L'affect identitaire, dont l'inquiétante étrangeté représente une des principales formes cliniques, désignerait alors cette catégorie spécifique d'affects engagée dans le travail d'autoreprésentation de la psyché ».
(Jung, 2015, p. 40).

Le vécu d'inquiétante étrangeté selon J. Jung renseigne le sujet du fait qu'il est en train de vivre un trouble identitaire qui perturbe à la fois son rapport à lui-même et son rapport aux autres. En même temps, éprouver ce trouble permettrait au sujet d'amorcer un travail psychique de relation. La honte ferait aussi partie des méta-affects de son point de vue, c'est-à-dire générant des signaux qui permettent d'établir une réflexivité subjectivante, de soi à soi. Dans notre dispositif, les affects d'angoisse, de colère et de honte seraient destinés à prendre valeur de signaux et à participer aux processus de réflexivité, mais seulement après avoir été vécus, après avoir circulé dans le groupe, après avoir été partagés et enfin reconnus par les patientes.

⁵⁰⁸ Jung, J. (2015). *Le sujet et son double. La construction transitionnelle de l'identité*. Paris, France : Dunod.

La dimension du partage affectif et émotionnel a été fréquemment étudiée par les auteurs dans la clinique périnatale et infantile tant elle paraît aujourd'hui fondamentale dans la construction et le développement des capacités de réflexivité psychique chez le sujet.

R.N. Emde (1999)⁵⁰⁹ évoque le concept de conscience réflexive en psychologie du développement. Un enfant de 18 mois se montre déjà capable d'être touché et d'aller vers un autre enfant en détresse pour le consoler et pour l'aider, en s'appuyant et en mettant en œuvre ses propres expériences répétées de partage affectif (Parat, 1995)⁵¹⁰.

A. Ciccone (2006)⁵¹¹ propose de définir le partage affectif comme un paradigme de construction et de développement normal de la vie psychique qui est aussi un paradigme du processus analytique :

« La position clinique, psychanalytique et ses effets de soin, supposent une implication, un accordage, un ajustement (se mettre au plus juste et renvoyer le plus juste de l'expérience subjective, affective, émotionnelle de l'autre), qui conduit à un partage suffisant (pas trop mais suffisant) de l'expérience subjective pour produire une compréhension (pas une explication mais une compréhension) ». (Ciccone, 2006, p. 34).

Il poursuit en disant que le processus de subjectivation ne peut se déployer que dans des aires intersubjectives d'expériences, notamment d'expériences de partage affectif répétées dans une certaine forme de rythmicité afin de permettre au bébé comme au patient d'accéder à et d'accepter une position dépressive. L'intersubjectivité est alors définie comme l'aire qui sépare deux individus et qui les unit en même temps. Nous serons amenée à réévoquer cette notion de partage affectif ultérieurement dans la partie suivante qui traite de l'homosexualité.

Nous avons constaté dans le groupe n° 9 auprès de Christelle que le partage affectif pouvait prendre une forme particulière : nous l'avons nommé partage affectif "par ricochets". En effet, lors de l'atelier Soins du visage, je me sens rapidement exclue de l'atelier lorsque Ariane propose à Christelle de réaliser quelques soins sur son visage. J'ai l'impression de devoir assister à l'instauration de cette relation dyadique entre Christelle et Ariane, de n'avoir à aucun moment l'espace de pouvoir entrer en communication avec l'une d'elles et d'être contrainte à les observer. Cependant cela m'est difficile corporellement : je bouge, je bâille, je m'étire, et psychiquement : je m'évade par la fenêtre, je pense à l'après-atelier qui me projette loin de cette pièce. L'attention d'Ariane était habituellement saisissable par le regard, mais pas cette fois-ci.

⁵⁰⁹ Emde, R. N. (1999). Une progression : les influences intégratrices des processus affectifs sur le développement et en psychanalyse. *Revue française de Psychanalyse*, 73(1), 189-216.

⁵¹⁰ Parat, C. (1995). *L'affect partagé*. Paris, France : PUF.

⁵¹¹ Ciccone, A. (2006). Partage d'expériences et rythmicité dans le travail de subjectivation. *Le carnet Psy*, 5(109), 29-34.

Par la suite, Christelle montre se sentir affectée par le travail exigé dans l'atelier, ce qui touche Ariane. Je perçois un trouble dans sa manière de porter regard sur Christelle, ce qui enfin me touche également. Je ne suis pas émue en première intention par Christelle qui me paraît tellement inaccessible dans cet atelier. C'est bien par l'intermédiaire d'Ariane que je me sens affectée aussi de ce qui anime Christelle.

Une des formes de réticence énoncée par les femmes à s'inscrire dans un dispositif groupal composé uniquement de patientes était la crainte de se sentir contaminée par les affects des autres, comme si ceux-ci pouvaient avoir un effet destructeur sur leur économie psychosomatique déjà bien perturbée. Ceci pourrait nous renseigner sur le défaut, ou plutôt l'inopérationalité du partage affectif primaire et familial chez ces femmes. Celui-ci ne pourrait pas constituer pour elle une ressource et un soutien pour l'élaboration de l'expérience du cancer, mais plutôt une menace de confusion menant en toile de fond à l'aggravation de leurs symptômes somatiques et in fine à la mort.

V.2.2.3.2 Le déferlement des angoisses

Le terme de déferlement est fortement connoté. Il fait en effet appel au vocabulaire climatique et plus spécifiquement marin, le plus souvent employé pour parler des vagues. Il s'agit de l'action de se répandre avec abondance par une poussée massive et continue⁵¹². D. Deschamps (1997)⁵¹³ avait été amenée à utiliser la métaphore océanique pour qualifier la force des vécus consécutifs à l'annonce d'un cancer :

« Tomber cancéreux, c'est « tomber-mourir » dans un univers déchaîné, désaffecté. C'est éclater en mille morceaux cancérisés, métastasés dans un océan d'indifférence alors que le monde réel continue imperturbablement de tourner ».
(Deschamps, 1997, p. 6).

Ce terme permet de représenter la force et la violence avec laquelle s'est communiquée l'angoisse/les angoisses dans les ateliers. Certaines patientes en ont été porte-paroles, ou autrement dit en ont endossé la fonction phorique, mais rappelons bien que le propre de cette fonction est de condenser fortement de manière inconsciente sur un membre du groupe un affect, un investissement, une idée qui fait écho finalement à chacun selon le double processus de la diffraction du transfert (Kaës, 1976⁵¹⁴) et du transfert par dépôt (Vacheret, 2004⁵¹⁵).

⁵¹² Définition construite à partir des éléments trouvés sur le site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <http://www.cnrtl.fr/definition/déferlement>.

⁵¹³ Deschamps, D. (1997). *Psychanalyse et cancer. Au fil des mots* Paris, France : L'Harmattan.

⁵¹⁴ Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris, France : Dunod, 2010.

⁵¹⁵ Vacheret, C. et Duez, B. (2004). Les groupes à médiation : variance, alternative ou détournement du dispositif psychanalytique ?. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(42), 185-199.

Nous avons vu apparaître dans la clinique développée dans le chapitre précédent plusieurs formes d'angoisses : des angoisses archaïques et primitives, liées par exemple à des vécus de passivation et d'impréparation psychique, telles des angoisses d'effondrement narcissique comme chez Katia ou chez Marion, des angoisses de morcellement, de pulvérisation, d'atomisation chez Marielle (que nous retrouvons d'ailleurs dans la citation de D. Deschamps), mais aussi des angoisses de vidage du corps chez Marilène. Puis, il semblerait que les angoisses claustrophobiques et de type persécutif chez Blanche soient plutôt des manifestations d'angoisses signal d'alarme au sens défini par S. Freud (1926b)⁵¹⁶, comme étant ressenties par retour rétorsif du sujet lui-même pour avoir éprouvé des affects haineux envers l'objet. Enfin nous avons également vu apparaître des angoisses, que nous pourrions qualifier de castration, liées aux vécus consécutifs des traitements, telle que définie par L. Guttieres-Green (2003)⁵¹⁷ :

« L'atteinte des seins, lors d'un cancer par exemple ou par suite de l'allaitement, est vécue comme une castration ; ainsi que la ménopause et l'hystérectomie qui peuvent provoquer dépression et frigidité ».
(Guttieres-Green, 2003).

La castration évoquée par cette auteure semble relever aussi bien d'un sentiment secondaire à la mutilation corporelle engendrée par l'ablation d'un organe féminin qui peut générer un vécu d'atteinte à l'identité sexuée féminine, que de l'intrusion répétée de l'espace intime corporo-psychique des patientes lors de la phase des soins. Ceci pourrait venir aussi réactiver des angoisses plus anciennes d'attaque de l'espace féminin primaire d'intériorité et de réceptivité. Les manifestations d'angoisse dans les ateliers étaient très repérables dans le discours des femmes : tantôt logorrhéiques telles Marilène, Maeva ou Claire, soumettant le groupe à en subir une forme d'expulsion sidérante, tantôt silencieuses telles Ella, Éliette ou Émilie, mais qui ont montré dans leurs postures et leurs gestes des mouvements de lutte contre celles-ci.

Nous avons également pu réaliser la charge anxieuse et mortifère qui circulait dans les groupes, plutôt à distance des ateliers, lorsque nous présentions notre clinique en supervision ou lorsque je devais reprendre mes notes. J'ai eu besoin de mettre à distance la clinique psycho-socio-esthétique durant un temps assez long, j'éprouvais un mouvement de rejet vis-à-vis de celle-ci, se manifestant par une incapacité à la relecture des notes et à leur retranscription. J'avais l'impression que je ne pourrais rien en faire, que cette clinique serait intransformable, qu'elle pourrait même attaquer du dedans mes capacités d'accueil, de créativité et d'élaboration. Cet effet d'après-coup semble révéler que nous avons traversé l'animation des ateliers en prêtant

⁵¹⁶ Freud, S. (1926b). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, France : PUF, 1995.

⁵¹⁷ Guttieres-Green, L. (2003, février), Le masculin et le féminin chez Freud, Winnicott et les autres, Communication présentée au *Cycle de conférences d'introduction à la psychanalyse de l'adulte de la SPP*, Paris, France.

guère attention à nos propres vécus d'angoisse générés au contact de ceux des patientes : aurions-nous adopté le même fonctionnement psychique défensif de l'alexithymie secondaire ? Il s'agissait en tout cas de ne pas se laisser déborder par les vécus d'angoisse des patientes pour pouvoir les contenir à l'époque et soutenir les patientes, mais ils n'ont pas tardé à se faire ressentir. A plusieurs reprises je me sentais engluée dans un fonctionnement de type opératoire, fixée sur des petits détails, sans arriver à prendre du recul et à garder une vue d'ensemble de la clinique et des objectifs de recherche. Nous pourrions parler de signes de « pénétration agie » de la clinique au sens donné par J-L. Donnet (1976)⁵¹⁸.

V.2.2.3.3 *L'affect de colère*

« Là où la colère est impossible à dire aussi bien qu'impossible à contenir surgissent des symptômes tels que fuite désordonnée ou panique sidérante ».

« Quand elle s'exprime mais que faute d'avoir été entendue, elle demeure sans effet sur l'organisation de l'appareil psychique, elle peut devenir elle-même répétitive à l'égal d'un symptôme qui manifeste l'impuissance à sortir d'une confusion qu'elle entretient... ».

(Vasse, 2009⁵¹⁹, <http://www.denis-vasse.com/2009/09/la-colere-2/>)

Ces deux extraits de travaux de D. Vasse semblent refléter le destin que l'affect de colère a pris chez les patientes que nous avons rencontrées dans le cadre de notre recherche : entre colère exprimée mais sans destinataire et colère impossible à dire et à adresser à un autre susceptible de l'accueillir et de la contenir.

V.2.2.3.3.1 L'expressivité de la colère

Dans une partie d'ouvrage qu'il intitule « Cancer et colère », C. Dejours (2001)⁵²⁰ rapporte le cas de Madame B. qui débute un travail d'analyse alors que vient de lui être diagnostiqué un cancer du poumon. Ce dernier parle de la notion d'agir expressif de la colère, ou encore de dramaturgie de la colère, et qui pourrait se définir comme la manière qu'a un sujet de montrer sa colère à quelqu'un qui l'ennuie, le dérange, l'intruse. C. Dejours montre que

⁵¹⁸ Donnet, J-L. (1976). Contre-transfert, transfert sur l'analyse. *Revue française de psychanalyse*, 40(3), 443-454.

⁵¹⁹ Vasse, D. (2009). Notes tirées du site internet : <http://www.denis-vasse.com/2009/09/la-colere-2/>.

⁵²⁰ Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord. Corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris, France : Payot, 2003.

l'adresse de l'agir expressif de la colère paraît nécessaire et incontournable dans les relations intersubjectives afin que le sujet puisse se sentir maître à minima de la dynamique relationnelle avec ses objets. S'il venait à se trouver inhibé, comme dans le cas de Madame B., le sujet peut se trouver en grand risque de passage à l'acte violent envers l'autre, ou au contraire de retournement contre soi de la violence ressentie ce qui peut créer selon lui : « (...) mauvaise humeur, bouderie, autodépréciation, dépression, voire accident somatique » (Dejours, 2003/2001, p. 39). Nous pourrions peut-être ajouter à cette liste aussi honte de soi, d'avoir éprouvé une telle violence de ses ressentis envers les autres. L'agir expressif de la colère semble s'apprendre d'après cet auteur. Madame B. aurait décrit ses parents comme incapables de se mettre en colère, de montrer leur colère et désespérés par les manifestations de colère de celle-ci lorsqu'elle était enfant. Quel autre destin possible alors pour la colère que le retournement contre soi et/ou le retour de la violence éprouvée à l'égard de l'autre sur soi lorsque le sujet a l'impression que sa colère était si violente qu'elle s'est montrée sidérante ou dévastatrice en l'autre ?

Dans les ateliers, nous avons pu noter deux séquences lors desquelles les patientes se mettent en colère : Béatrice et Claire laissent éclater leur colère, la mettent en scène et la jouent dans leur groupe respectif. Notons que toutes deux se mettent en colère de manière réactionnelle : Béatrice ne supporte pas l'idée de devoir se sentir dépendante de l'hôpital encore après la fin des soins hospitaliers, et Claire s'insurge contre l'absence d'explications concernant la survenue du cancer.

Béatrice interpelle par la violence de ses propos dans l'incompréhension des ressentis des autres femmes, par celle de ses conduites de grattage de sa peau, et enfin par celle de son comportement boulimique qui fait qu'elle traite son corps comme l'agresseur en sa demeure. Cependant, contrairement à Éliette, Béatrice semble très au courant et au fait de l'utilisation des produits, des nouveautés en matière de texture, couleurs, des résultats attendus ... Ceci contraste tout autant que pour Éliette avec son apparence, puisque Béatrice ne se maquille pas, ne semble pas entretenir sa peau étant donné le degré de déshydratation relevé par Ariane, et ses conduites de grattage de boutons qui lui ont laissée de nombreuses cicatrices sur l'ensemble du visage. Elle manipule plutôt adroitement les éponges et les pinceaux, adapte les gestes de soin aux produits, et peut apporter conseils et avis aux autres femmes du groupe. Elle est volontaire pour connaître des astuces de conseil en image, se laissant ainsi toucher de près par Ariane qui ose mettre en forme la silhouette de Béatrice en créant des contours perceptibles. Lors des moments de mise en commun des vécus de l'atelier, nous demandons à Béatrice de préciser ses éprouvés, de les nommer spécifiquement afin de leur donner consistance par la reconnaissance. Elle semble d'abord traversée par des mouvements de colère importants (de

rage même peut être), qu'elle exprime dans le groupe. Tout la met en colère, mais particulièrement l'expression chez les autres femmes de vécus dépressifs ou de besoins de soutien psychique. Elle bondit sur sa chaise et exprime son incompréhension lorsque deux femmes du groupe expriment leur besoin de revenir à l'hôpital, et de partager leur expérience ou de bénéficier de soins de restauration narcissique telle la psychothérapie ou la relaxation. Béatrice refuse dans un an de se sentir dépendante encore de l'hôpital, et d'avoir besoin de parler encore du cancer. Est-ce que cela fait résonner de manière trop forte le même besoin et qu'elle ne peut encore penser et formuler ?

Quand Béatrice revient au 1^{er} entretien post-ateliers, elle semble montrer que toute cette colère s'adresse bien à l'objet maternel de la scène infantile, et aux figures soignantes de la scène actuelle qui la laisse tomber. A défaut d'atteindre son destinataire, la colère fait retour. Béatrice se faisait suivre une fois par an par examen mammographique (une année par le dépistage national, et l'année suivante par une prescription de sa gynécologue). Béatrice évoque un jour la réflexion d'un radiologue chez qui elle avait l'habitude d'aller lui disant qu'elle coûtait cher à la société à passer autant d'examens. Béatrice change alors de cabinet de radiologie. Lors du dernier examen, la nouvelle radiologue découvre une image, sans doute présente depuis longtemps selon elle, et elle demande à Béatrice d'aller passer une IRM pour plus de détails. Elle avait alors repoussé ce nouvel examen suite à l'expérience avec le premier radiologue. Quelques semaines plus tard, elle retourne voir un médecin généraliste remplaçant qui lui demande si elle a bien passé l'IRM. Elle prend rendez-vous alors dans la foulée. Encore une fois, elle arrive en examen et on lui demande pourquoi le radiologue n'a pas fait de mammographies complémentaires avant de déterminer si la ponction sous IRM était utile. Et finalement elle le sera puisque le diagnostic de cancer sera confirmé par ce dernier examen. Tout au long de ce parcours diagnostic, la gynécologue de Béatrice n'a eu accès à aucun compte-rendu, ne pouvant alors l'accompagner, lui expliquer, la guider. Cependant notons que Béatrice n'interpelle pas non plus sa gynécologue directement. Elle se sent abandonnée, mais ne peut formuler sa détresse, qui se transforme alors en rage contre elle-même.

Lors du deuxième entretien post-ateliers, Béatrice parle des ateliers comme quelque chose de bien qui devrait perdurer pour les femmes en soins. Cependant elle ne semble pas pouvoir en dire davantage. Elle dit que cela n'a rien changé dans son quotidien car elle dit ne pas avoir entrepris de sport ni penser davantage à elle. Elle dit avoir débuté un travail psychothérapique à la suite des deux premiers ateliers et le poursuivre encore maintenant. Nous lui faisons alors remarquer que c'est une manière de prendre soin de soi, tout comme le fait qu'elle ait pris rendez-vous avec un nouveau médecin psychiatre afin d'aménager son traitement antidépresseur.

C'est là qu'a résidé tout l'enjeu pour elle de participer à ces ateliers : assouplir, tempérer, décrypter ce rapport à soi agressif, sans s'effondrer. Cette proposition de soin en groupe médiatisé aura permis alors de contenir l'agressivité de Béatrice en résistant et en survivant à ses attaques, et en les contenant afin qu'elles ne fassent pas retour comme toujours. Cela aura aussi permis de faire advenir des demandes de soin, d'en étayer la formulation et l'adresse afin qu'elles deviennent acceptables et opérantes pour Béatrice.

V.2.2.3.3.2 La rage narcissique, une forme de colère extrême et désespérée

La définition usuelle du mot « rage » est la suivante :

« État affectif pouvant se manifester par une grande violence verbale ou physique, ou par un silence hargneux fait de colère, de ressentiment ou de haine, qui est généralement causé par un sentiment d'impuissance devant une situation frustrante. Synonymes partiels : colère, fureur, furie ».⁵²¹
(Site internet du CNTRL, 2018).

La rage pourrait alors être définie comme une forme de violence qui rend la colère extrême et qui serait générée par une situation de passivation. Selon F. Duparc (2003)⁵²², le devenir de l'affect de rage est toujours lié au destin de l'emprise exercée sur l'objet : soit la rage fait retour sur le sujet car l'objet est inatteignable et génère de la honte chez le sujet d'avoir eu ce mouvement, soit elle détruit l'objet ce qui fait donc éprouver de la culpabilité au sujet par le mécanisme de l'identification à l'agresseur :

« On peut en effet proposer l'idée que face à un défaut d'emprise, à un traumatisme, deux solutions peuvent voir le jour selon la disponibilité de l'objet et les capacités du sujet : soit la honte, lorsque le sujet se voit échouer dans son emprise sur l'objet ou lorsque sa rage narcissique ne l'atteint pas – il doit alors chercher une couverture narcissique (« l'enveloppe » de la honte) – soit la culpabilité, lorsque l'emprise réussit trop bien, et que le sujet, par le biais de l'identification à l'agresseur, assouvit sa rage contre lui, au prix d'un clivage et d'une responsabilité envers l'objet-moi détruit ».
(Duparc, 2003, p. 1760).

Blanche et Katia sont deux patientes qui ont semblé vivre des épisodes de rage. Blanche s'était montrée dès l'entretien d'inclusion profondément marquée par sa relation avec sa mère qu'elle avait décrite comme intouchable émotionnellement, comme interdicière du moindre élan désirant vers l'autre. Blanche avait alors parlé de sa crainte d'avoir élevé ses filles dans la même ambiance affective. Leurs relations distendues actuelles lui laissaient penser qu'elle ne leur

⁵²¹ Définition proposée sur le site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <http://cnrtl.fr/definition/rage>, récupérée le 18/10/18.

⁵²² Duparc, F. (2003). La rage, la honte et la culpabilité (aux origines du malaise dans la culture). *Revue française de psychanalyse*, 5(67), 1757-1769.

avait pas appris à exprimer et à partager leurs affects non plus. C'est lors d'un temps de soin de la peau que Blanche a manifesté un élan de rage haineux envers Ariane, puis envers moi plus tard lors d'un entretien. Confrontée de nouveau à des angoisses et des vécus archaïques liés à une situation qui rappelle de manière prototypique des scènes de soins corporels maternels, Blanche s'est sentie sans doute submergée, dans la crainte qu'à nouveau elle ne puisse pas trouver d'objet secourable. C'est d'ailleurs cela qu'elle m'a reproché par la suite, disant que je m'étais montrée inconsistante et inutile. Nous nous demandons si cette motion haineuse, ne serait pas venue recouvrir un éprouvé de honte chez Blanche de s'être sentie en détresse, ou tout au moins que sa mère n'ait pu se montrer secourable pour elle. C'est l'hypothèse qui nous vient en regard des travaux de V. De Gaulejac (2012)⁵²³ écrivant que « la honte c'est la haine d'une partie de soi » (Consoli et Harrus-Revidi, 2012, p. 26), partie qui peut même évoquer la haine envers ses propres parents et le lien de filiation transmis. Nous l'avons également constaté chez Anne, plutôt en réaction à des motions rageuses et haineuses tournées vers son père après le décès de sa mère, puis ayant fait retour faute d'avoir atteint le destinataire initial.

Katia manifestait éprouver de la rage selon ses propres propos lorsqu'elle ressentait des bouffées de chaleur qui la faisait devenir rouge et suante. Ces deux qualificatifs sont d'ailleurs fréquemment associés au feu que génère l'extrême colère ou la honte. Voulant à tout prix lutter contre leur survenue, elle se trouvait alors sans cesse en échec. Et si les bouffées de chaleur, fortement accentuées par les traitements contre le cancer chez elle, venait réactiver par la voie somatique des souvenirs affectifs d'éprouvés de colère contre lesquels Katia a dû lutter pour ne pas atteindre et risquer de détruire son objet maternel ? Katia ne parlera que peu de sa mère. Elle dira simplement qu'elle a peu de liens avec elle actuellement car elle vit loin. Nous saurons au décours d'un atelier qu'elle était esthéticienne, mais Katia agit ensuite comme si cette information lui avait échappée.

Le point commun entre Blanche et Katia est qu'elles ont bénéficié chacune d'un accompagnement socio-esthétique individuel en plus du nôtre en groupe. Cette autre expérience de relation de type maternel à deux, a sans doute favorisé pour elles un travail de restauration du lien avec l'objet primaire, mais a aussi sans doute contribué à l'instauration d'un clivage entre la bonne socio-esthéticienne qui propose un soin individuel et les mauvaises soignantes qui ne peuvent qu'être insuffisantes à ne pas leur être dévouées tout entières. Cette situation de double accompagnement aura alors peut-être permis que les deux imagos maternelles émergent. Cependant, il aurait été plus aidant pour les patientes qu'elles puissent le faire dans le même espace, ou qu'elles puissent trouver un lieu d'élaboration et de mise en travail en commun.

⁵²³ Consoli, S. et Harrus-Revidi, G. (2012). Interview de Vincent de Gaulejac. La honte dans la peau. *Champ psy*, 2(62), 9-29.

V.2.2.3.3.3 Un affect-écran ?

Dans le contexte d'annonce de maladie grave et du processus de deuil qui se met consécutivement en place chez le sujet, la colère a été depuis longtemps repérée comme un affect réactionnel. En effet, sont aujourd'hui mondialement connus les travaux datant déjà des années soixante-dix, du médecin-psychiatre E. Kübler-Ross (1969)⁵²⁴ sur les étapes de la résolution du deuil. Au nombre de cinq, cette dernière évoque : le refus et l'isolement autrement appelé le déni, l'irritation ou la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Dans ce modèle, cette auteure ne mentionne finalement qu'un seul affect, celui de la colère qui traverserait tout sujet confronté à devoir réaliser un travail de perte de la vie d'avant depuis l'annonce-diagnostic du cancer et tout au long des soins, constatant les effets secondaires des traitements. La vie d'avant ... le rythme de vie, les habitudes quotidiennes, l'image de soi, les relations avec les autres ... En effet, cependant elle semble décrire quatre étapes défensives avant que ne puisse advenir l'acceptation de la situation et/ou de la mort. A ce jour, les travaux d'E. Kübler-Ross ne sont pas unanimement partagés par les chercheurs. Elle défend d'ailleurs elle-même ce modèle en précisant que tout sujet n'est pas soumis obligatoirement à passer par toutes ces étapes et qu'il n'existe également pas d'ordre établi. Chacun négocie avec la réalité psychique et l'histoire de vie qui lui est propre.

L'idée que nous partageons avec ce modèle est que la colère représenterait une modalité affective défensive, réactionnelle, antidépressive et anti-effondrement, face à la violence éprouvée par l'annonce de la maladie ou la constatation des effets destructeurs des traitements. Nous faisons alors deux hypothèses : pour une part, l'affect de colère exprimée lors des ateliers, par Béatrice ou Claire par exemple, pourrait être l'expression d'une formation défensive-écran liée à l'impossibilité à se représenter la mort, la perte, le deuil. D'autre part, la colère s'exprimerait également à la place de l'affect de honte lié à un vécu de soumission à l'irréversible annonce du cancer et de dépendance extrême voire de passivité originaires réactualisées par la situation cancéreuse (Milleur, 2015⁵²⁵). L'expression de la colère dans le groupe pourrait aussi être le signe de la cessation des processus de désaffectation et de dispersion de l'affect (McDougall, 1989⁵²⁶), digues défensives plus aussi vitales dans le groupe par la présence d'autres doubles et l'accueil contenant des animatrices. Nous pouvons imaginer que la colère, concernant la situation créée par la maladie, serait en fait adressée transférentiellement à l'objet maternel, qui n'a su prêter suffisamment son appareil à penser et

⁵²⁴ Kübler-Ross, E. (1969). *Les derniers instants de la vie*. Genève, Suisse : Éditions Labor et Fides, 1975.

⁵²⁵ Milleur, Y. (2015). *Nouvelles perspectives sur la clinique du cancer. Le corps, la psychothérapie et les états crépusculaires dans la maladie grave* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.

⁵²⁶ McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps*. Paris, France : Gallimard.

à ressentir à son enfant afin de lui permettre de donner du sens à ses vécus internes précoces. En effet, les théoriciens du groupe comme R. Kaës (1976)⁵²⁷ ont bien démontré que l'appareillage psychique des sujets, lorsqu'ils sont en groupe, vient suppléer les capacités d'élaboration de l'individu, souvent à son insu. Dans la lignée de ces travaux, C. Vacheret (2002)⁵²⁸ a ensuite mis en évidence que l'utilisation des médiations en groupe permet une bonne relance du processus représentatif par l'appui sur la sensorialité, et agit donc sur la relation affects-représentations qu'elles proposent.

Dans la définition de l'alexithymie proposée par M. Corcos et G. Pirlot citée précédemment, les traumatismes précoces créent l'incapacité à verbaliser les émotions chez un sujet et favorisent l'expression psychosomatique et/ou trauma du cancer, qui en appelle d'autres plus anciens, qui créent secondairement par un effet d'après-coup un processus alexithymique.

V.2.2.3.4 *L'affect de honte dans la clinique psychosomatique*

« Quoi qu'il puisse en paraître, la honte est avant tout une poussée, *une force*, une revendication qui cherche à se manifester envers et contre tout, à la façon d'une éruption volcanique (...). Elle a un rôle moteur considérable, quoiqu'elle se manifeste tantôt dans le repli, la rétention, le retour sur soi, tantôt, au contraire, dans l'éclatement, l'excitation excessive. (...) L'analyste doit accorder une attention toute particulière à cet affect (...), car c'est à partir de là qu'une évolution est possible ».
(Bonnet, 2005⁵²⁹, p. 222).

La honte est un affect bien connu de tout être humain tant il est commun de l'éprouver au cours de sa vie. Il est inhérent de la condition humaine dans la conception lacanienne. La honte est en effet révélatrice de ce qui définit le sujet, à savoir la marque de l'Autre et du Réel en lui qui donne l'impression d'être étranger chez soi :

« (...) Le circuit que la honte fait emprunter dévoile plutôt le manque à être, ce trou qui est son centre et dont il est exilé ».
(Maubrun, 2018⁵³⁰, p. 78).

⁵²⁷ Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris, France : Dunod, 2010.

⁵²⁸ Vacheret, C. (2002). Groupes à médiation et processus de liaison. Dans C. Vacheret (dir.), *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques* (p.147-156). Paris, France : Dunod.

⁵²⁹ Bonnet, G. (2005). *Voir - Être vu : Figures de l'exhibitionnisme aujourd'hui*. Paris, France : PUF.

⁵³⁰ Maubrun, S. (2018). Vertus de la honte. *Essaim*, 2(41), 67-80.

La citation de G. Bonnet met l'accent sur la virulence et la violence des manifestations de honte pour un sujet qui s'exprimeront à son insu, quoiqu'il en soit, sur une échelle de modalités repérables cliniquement qui comporte à ses deux extrémités : une retenue allant jusqu'au mutisme ou l'exaltation fracassante. Il préconise au psychanalyste de prêter grande attention à l'expression de la honte afin de pouvoir transformer des choses pour le sujet. Cela ne va pas sans risque dans la cure pour autant pour S. Maubrun. Celui-ci s'interroge sur la responsabilité du psychanalyste à ne pas faire vivre à l'analysant cette béance de manière trop brutale et sans accompagnement ce qui pourrait être destructeur. Comme nous avons pu le voir précédemment, la clinique a mis en évidence que le Dispositif serait attracteur de l'affect de honte chez nos patientes, qui s'est révélé être une dimension centrale par l'analyse de mes propres éprouvés dans les cadres professionnel et universitaire.

V. De Gaulejac (2012)⁵³¹, dans une interview réalisée par S. Consoli et G. Harrus-Revidi, avait déjà pu dire combien la peau et notre manière de l'investir sont des canaux privilégiés d'expression et de traitement de la honte :

« Il y a la coiffure, le maquillage, l'habillement. La peau est indissociable de ce qu'on montre et de ce que l'on ne montre pas et souligne les limites de la pudeur et de l'impudeur ».

(De Gaulejac, 2012, p. 13).

Il parle de phénomènes d'« incorporation de la honte », d'inscription somato-psychique de la honte et qui par conséquent favorise son traitement par son expression par le corps. Les soins de peau, le maquillage et l'habillement, sont bien les outils médiateurs à partir desquels le travail psychocorporel des ateliers s'étaye. Celui-ci favorise la mise sur le devant de la scène groupale et intersubjective de l'affect de honte et favorise la rupture de l'isolement que celui-ci provoquait.

M. Selz (2010)⁵³² est allée plus loin encore en assignant au corps et à l'image un rôle essentiel dans le traitement psychique de la honte. Selon elle, les soins du corps et les massages peuvent en constituer le tout premier temps possible. Nous pouvons ainsi comprendre pourquoi notre Dispositif, par les outils médiateurs qu'il propose, favorise l'expression de celle-ci. M. Selz explique qu'il est intéressant de noter lorsque la honte apparaît dans un contexte traumatique, ici l'expérience du cancer entre autres, car celle-ci devient indicatrice d'une sortie de la sidération des processus identificatoires pour une reprise du travail de construction

⁵³¹ Consoli, S. et Harrus-Revidi, G. (2012). Interview de Vincent de Gaulejac. La honte dans la peau. *Champ psy*, 2(62), 9-29.

⁵³² Selz, M. (2010). Être ou avoir la honte ?. *Dialogue*, 4(190), 55-65.

narcissique et de continuité du sentiment identitaire. Ceci offre une issue au sentiment de rupture d'identification au moi tel que le décrivait O. Mannoni (1982)⁵³³.

N. Zaltzman (1998)⁵³⁴ avait dit de la honte qu'il s'agissait d'une : « atteinte dont personne ne peut se relever seul ». La honte convoque alors l'intersubjectivité et la groupalité. C. Janin (2003)⁵³⁵ évoque que la circulation de la honte entre les individus crée un lien entre eux : un lien négatif, mais qui semble être le plus éminemment partageable entre les individus. G. Bonnet (2005)⁵³⁶ parle quant à lui d'une force « efficace » qui peut être positive quand elle est nommable, communicable, et qu'elle génère du partage de la souffrance, ou négative, en fonction du destin qui lui sera réservé dans la relation avec l'objet dans laquelle elle a surgi et de ce qu'elle va venir toucher chez le sujet qui l'éprouve.

Qualifié d'affect transitionnel par M. Selz (2010)⁵³⁷, à la fois narcissique et relationnel, il est « affect frontière » entre soi et l'autre. Ces caractéristiques de contagiosité, d'ubiquité, font que la honte engendre confusion, amalgame et agglutination, et fait qu'elle doit être partagée pour être traitée, car il n'existerait pas de processus de traitement « auto » de la honte. C. Janin (2003) partage également ce point de vue puisqu'il évoque ce qu'il nomme « la défaite consommée de la honte » si l'analysant peut la dire à l'analyste qui la reçoit dans une « présence silencieuse ».

Il s'avère donc fondamental que les affects honteux puissent être accueillis par des objets qui pourraient ainsi en favoriser la transformation. A. Ferrant (2008)⁵³⁸ rappelait que « la prise en compte de la honte éprouvée par un patient atteint d'un cancer relève du plan de soins » (Ferrant, 2015/2008, p. 201).

V.2.2.3.4.1 Pour une définition de l'affect de honte

Chez S. Freud (1905)⁵³⁹, la honte est nommée aux côtés de la pudeur, de la pitié, du dégoût et de la morale comme une digue psychique contre l'émergence du sexuel. C. Janin (2003), qui a entrepris un grand travail de théorisation sur l'affect de honte est parti des travaux de S. Freud pour en approfondir les origines et les processus qui la sous-tendent. Premier affect organisateur de la psyché humaine, celui-ci postule l'existence d'une honte originaire qui serait

⁵³³ Mannoni, O. (1982). *Ça n'empêche pas d'exister*. Paris, France : Le Seuil.

⁵³⁴ Zaltzman, N. (1998). *De la guérison psychanalytique*. Paris, France : PUF.

⁵³⁵ Janin, C. (2003). Pour une théorie psychanalytique de la honte (honte originaire, honte des origines, origines de la honte). *Revue française de psychanalyse*, 5(67), 1657-1742.

Je vais être amenée à citer plusieurs fois cet article de C. Janin daté de 2003.

⁵³⁶ Bonnet, G. (2005). *Voir - Être vu : Figures de l'exhibitionnisme aujourd'hui*. Paris, France : PUF.

⁵³⁷ Selz, M. (2010). Être ou avoir la honte ?. *Dialogue*, 4(190), 55-65.

⁵³⁸ Ferrant, A. (2008). Honte et cancer. Dans A. Ciccone et A. Ferrant, *Honte, culpabilité et traumatisme* (p. 189-209). Paris, France : Dunod, 2015.

⁵³⁹ Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris, France : Payot & Rivages, 2014.

l'héritage de la verticalisation de l'homme et de la visibilité des organes sexuels, devenus organes à cacher à partir de ce moment-là, et qui permettrait la constitution de la vie en groupe et en société par l'énonciation des interdits fondamentaux. A. Ferrant (2004a)⁵⁴⁰ évoque aussi la honte originaire comme permettant les relations humaines fondées sur un pacte dénégatif qui préserve de la survenue de l'abject, du sale, de l'indigne, du monstrueux ... du cloacal originaire selon sa formule. Cette honte originaire peut tout aussi bien se révéler organisatrice dans les groupes, qu'exclure le sujet si le cloacal originaire était divulgué.

« La honte originaire serait le support inconscient de l'intersubjectivité au sein des groupes, et en premier lieu au sein de la famille, noué par le moyen d'un pacte dénégatif (Kaës, 1993) portant sur le cloacal originaire commun à tous les êtres humains. Son dévoilement aurait comme effet d'exclure le sujet de la communauté. La honte organisatrice, à l'inverse, garantirait l'appartenance au groupe et la permanence du lien ».

(Ferrant, 2004a, p. 110).

C. Janin (2003) distingue selon le même modèle que S. Freud (1926b)⁵⁴¹ concernant l'angoisse, ce qu'il nomme une honte primaire qui prend source dans le narcissisme primaire, puis une honte secondaire signal d'alarme, ou forme de honte primaire secondarisée, qui apparaît lors de la période de latence et qui est liée au déclin du complexe d'Œdipe. Celui-ci explique que tout vécu de honte survient dans un contexte de passivation du sujet. Celui-ci ravive alors le bain affectif des situations précoces de passivation ainsi que les solutions intersubjectives construites à l'époque pour en sortir. La honte primaire prend naissance dans le sexuel primordial (Botella, 2001⁵⁴²), première mise en forme de la détresse infantile liée au débordement et à la désorganisation des capacités de traitement psychique de l'enfant produits lors des situations de soins maternels infiltrées à la fois de tendresse et d'énigmatique. Cette honte primaire va alors connaître deux destins :

- se transformer en culpabilité primaire par deux opérations successives. C. Janin dit que dans la première, le sujet opère un retournement de la passivité en activité : « L'objet ne m'a pas laissé dans la détresse ; c'est moi qui l'ai laissé ». Puis dans un deuxième temps le sujet opère une projection : « Ce n'est pas moi qui l'ai laissé, c'est lui qui m'a laissé, parce que je lui ai fait du mal (je l'ai tué, détruit, etc.) » (Janin, 2003, p. 1692).

- La honte primaire secondarisée, honte signal d'alarme, qui apparaît lors de la phase de latence comme une formation réactionnelle liée au refoulement de la vie sexuelle, peut se transformer en culpabilité secondaire lors de la phase de déclin du complexe d'Œdipe qui favorise la

⁵⁴⁰ Ferrant, A. (2004a). La honte originaire et le groupe. *Revue internationale de psychosociologie*, 23(10), 109-126.

⁵⁴¹ Freud, S. (1926b). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, France : PUF, 1995.

⁵⁴² Botella, C. et S. (2001). Figurabilité et régrédience. *Revue française de psychanalyse*, 4(65), 1149-1239.

différenciation du Moi en instances (Idéal du Moi et Surmoi). Cette différenciation provoque l'impersonnalisation du Surmoi qui peut dès lors menacer le sujet par sa colère de perdre son amour propre. O. Mannoni (1982)⁵⁴³ pensait quant à lui qu'il y a surgissement de la honte quand il y eu identification grandiose, en lien avec l'idéal du Moi, et que celle-ci se trouve démasquée par un autre et réduite à néant.

C. Janin (2003) explique enfin que si la honte signal d'alarme, la honte normale, la bonne honte, n'atteint pas son but de protection, de mise en alerte du moi, des régressions sont toujours possibles vers des vécus de honte primaire potentiellement dommageable pour le moi du sujet. La pudeur serait un moyen de prévention de la honte. Elle pousserait le sujet à éviter de se trouver confronter à des situations générant des vécus honteux.

A. Ferrant (2004a, 2004b, 2008)⁵⁴⁴, qui mène des travaux contemporains sur la honte, en a décrit plusieurs formes : la honte originaire, comme nous venons de le voir plus haut, qui se situe avant la phase anale dans la psychogénèse. Il parle de la honte signal d'alarme, garante de l'estime de soi, qui garantit la sauvegarde de l'amour de l'objet. N'est-ce pas ce dont il est question par exemple quand certaines patientes se demandent si leur être psychosomatique reste désirable et donc aimable pour leur partenaire sexuel ? Il évoque aussi la honte éprouvée. Lorsqu'un évènement actuel entraîne l'activation de la honte signal d'alarme, cela réactive pour le sujet les expériences anciennes de honte et leurs solutions de dépassement, ce qui permet de traiter l'actualité. Dans la honte éprouvée, les capacités de traitement de la honte signal d'alarme sont débordées, soit d'un point de vue économique, soit parce que cette situation en réactive une autre qui avait échappé à l'emprise du sujet. En référence aux travaux de J. Guillaumin (1973)⁵⁴⁵ sur les types d'opposition qui peuvent se produire dans les raptus honteux : passif-actif, devant-derrière, haut-bas, phallique-châtré, et par l'analyse de trois cas cliniques, A. Ciccone et A. Ferrant (2008)⁵⁴⁶ mettent en évidence trois contextes dans lesquels apparaît la honte éprouvée et qui peuvent se combiner entre eux : « le dévoilement du sujet, la disqualification du sujet et le déni du sujet » (Ciccone et Ferrant, 2015/2008, p. 87). Ces situations de honte éprouvée peuvent entraîner des désorganisations favorisant la survenue d'affections somatiques graves selon ces auteurs, tout comme la honte primaire. Ces trois

⁵⁴³ Mannoni, O. (1982). *Ça n'empêche pas d'exister*. Paris, France : Le Seuil.

⁵⁴⁴ Ferrant, A. (2004a). La honte originaire et le groupe. *Revue internationale de psychosociologie*, 23(10), 109-126.

Ferrant, A. (2004b). Le regard, la honte et le groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(43), 145-158.

Ferrant, A. (2008). Honte et cancer. Dans A. Ciccone et A. Ferrant, *Honte, culpabilité et traumatisme* (p. 189-209). Paris, France : Dunod, 2015.

⁵⁴⁵ Guillaumin, J. (1973). Culpabilité, honte et dépression. *Revue française de psychanalyse*, 37(spécial congrès), 983-1006.

⁵⁴⁶ Ciccone, A. et Ferrant, A. (2008). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris, France : Dunod, 2015.

contextes semblent se mettre en place sur la scène hospitalière : les patientes témoignent régulièrement devoir exposer des parties intimes de leur corps ; le cancer leur fait perdre confiance en leur elle ; et enfin elles ne se sentent pas toujours considérer comme des sujets à part entière, réduites parfois à la pathologie dont elles souffrent dans le discours des soignants. Les auteurs parlent ensuite de la honte d'être, honte primaire selon eux, révélatrice de la défaillance ou de la perversion du miroir maternel, renvoyant une mauvaise image déformée, et ne permettant pas au sujet d'introjecter ses qualités réflexives pour qu'elles soient opérantes. La honte peut se révéler tueuse ou organisatrice, selon qu'elle provoque l'exclusion ou favorise le maintien des liens intersubjectifs.

F. Lelièvre (2010)⁵⁴⁷ estime que la honte se réfère au regard, à l'image de soi, au paraître : « Se voir vu, saisir en un éclair la réprobation d'un regard, c'est ne pouvoir y revenir sans aviver une souffrance au sens propre in-dicible. Constellation profondément traumatisante » (Lelièvre, 2010, p. 132).

Dans le groupe n° 9, Christelle a semblé être traversée par un vécu honteux lorsqu'elle s'est positionnée devant le miroir pour la première fois sous notre regard. Cela s'est passé comme si elle avait eu honte à la fois d'un plaisir auto-érotique à se regarder, mais aussi d'être regardée par nous à qui elle se montrait pour être regardée, comme lors d'une scène exhibitionniste, dans laquelle la pulsion voyeuriste avait été retournée en son contraire et sur la personne propre. Ainsi Christelle aurait appris à avoir honte de ses mouvements pulsionnels scopiques, supports de la pulsion épistémophilique.

V.2.2.3.4.2 Aux origines des liens des groupes : Du repérage de la honte-signal du chercheur vers l'élaboration de la honte des patientes

Aussi loin que je me souviens dans l'histoire de cette recherche et dans la réflexion et la mise en place de ce Dispositif, il me semble que la crainte du jugement de l'autre, ainsi que des vécus honteux m'aient accompagnée. K-L. Schwering (2014b)⁵⁴⁸ évoque l'affect de honte qui traverse le psychologue à l'hôpital et qui est inhérent à sa condition professionnelle. De l'université, lorsque j'évoquais le projet de recherche en séminaire en tant que membre invité, puis lors d'interventions dans des colloques, à l'hôpital lorsqu'il s'agissait de présenter la formalisation du Dispositif aux soignants, je me sentais gagnée par un double mouvement : me sentir persuadée du bien fondé et de la nécessité thérapeutique de proposer ce type de soins aux patientes en oncologie, tout en appréhendant ce que pourraient en penser mes interlocuteurs

⁵⁴⁷ Lelièvre, F. (2010). Pour conclure. La honte, traumatisme ou sens moral ? *Dialogue*, 4(190), 131-133.

⁵⁴⁸ Schwering, K-L. (2014b). La maladie honteuse du psychologue à l'hôpital. *Champ psy*, 2(66), 31-44.

médecins et soignants, de sexe masculin majoritairement de surcroît, qui dans mon imaginaire auraient pu se montrer moins ouverts à la question de l'esthétique. L'oncologie est en effet une spécialité médicale dans laquelle les enjeux de vie ou de mort sont sans cesse présents et infiltrent toute relation soignante et décision thérapeutique. Les soignants se doivent d'être sérieux, concentrés. A. Ciccone et A. Ferrant (2010)⁵⁴⁹ parlent d'une représentation du groupe comme indice du travail de la honte au sein de la dynamique transféro-contre-transférentielle : pour ma part, une crainte permanente que le groupe professionnel médical ne disqualifie le Dispositif, et pour ainsi dire mon travail, que le groupe universitaire le considère comme futile dans cette clinique du réel, brute, corporelle, et que je parvenais difficilement à transformer durant toute une période de réticence, de fuite à me replonger dans cette clinique, de la superficialité de prime abord. Jusqu'au jour où j'ai pensé cet éprouvé comme messenger : Et si la honte était un affect circulant en cancérologie entre soignants et patients ? K-L. Schwering (2014b)⁵⁵⁰ questionne d'ailleurs l'intime connexion que les éprouvés du psychologue hospitalier peuvent avoir avec ceux des malades :

« Ne pourrait-on penser qu'ils (les malades) sont autant malades de leur maladie que de l'emprise subie de leurs affects ? Affects multiples : angoisse (de la mort), douleur, dégoût (du corps propre et/ou du corps de l'autre), horreur (devant le corps mutilé), honte... et ennui ». (Schwering, 2014b, p. 41).

Et s'il s'agissait en effet d'interpréter cet affect de honte comme un signal psychique intersubjectif ? A. Ferrant (2008)⁵⁵¹ met d'ailleurs en évidence deux destins de la honte dans la clinique oncologique qui affectent patients et soignants et qui infiltrent sans cesse les relations de soin : la honte liée à la perte de l'estime de soi et la honte ontologique qui désigne : « l'état d'un sujet témoin ou acteur d'évènements qui le bouleversent mais qu'il ne peut ni empêcher ni dénoncer » (Ferrant, 2015/2008, p. 192). A maintes reprises éprouvée, et pour autant, jamais vraiment mise en mots et partagée en équipe, chaque membre de l'équipe de soin peut se sentir régulièrement porte-honte pour le groupe soignant, également pour les patients éventuellement : D'une honte chez le patient liée à ce que le cancer force de transparence sur son mode de vie, de dévoilement de l'intimité du corps et de sa vie psychique qu'il projette dans sa chambre d'hôpital dans laquelle les soignants se succèdent sans toujours être conscients de l'impact de leur intervention.

⁵⁴⁹ Ciccone, A. et Ferrant, A. (2010). Indices de honte et dispositif psychothérapeutique. *Dialogue*, 4(190), 41-53.

⁵⁵⁰ Schwering, K-L. (2014b). La maladie honteuse du psychologue à l'hôpital. *Champ psy*, 2(66), 31-44.

⁵⁵¹ Ferrant, A. (2008). Honte et cancer. Dans A. Ciccone et A. Ferrant, *Honte, culpabilité et traumatisme* (p. 189-209). Paris, France : Dunod, 2015.

G. Bonnet (2005)⁵⁵² disait bien que :

« La honte repose en effet sur la conviction qu'il y a quelque chose en moi que l'autre voit, mais que je ne vois pas, que je ne verrai jamais, et qui me met par rapport à lui en position délicate ».
(Bonnet, 2005, p. 228).

Sous la pression de l'angoisse face au fonctionnement de son propre corps qui semble lui échapper, le patient peut être en effet dans la croyance que le médecin, le soignant pourrait détenir un savoir qui resterait pourtant inaccessible au sujet lui-même, ce dont il pourrait avoir honte.

Mais aussi d'une honte liée au fait que les ateliers pouvaient générer une forme de retour du sexuel négativé, et pourtant qui infiltre sans cesse les relations de soin, ou d'une rupture du pacte dénégatif expulsant la sexualité hors de la scène des soins hospitaliers. Le vécu de honte qui pouvait m'envahir lorsque je devais expliquer le Dispositif d'ateliers, à des hommes notamment comme énoncé plus haut, évoque que la question sexuelle y est bien sur le devant de la scène : en effet les ateliers mettent au travail chez les patientes la dimension de (re)libidinalisation de leur corps. Il est question de se (re)découvrir corporellement à partir de la sensorialité des soins, et psychiquement dans l'accompagnement intersubjectif et groupal de ces activités. Il est question également de séduction génitalisée qui met en lumière la sexualisation de toute relation, ce contre quoi se défendent fortement les soignants pour se protéger des effets affectifs de la relation médecin-malade.

V.2.2.3.4.3 Honte, Cancer(s) féminin(s) et esthétique

Rachel, Mathilde, Marilène témoignent d'affects de honte à double lecture, primaire et secondaire semble-t-il, reliant le cancer, ici des organes sexuels féminins, avec le sexe ou la sexualité. En effet, celles-ci se questionnent sur l'association qui peut être faite entre le cancer et une forme de maladie honteuse, autrement dit entre le cancer et une maladie contractée à cause d'une pratique sexuelle, qui plus est qui peut être jugée comme déviante dans la représentation commune. A quels fantasmes vient répondre cette représentation de la maladie honteuse qui les atteint, destinée à les isoler socialement et/ou à les punir ? A quoi répond-elle dans leur vie sexuelle actuelle, dans leur économie psychique de couple, mais aussi individuelle par rapport à la construction historique de leur féminité dans le lien à ses objets-environnement de l'enfance ?

⁵⁵² Bonnet, G. (2005). *Voir - Être vu : Figures de l'exhibitionnisme aujourd'hui*. Paris, France : PUF.

J. McDougall (1996)⁵⁵³ a décrit chez certaines femmes une confusion zonale anus-urètre-vagin notamment, qui se retrouve classiquement au cours du développement psychosexuel de la petite fille, mais qui persiste chez elles, c'est-à-dire que ces femmes vivent leur propre sexe comme un endroit sale, salissant ou pouvant détruire, l'autre ou elle-même. Ceci génère alors chez elle la pratique d'une sexualité peu épanouissante et toujours menaçante. L'atteinte d'un organe sexuel obligerait alors à le montrer, le toucher, le traiter, alors qu'il s'agissait plutôt d'une partie du corps qu'elle voulait garder cachée dans cette dynamique-ci.

Mathilde semble récupérer une certaine forme d'emprise par l'intermédiaire du cancer sur la situation d'adultère qu'elle dit subir depuis le début de son mariage de la part de son mari. L'intervention mutilante de ses organes sexuels serait équivalente à une castration dans son discours, puisqu'elle évoque ne plus être en mesure de satisfaire sexuellement son mari désormais, ce qui excuse à présent sa relation extra-conjugale. Le cancer et les soins viendraient alors arrêter le développement de vécus honteux de Mathilde d'être trompée. Pour A. Ferrant (2004b)⁵⁵⁴, « la honte accompagne la désorganisation ou l'échec du travail de l'emprise (A.Ferrant, 2001 ; 2003) : l'intensité de la honte est proportionnelle à la désorganisation des appareillages d'emprise » (Ferrant, 2004b, p. 149).

Claire est amenée à faire un lien entre le cancer du sein et la maternité, par l'intermédiaire d'une question qu'elle pose à Maggie sur l'atteinte des canaux de l'allaitement. Iris se demande si le cancer du sein dont elle souffre n'aurait pas pu être causé par les traitements hormonaux qu'elle a pris lors de sa démarche de procréation médicalement assistée. Ces deux femmes témoignent par ailleurs d'une maternité blessée : pour la première, le décès d'une de ses filles in-utéro reste intact psychiquement, pour la seconde la blessure de ne jamais avoir pu porter un enfant et donner naissance est très vive encore. Le cancer serait-il un moyen de payer encore aujourd'hui pour ces drames personnels restés encore insensés, et dont elles témoignent se sentir honteuses ou coupables dans une tentative de récupération de maîtrise masochiste de l'évènement ? En effet, selon C. Janin (2003) :

« On peut donc faire l'hypothèse que c'est dans le retournement régressif du sadisme en masochisme que la culpabilité (active) cède la place à la honte (subie) ».
(Janin, 2003, p. 1679).

Éliette reste enfermée chez elle le temps des soins hospitaliers, la plupart du temps couchée dans son lit, haut-lieu de réassurance narcissique, à regarder la télévision. Elle évoque sa difficulté à pouvoir se regarder dans le miroir et son intolérance à se soumettre au regard des

⁵⁵³ McDougall, J. (1996). *Éros aux mille et un visages*. Paris, France : Gallimard.

⁵⁵⁴ Ferrant, A. (2004b). Le regard, la honte et le groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(43), 145-158.

autres, même à celui de ses proches qui la pousse à se cacher, à s'envelopper sous la couette. Nous pourrions penser cette attitude de repli comme étant uniquement liée à la question de l'apparence, mais Éliette témoigne être touchée dans son identité au plus profond de son intimité, au point qu'elle en est déstabilisée dans ses assises narcissiques-identitaires.

S. Tisseron (1992)⁵⁵⁵ rappelle bien que la honte surgit lorsqu'il y a perte des capacités autocontenantes par défaillance du pare-excitation et elle dévoile, au regard du sujet et des autres, ce que le sujet a au plus profond de lui, l'intime dans sa dimension secrète mais aussi dans sa dimension infâme, déshonorante, méprisante, abjecte.

Nous évoquions précédemment le rapport métonymique du visage pour le corps, ou de la peau, surface du corps pour l'intérieur de celui-ci, dans une tentative de détourner le regard en en exhibant phalliquement certaines parties apprêtées et valorisées. Finalement les enjeux de beauté et d'esthétique, liés au superficiel, de la peau et des vêtements, sont valorisés dans les ateliers pour venir traiter ce que le cancer a fait surgir de moche, de sale, de profond, d'intime, d'anal, tout ce qui entame la beauté et la féminité, comme la perte des cheveux ... des sourcils ..., la prise de poids, la ménopause le temps de la chimiothérapie.

D. Meltzer (2000)⁵⁵⁶ a développé la notion d'objet esthétique dans la relation primordiale. En appui sur ces travaux, R. Roussillon (2008a)⁵⁵⁷ explique que :

« L'investissement du visage et du corps de la mère, s'ajustant aux mouvements et états esthétiques internes du bébé, produit un sentiment esthétique et une jubilation dans lesquels le bébé perçoit le reflet de sa propre "beauté" potentielle, de sa cohérence et de son harmonie ».

(Roussillon, 2008a, p. 125).

R. Roussillon nomme « affect d'extase » ou « sentiment esthétique » l'émergence d'un premier sentiment de soi. Nous voyons apparaître l'idée que le sentiment de beauté prend naissance dans les impressions d'unité et d'harmonie corporelle perçue au sein de la relation mère-enfant des premiers temps de la vie. D'après M. Selz (2010)⁵⁵⁸, la clinique de la honte révèle « l'incapacité ressentie de rendre l'autre adéquat à ses besoins » (Selz, 2010, p. 64) dans le lien primaire. Ceci pourrait alors générer des vécus honteux chez le bébé qui ne se sentirait pas gratifiant pour sa mère en lui renvoyant qu'elle ne parvient pas à s'accorder à ses besoins, mais aussi chez la mère de ne pas arriver à renvoyer à son bébé que celui-ci répond à ses attentes narcissiques.

⁵⁵⁵ Tisseron, S. (1992). *La honte. Psychanalyse d'un lien social*. Paris, France : Dunod.

⁵⁵⁶ Meltzer, D. et Harris Williams, M. (2010). *L'appréhension de la beauté : le rôle du conflit esthétique dans le développement psychique, la violence, l'art*. Lamor-Plage, France : Éditions du Hublot.

⁵⁵⁷ Roussillon, R. (2008a). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris, France : PUF.

⁵⁵⁸ Selz, M. (2010). Être ou avoir la honte ?. *Dialogue*, 4(190), 55-65.

Ainsi le lien mère-enfant ne peut être que teinté de vécus d'insatisfaction qui empêcherait l'établissement du sentiment esthétique et donc d'un regard auto du sujet qui se sentirait beau, unique et harmonieux.

Dans le groupe n° 1, lorsque Anne se lève et va se cacher derrière le tableau blanc, elle s'exclut du groupe tellement l'éprouvé de honte semble important. Anne devient le porte-honte du groupe car la situation semble avoir réuni toutes les conditions qui ont réactivé chez elle des vécus honteux remontant à la période infantile, lorsqu'elle s'est retrouvée orpheline de mère et donc seule face à sa détresse. Cependant la scène de consolation qui suit favorise le partage de la honte qui devient organisatrice et soutient les liens du groupe. Cette scène de consolation de la honte a eu lieu dans le premier groupe, ce que nous percevons après-coup, comme un signe annonciateur de l'importance de la dimension du partage d'affect de honte comme organisatrice des liens de groupe et pouvant devenir ainsi subjectivante comme le note A. Ferrant (2008)⁵⁵⁹.

V.2.2.3.4.4 La consolation : point de départ pour le réinvestissement de soi post-cancer ?

« Soigner, c'est consoler, soulager celui qui souffre ».
(Hochmann, 1994⁵⁶⁰, 4^{ème} de couverture).

Reprenons à présent plus en détail cette scène de Photolangage© dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises tellement elle condense d'éléments et peut être exploitée de différentes manières. Lors de cette scène, Ariane se lève et est amenée à prendre Anne dans ses bras. Assise auprès des deux autres femmes, j'ai observé cet acte comme la proposition d'une étreinte consolatoire et d'une invitation à revenir dans le groupe. Pour ma part, il semble que j'ai été sollicitée dans le même objectif par Éliette et Myrta, décontenancées par la vive réaction d'Anne. Il s'agissait alors pour moi de porter une attention par le regard sécurisant et une invitation à la mise en parole des vécus de chacune. Ceci nous évoque ce que A. Ferrant (2004b)⁵⁶¹ nomme la « couverture de la nudité psychique » (Ferrant, 2004b, p. 158), qui se crée pour lui dans l'intersubjectivité par l'intervention d'un tiers et qui rend possible le dépassement de la honte.

Le titre de cette partie s'inspire de celui de l'ouvrage de J. Hochmann (1994) qui porte le même nom. Dans ce livre qui propose une théorisation des soins psychiatriques apportés aux

⁵⁵⁹ Ferrant, A. (2008). Honte et cancer. Dans A. Ciccone et A. Ferrant, *Honte, culpabilité et traumatisme* (p. 189-209). Paris, France : Dunod, 2015.

⁵⁶⁰ Hochmann, J. (1994). *La consolation. Essai sur le soin psychique*. Paris, France : Éditions Odile Jacob.

⁵⁶¹ Ferrant, A. (2004b). Le regard, la honte et le groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(43), 145-158.

patients psychotiques, l'auteur propose de prendre pour métaphore le soin maternel pour définir les actes de soin que nous sommes amenés à prodiguer au patient. Cependant, il ne s'agit pas de vouloir réparer les défauts ou les manquements de soin qui auraient eu lieu dans la relation à l'objet maternel. Porter soin au patient consiste pour lui à se soucier, à porter vigilance et attention à la souffrance du patient qui peut se manifester dans ses paroles, mais aussi dans ses comportements, dans ses gestes et dans son corps. Ainsi, l'acte de consolation viserait la détresse du patient. Dans l'axe de la pensée de W.-R. Bion (1962)⁵⁶², la consolation reprendrait le processus de la rêverie maternelle, qui rappelons-le, ne peut avoir lieu en dehors de la fonction et de la participation paternelle. La consolation est bien une activité tierce adressée à la tiercéité naissante du bébé comme source de plaisir mutuel.

La scène de l'atelier n° 3 du groupe n° 9 avec Christelle apparaît alors comme relevant du même phénomène de consolation. Christelle vit un moment de trouble important, elle est saisie par un froid intense qui génère un mal être entravant la poursuite de l'activité de soin du visage de l'atelier. Ariane couvre littéralement Christelle avec son manteau, puis nous réalisons ensuite ensemble un travail d'accompagnement de ce vécu disrupteur par des propositions de mise en sens psychique. Nous reconnaissons ce moment de détresse intense traversé par Christelle et proposons de l'élaborer avec elle physiquement et psychiquement. Cependant nous avons tenu à proposer l'activité à médiation jusqu'à la fin de l'atelier, afin de recontextualiser la survenue de ce moment de détresse et d'en proposer une issue. Au regard des travaux de A. Ciccone (2006)⁵⁶³, nous dirons que nous avons tenu une position soignante consolatrice qui lui aurait permis de dépasser cet évènement pour pouvoir revenir la fois suivante et l'inscrire dans l'histoire des soins :

« La bonne position qui va consoler est celle qui contient le paradoxe selon lequel la mère à la fois croit et ne croit pas, ce qui introduit du jeu, du ludique, et donc du symbole. (...) la réponse soignante, qui reconnaît la détresse et la transforme activement, contiendra l'idée que l'expérience de détresse, l'expérience traumatique est bonne à croire et ne pas croire en même temps, et visera à en faire un symbole, c'est-à-dire à dépasser, surmonter la chose brute, débordante et aliénante ».
(Ciccone, 2006, p. 34).

⁵⁶² Bion, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris, France : PUF, 1979.

⁵⁶³ Ciccone, A. (2006). Partage d'expériences et rythmicité dans le travail de subjectivation. *Le carnet Psy*, 5(109), 29-34.

V.3 NARCISSISME ET SUBJECTIVATION FÉMININE

« On ne naît pas femme, on le devient ».
(Bergeret-Amselek, 2013⁵⁶⁴, p. 159).

Cette citation vient condenser tout un courant de pensée psychanalytique sur le féminin qui développe l'idée selon laquelle le sentiment féminin, le fait de se sentir femme, ne peut être superposé avec l'appartenance au sexe anatomique féminin seulement. Il s'agit du résultat d'opérations complexes d'identifications, d'introjections et d'intériorisation d'un espace interne accueillant et transformateur qui fait que ce processus de construction narcissique et de subjectivation féminines demeure toujours à l'œuvre tout au long de la vie, et en fonction des événements de vie rencontrés par les femmes. Dans notre clinique, la vie de ces femmes est troublée par le cancer d'un organe féminin. Cette époque représente alors un moment particulièrement intense en mouvements de déconstruction, mais aussi de potentielles réorganisations du rapport des femmes avec leur propre vécu de féminité, chacune à leur manière. Comme nous le verrons, nous avons repéré deux formes d'expression narcissique paradigmatiques chez nos patientes qui seraient les bornes extrêmes d'un continuum allant de l'effusion de soi à l'auto-effacement. Ces deux modalités pourraient finalement venir exprimer le même processus lié à la configuration du Moi-peau « de chagrin » qui laisserait échapper les contenus psychiques : pour l'effusion de soi, le sujet se trouve dans une forme d'impérativité à dire, à faire, à exprimer ses affects avec la même violence qu'il les éprouve ; pour l'auto-effacement, au contraire, le sujet se vide de ses pensées, de sa présence corporelle, de ses affects, de ses capacités à les ressentir et/ou à les exprimer même, ce qui aboutit à un phénomène de retrait relationnel et de dévitalisation. Ce qui paraît remarquable, c'est le pouvoir de disparition de la mémoire généré par ce cas de figure. Nous nous en sommes aperçues lors des séances de supervision, à propos du groupe n° 3 notamment et à minima à propos du groupe n° 4, dont nous avons eu beaucoup de mal à nous souvenir déjà dans un premier temps, puis ensuite à en rapporter les échanges. Tout se passait comme si ces groupes n'avaient laissé que peu de traces dans nos mémoires : nous étions-nous laissés gagner par l'ambiance du groupe ? Et/ou était-ce lié à notre vécu contre-transférentiel ? En réaction à la dévitalisation de nos patientes, oublier, évacuer de nos psychés les groupes, constituait la meilleure mesure de survie que nous ayons trouvée.

Voyons plus en détail ces deux formes d'expression narcissique repérées dans la clinique.

⁵⁶⁴ Bergeret-Amselek, C. (2013). Joyce McDougall, un nouveau regard sur la féminité. Dans S. Kirsch et J. Van Wynsberghe (dir.), *Les théâtres de Joyce McDougall* (p. 145-168). Toulouse, France : Erès.

V.3.1 LES DEUX FORMES D'EXPRESSION NARCISSIQUE REPEREES DANS LA CLINIQUE : SYMPTOME, DEFENSE OU SOLUTION ?

V.3.1.1 L'EFFUSION DE SOI VERSUS L'AUTO-EFFACEMENT

V.3.1.1.1 L'effusion de soi

La notion d'effusion de soi nous est venue à l'écoute de Marilène, de Joséphine, de Claire, de Maeva, de Blanche et de Katia, pour les patientes les plus représentatives de cette forme d'expression, mais aussi de manière amoindrie à l'écoute de Myrta, Marielle, Béatrice, Joëlle, Marion et Maggie. Toutes ces patientes ont comme caractéristiques communes d'avoir beaucoup envahi l'espace de parole des ateliers tout d'abord, d'avoir attiré et sollicité grandement l'attention et la contenance des animatrices en bombardant le groupe de leurs affects bruts, tels l'angoisse, la colère, la haine. Ces manifestations bruyantes avaient sans doute pour but d'affirmer un état de détresse et de lutte pour survivre, de placer l'autre de la relation comme témoin du processus de mortification psychique en cours dans l'ultime espoir qu'il puisse l'en sortir.

Ce terme d'effusion désigne tout à la fois l'action de répandre, de se répandre même on pourrait dire, mais aussi le résultat de cette action. Il a pour synonymes les plus courants les mots écoulement, ou épanchement en médecine par exemple. Dans cette dernière acception, il s'agit souvent de l'épanchement d'un liquide, comme du sang par exemple, en dehors de l'organe qui le contenait, ou d'un écoulement de gaz. Dans notre clinique il s'agit d'un échappement de contenus psychiques et affectifs. Enfin ce terme désigne également un flot de parole, de signes ou de larmes et l'action de donner libre cours à des sentiments profonds⁵⁶⁵. Le Dispositif invite effectivement les femmes à donner libre association à leurs représentations et affects. Cependant certaines femmes s'en montrent complètement débordées, ce qui les plonge dans un état de détresse important tant qu'elles ne trouvent-crésent pas d'objet(s) transformateurs(s). Cela est le cas pour Marilène, Claire, Blanche, Katia par exemple. Dans un premier temps, nous avons souvent interprété le départ de patientes du Dispositif comme signe d'un échec ou tout du moins d'un manque de contenance de notre part de leurs vécus réactivés dans le groupe. Puis, nous avons ensuite imaginé que le groupe leur proposait bien une forme d'expérience de transformation, mais que celle-ci semblait insuffisante pour favoriser le remaniement psychique attendu. Les patientes trouvent dans le groupe une forme de contenance

⁵⁶⁵ Proposition de définition d'après les explications lexicographiques trouvées sur le site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <http://www.cnrtl.fr/definition/effusion/substantif>.

psychique différente de celle qu'elles avaient rencontrée et intériorisée jusqu'alors, ce qui peut avoir un premier effet déconcertant : nous pensons par exemple à Claire qui quitte le groupe après le deuxième atelier (sur six), à Solène qui a disparu du groupe n° 5 après le premier atelier alors que nous avions imaginé qu'elle y avait trouvé bon accueil. Justement c'est peut-être celui-là même qui était devenu menaçant et duquel il fallait à tout prix échapper, tout comme l'explique G. Pirlot (2009)⁵⁶⁶ :

« Chez ses patients limites ou aux personnalités « fragiles narcissiquement », et chez qui la toute-puissance de l'intrusion excitationnelle, sensorielle maternelle/matérielle est demeurée non compensée par celle plus distante d'un père... œdipien, le repli défensif en soi, la protection non seulement en rapport avec la fragilité des limites, mais avec une menace pesant sur un orifice vital, plus ou moins métaphoriquement anal ou vaginal, les amènent à laisser voir un double danger avec d'un côté menace d'une intrusion dévastatrice à l'intérieur du corps et donnant lieu à une tentative d'extirpation violente et mutilante de l'intrus, et de l'autre, le sentiment du désir du patient de mettre une fin brutale à une fusion avec le psychanalyste devenu comme menaçant ».
(Pirlot, 2009, p. 85).

Nous pensons aussi à Blanche qui assiste aux trois ateliers, mais qui manifeste lors de l'entretien post-atelier toute sa réticence à notre proposition de soin due aux mouvements haineux qu'elle a réactivés. Il y a aussi Katia qui ne se montre pas en mesure de se laisser accompagner dans le soin du visage et qui subit complètement le temps de relaxation de l'atelier Soins du Visage 2. Nous pouvons alors faire l'hypothèse que ces patientes auraient pu introjecter davantage les qualités des objets rencontrées dans le groupe et s'identifier à eux avec l'augmentation du nombre de séances, selon une temporalité qui serait propre à chacune. Claire avait d'ailleurs exprimé lors de notre dernier échange téléphonique qu'elle aurait souhaité pouvoir refaire l'expérience de participer aux ateliers quelques temps après, au moment où il lui semblait qu'elle serait plus réceptive sans doute au travail proposé.

V.3.1.1.2 L'auto-effacement

L'auto-effacement correspond à l'action de s'effacer soi-même et en même temps au résultat de cette action. A remarquer le terme d'action dans cette définition : l'auto-effacement est un processus psychique éminemment actif, il demande que le sujet investisse une somme d'énergie importante à sa réalisation soit dans le renoncement, soit dans la lutte. La disparition, la suppression, la réduction, généralement progressive, voire l'oubli, sont des synonymes

⁵⁶⁶ Pirlot, G. (2009). *Déserts intérieurs. Le vide négatif dans la clinique contemporaine, le vide positif de l'«appareil d'âme»*. Toulouse, France : Erès.

utilisés fréquemment pour le terme d'effacement. L'oubli de soi est d'ailleurs un des premiers traits dominants que les patientes repèrent dans leur personnalité : Anne en avait parlé au premier groupe lorsqu'elle avait dit s'être occupée de son père durant la maladie et jusqu'à son décès. Elle avait dû contre-investir tous ses mouvements haineux envers ce père mal aimant, peu gratifiant, et en faisant l'impasse sur sa vie de femme. Cependant, nous pouvons percevoir que dans cette dynamique relationnelle, l'autre est figure de soi, c'est-à-dire que l'autre semble investi narcissiquement, en lieu et place de soi ce qui empêche d'investir l'autre comme objet différencié de soi. Pour d'autres, cela sonnait comme une revendication à l'heure actuelle. Le cancer venait montrer ce dont elles n'avaient pas conscience jusqu'à présent : qu'il serait temps qu'elles puissent trouver une/leur place au sein des relations tissées.

Les autres éléments de définition de l'auto-effacement sont : l'action de réduire au minimum l'espace que l'on peut occuper, une attitude de mise en retrait de soi, de sa personnalité, mais aussi un comportement de mise à l'écart en évitant de se faire remarquer par les autres. Ce comportement pourrait répondre à un désir, à une résignation, à un dévouement, au renoncement ou à l'abnégation⁵⁶⁷.

Émilie, Mirella, Sabine, Rachel, Ella et Christelle aussi dans le contexte particulier de leur groupe respectif, sont les patientes qui nous ont évoqué un tel processus. Nous pensons alors aux travaux d'A. Green (2002a)⁵⁶⁸ qui portent sur le syndrome de désertification psychique qu'il décrit de la façon suivante : un état de non-vie envahissant le fonctionnement psychique et témoignant ainsi d'un processus d'intériorisation du négatif. Nous devons faire l'effort de rendre ces patientes vivantes en atelier en veillant à leur laisser de la place pour s'exprimer, à considérer leurs propos et avis, aux côtés des patientes envahissantes. Puis dans un second temps, nous avons dû les maintenir vivantes en nous, et dans cette recherche en ne cédant pas à un premier mouvement de rejet à leur endroit et de cette modalité d'expression qui semblait en apparence non significative. Il s'agissait de retrouver « l'affect d'existence » d'A. Green (1992)⁵⁶⁹, repris par M-F. Castarède (2017)⁵⁷⁰, qui pourrait être défini comme la trace corporelle de la mère insufflant le désir de vivre à son enfant. Il s'est agi de repérer l'effacement de ses patientes, leur silence corporel et verbal, et ainsi d'en saisir le sens, la portée messagère, comme M-F. Castarède qui réalise à propos d'une de ses patientes :

⁵⁶⁷ Proposition de définition d'après les explications lexicographiques trouvées sur le site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <http://www.cnrtl.fr/definition/effacement/substantif>.

⁵⁶⁸ Green, A. (2002a). Le syndrome de désertification psychique ; à propos de certaines tentatives d'analyse entreprises suite aux échecs de la psychothérapie. Dans F. Richard (dir.), *Le travail du psychanalyste en psychothérapie* (p. 17-34). Paris, France : Dunod.

⁵⁶⁹ Green, A. (1992). La déliaison. Paris, France : Les Belles Lettres.

⁵⁷⁰ Castarède, M-F. (2017). La voix et l'affect d'existence. *Revue française de psychosomatique*, 2(52), 95-110.

« Son silence me parlait, creusait un sillon dans ma sensibilité. C'était le silence de son âme qu'elle voulait me faire partager, ce silence de détresse et de douleur auquel elle voulait m'associer ».
(Castarède, 2017, p. 103).

Le silence vide, comme nous pourrions l'appeler, pourrait tout aussi bien être un signe révélateur du processus de subversion mortifère à l'œuvre et décrit par N. Dumet (2009)⁵⁷¹ qui représente le versant inverse du processus de subversion libidinale dont nous avons déjà parlé et qui favorise la mise en place d'investissements sous le primat de thanatos :

« Ce que nous proposons de nommer ici subversion mortifère ne serait en somme que l'autre face du processus de subversion, la face teintée de négativité, signant alors l'échec de ce processus de subversion libidinale et surtout l'envahissement (sinon un tel risque) de la sphère somatique par le courant pulsionnel destructeur existant chez l'individu ».
(Dumet, 2009, p. 64).

Le sujet aurait alors rencontré ce silence, ce vide chez l'objet, cette incapacité à contenir et à traduire ses vécus pulsionnels précoces, qui auront favorisé des trous, des zones évidées dans l'investissement corpero-psychique du sujet.

A partir d'une clinique de patients adolescents états-limites, M. Corcos (2014)⁵⁷² a travaillé sur ce qu'il nomme « le vide en soi » comme un processus destiné à mettre fin aux vécus de confusion entre le moi, la pulsion et l'objet paradoxalement hyper présent par son absence. Ce phénomène défensif va créer des vécus d'esseulement, terme que M. Corcos reprend de M. Schneider (1988)⁵⁷³, qu'il différencie de la solitude, comme étant un état dans lequel le sujet se manque à lui-même et paradoxalement se sent envahi par l'absence bruyante de lui-même. La solution évoquée par M. Schneider pour que le sujet puisse sortir de cet état serait un geste tendre (un temps de consolation à son égard ?), justement ce dont il n'a pas pu suffisamment bénéficier quand il en a eu besoin auparavant. Nous pensons ici à Christelle et à son moment de trouble psychosomatique dans un des ateliers Soin du Visage. Christelle semblait en proie à des vécus somatiques internes débordants et insensés, liés au travail demandé par l'atelier et à la réactivation de vécus de confusion d'avec l'objet maternant auprès d'Ariane ici, tant je m'étais sentie exclue de cette relation de soin durant tout un temps. Le fait qu'elle soit seule participante de son groupe a empêché Christelle d'avoir recours à l'auto-

⁵⁷¹ Dumet, N. (2009). Chronique d'une mort annoncée (in) évitable ? Masochisme, objet et subversion mortifères dans l'obésité morbide. *Champ psychosomatique*, 1(53), 57-69.

⁵⁷² Corcos, M. (2014). Le vide devant soi. Dans V. Estellon (dir.), *Actualité des états limites* (p. 73-89). Toulouse, France : Erès.

⁵⁷³ Schneider, M. (1988). *Glenn Gould piano solo, Aria et trente variations*. Paris, France : Gallimard.

effacement, en lien avec ses vécus d'esseulement, puisqu'elle était sans arrêt au centre de nos attentions et objet de nos soins.

M. Widmer-Perrenoud (2012)⁵⁷⁴ a aussi développé ce qu'elle nomme le processus d'effacement de soi. Celle-ci positionne l'apparition de ce processus moins tôt, semble-t-il, dans la psychosexualité infantile que M. Corcos, qui confère au vide en soi un statut « moins originaire qu'on a tendance à le dire » (Corcos, 2014, p. 74) selon ses propres termes, mais qui découle tout de même de cette terreur originaire. M. Widmer-Perrenoud le définit comme un trouble de l'investissement libidinal du moi, ou trouble narcissique d'inhibition du moi, provoquant des sentiments d'autodisparition du moi : le moi renonce à exercer ses fonctions pour éviter les conflits avec le ça et le surmoi, ou le moi s'appauvrit car trop absorbé par un deuil ou par une forte répression d'affects pour tenir éloignés des fantasmes sexuels. M. Widmer-Perrenoud lie répression d'affects et fantasmes sexuels, sans doute infantiles et actuels selon le moment lors duquel ce processus d'effacement de soi s'est mis en place chez les patientes. Nos patientes sont bien prises pour certaines déjà dans une forme de renoncement s'apparentant au travail du deuil de la vie d'avant le cancer. Pour ces mêmes patientes, puis d'autres, nous avons déjà mis en évidence la répression d'affects. S'il s'avère réactionnel à la traversée du cancer, nous pourrions faire l'hypothèse que ce processus défensif permettrait de protéger les patientes de l'éveil d'une fantasmatisation sexuelle des scènes de soin, ou des scènes d'atelier, comme pour Mirella qui nous surprend à se montrer en retrait en atelier et pas en entretien.

Selon cette auteure, ce processus renverrait à :

« (l') Expression d'une maîtrise anale sadomasochique, empreinte d'omnipotence négative dans le blocage, par la mortification de l'affectivité, de l'intégration pulsionnelle et de l'accès à la génitalité ».
(Widmer-Perrenoud, 2012, p. 859).

Ce point de vue dynamise la vision que l'on peut avoir de ce processus. Pour effacer, il faut qu'il y ait quelque chose à faire disparaître. Mais faute de pouvoir localiser ce qui vient de soi, de l'objet en soi, dans la poussée affective, le sujet s'efface lui-même tout entier dans une tentative de récupération d'emprise. A. Green (2002b)⁵⁷⁵ avait parlé des mécanismes d'autodisparition du moi qui peuvent se mettre en place en réaction à des vécus d'abandon liés à la dépression, à l'intouchabilité, l'inaccessibilité de l'objet maternel. Il s'agit d'un mécanisme de défense que l'on retrouve dans l'économie mélancolique par désinvestissement de soi à double

⁵⁷⁴ Widmer-Perrenoud, M. (2012). L'effacement de soi, une forme spécifique de trouble narcissique. Considérations sur la dynamique du processus, modalités techniques. *Revue Française de Psychanalyse*, 3(76), 847-861.

⁵⁷⁵ Green, A. (2002b). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris, France : PUF.

volet : le sujet efface la trace de l'objet non secourable en lui et simultanément s'identifie de manière inconsciente à sa mère psychiquement morte. En effet, dans la mélancolie, le sujet s'identifie à l'objet dans un contexte de non-différenciation, et l'ombre de l'objet, le vide de reflet ou l'énigmatique chez l'objet, le non atteignable, le non-transformable de l'objet tombent sur le moi. L'identification adhésive inconsciente à la mère vide empêche de perdre l'objet car cela générerait également une perte d'une part de soi. Ainsi se met en place un désinvestissement de soi pour tenter d'effacer la trace de l'objet en soi.

M. Widmer-Perrenoud présente le cas Inge et parle du maintien de sa hargne comme d'un mécanisme de négativité chargé pulsionnellement, comme l'expression d'une destructivité secondaire aux blocages générés par le trauma primaire, tout comme il me semble la hargne de Blanche, consécutive à l'écart constaté entre la fonction maternante de l'objet maternel et celle qu'elle pourrait rencontrer désormais. Nous pouvons alors mettre en perspective le processus d'auto-effacement actuel, duquel nous sommes témoin dans nos groupes mais dont nous ne savons pas depuis quand il est à l'œuvre chez les femmes, avec le vide en soi généré aux prémices de la vie psychique qui fait écho au vide originaire terrifiant.

V.3.1.2 SYMPTOMES, DEFENSES OU SOLUTION ?

Définissons ce que nous souhaitons mettre en question dans cette partie. Par symptômes, nous nous interrogeons sur le fait que l'effusion de soi ou l'auto-effacement, autrement appelé oubli de soi, puissent être préexistants au cancer et que la forme que nous rencontrons dans le Dispositif en soit une continuité. Lorsque nous nous demandons s'il s'agit de défenses, nous nous questionnons sur le fait que ces comportements puissent être réactionnels à la violence de la survenue du cancer. Finalement, nous nous retrouvons face au même questionnement que nous avons mis à jour dans la partie sur le Moi-peau « de chagrin ». Il semble que nous ne puissions pas plus décider et généraliser un type de personnalité avec un fonctionnement préétabli, et cela ne paraît pas utile pour notre travail. Il semble que pour sortir de cette impasse, il pourrait être intéressant de considérer que ces formes d'expression narcissique pourraient constituer des aménagements-solutions au service de nos patientes, auxquels elles auraient recours dans cette phase.

M. Fain (1982)⁵⁷⁶ postule l'existence d'un noyau traumatique chez tout un chacun qui renferme un potentiel de désorganisation, tant psychique que somatique, mais qui peut tout autant coexister avec un fonctionnement névrotique. Il semble que nous soyons en présence de

⁵⁷⁶ Fain, M. (1982). *Le désir de l'interprète*. Paris, France : Aubier-Montagne.

ce type de fonctionnement psychique chez nos patientes, car nous avons pu remarquer que nous ne pouvons pas reconnaître chez elles de fonctionnement opératoire paralysant toute la psyché tel que décrit par P. Marty et M. De M'Uzan (1963b)⁵⁷⁷. La théorisation du noyau traumatique permettrait d'imager dans l'appareil psychique des patientes un ou des noyaux, désertifiés comme des sortes de coquilles vidées, destinés à neutraliser les effets désorganisateurs du/des traumas, ou au contraire chargés des traumas actuels et anciens intacts, potentiellement activable(s) à partir d'expériences somatiques et affectives retrouvées dans les soins du cancer et ceux du Dispositif. Nous pourrions imaginer alors que les noyaux chargés de traumas intacts pourraient libérer le processus de l'effusion de soi, alors que les noyaux désertifiés renverraient plutôt au processus de l'auto-effacement.

Selon certains auteurs en tout cas, créer un espace en creux en soi pourrait s'avérer être une solution subjective intéressante pour s'approprier et traverser les événements de la vie. G. Pirlot (2009)⁵⁷⁸ qui a beaucoup travaillé sur la clinique des addictions, a pu dire toute l'importance pour le sujet de trouver-crée cet espace féminin, ce vide nécessaire pour pouvoir se construire soi, et de sortir du vécu de vide subi de la part de l'objet qui manque :

« Notre subjectivité ne se meut que si, construite dans la parole et l'inscription dans le tissu symbolique, elle accepte la perte de l'amour premier (maternel) et, ainsi, d'être « habitée » par ce vide, cette absence qui construit notre « maison intérieure » ». (Pirlot, 2009, p. 201).

Il s'avère cependant que cette solution relève d'une posture éminemment active de création du vide en soi pour pouvoir accueillir, contenir, transformer les événements en les faisant siens et accepter les transformations générées sur soi.

V.3.2 TRAUMATISMES PASSIVANTS : DE L'ACTUEL DU CANCER AUX AVANTS-COUPS INFANTILES

La question de la passivité, comportementale puis psychique, a été abordée par S. Freud (1915)⁵⁷⁹ pour parler de l'état d'impuissance, de détresse, de désaide dans lequel le bébé se trouve séduit par ce que J. Laplanche (1987)⁵⁸⁰ par la suite nomme l'énigmatique, le sexuel

⁵⁷⁷ Marty, P. et De M'Uzan, M. (1963b). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, (27), 345-356.

⁵⁷⁸ Pirlot, G. (2009). *Déserts intérieurs. Le vide négatif dans la clinique contemporaine, le vide positif de l'«appareil d'âme»*. Toulouse, France : Erès.

⁵⁷⁹ Freud, S. (1915). *Métopsychoanalyse*. Paris, France : Gallimard, 1981.

⁵⁸⁰ Laplanche, J. (1987). *Nouveaux Fondements pour la psychanalyse*. Paris, France : PUF.

adulte, l'inconscient de l'adulte dans la relation de soin primaire. D.W. Winnicott (1974)⁵⁸¹ donne à cet état psychique de dépouillement et de détresse le nom de « Helplessness ». J. André (1995)⁵⁸², quant à lui, l'appelle « Féminité originaire ». Afin de traiter le débordement d'excitation libidinale effractant le psychosoma du bébé par l'amour énigmatique de l'adulte, le nourrisson dispose de la solution de transformer, par le jeu notamment, ces expériences vécues dans la passivité en expériences dans laquelle il se rend actif par identification à l'adulte pénétrant/effracteur. C'est ce que Freud nomme le retournement du but passif en but actif de la pulsion, qui en représente le deuxième temps, avant le troisième et dernier temps que constitue la réflexivité. Par la suite, les buts pulsionnels actifs et passifs s'entremêlent, se succèdent l'un l'autre dans le développement de la psychosexualité. A l'origine, passivité et féminin sont donc associés. Dans la théorisation qu'en propose J. André (1995), celui-ci évoque la question de la passivité comme étant le maillon réunissant séduction et féminité dans un triptyque : séduction, passivité, féminité. Selon lui, la féminité est la position première dans le développement de la psychosexualité chez l'homme et chez la femme. Le but pulsionnel passif est ce qui permet de penser comment le débordement d'excitation pulsionnelle engendré par la situation de séduction originaire (J. Laplanche, 1987) peut aboutir à la construction de la position féminine commune aux deux sexes, puis ensuite pour ce qui nous préoccupe plus particulièrement ici chez la femme :

« La passivité, comme but pulsionnel, « prend la suite » de la passivité du moi devant l'attaque pulsionnelle, laquelle « succède » elle-même à la passivité traumatique du nouveau-né devant le monde adulte ».
(André, 1995, p. 122).

J. André explique que le sujet traverse la phase de la passivité originaire, pour ensuite pouvoir se mettre à rechercher la passivité comme but pulsionnel. La passivité n'est plus alors vécue comme subie, contraignante, mais bien comme désirée. Il précise néanmoins qu'elle est alors plutôt refoulée que véritablement assumée par le sujet. C'est dans le prolongement que le mode de satisfaction sexuelle génitale féminine, le mode de jouissance féminine qui s'avèrera recherché, peut se résumer par la formule « être pénétrée (ou sa version adoucie, « activée » : recevoir) » (André, 2009⁵⁸³, p. 95).

Pour A. Green (1999)⁵⁸⁴, l'état de passivité originaire correspond à la passivation. Celui-ci définit le processus de passivation de la façon suivante :

⁵⁸¹ Winnicott, D.W. (1974). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse, Figures du vide*, 11, 35-44.

⁵⁸² André, J. (1995). *Aux origines féminines de la sexualité*. Paris, France : PUF, 2004.

⁵⁸³ André, J. (2009). *La sexualité féminine*. Paris, France : PUF.

⁵⁸⁴ Green, A. (1999). Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Revue française de psychanalyse*, 63(5), 1587-1600.

« La passivation, à la différence de la passivité, serait ce qui contraint à subir et non simplement un mode de jouissance recherché ».
(Green, 1999, p. 1587).

Un traumatisme pourrait contraindre à subir, comme celui du cancer, mais aussi la confrontation avec l'institution hospitalière. Chez plusieurs patientes, nous avons pu voir émerger des manifestations de cet état de passivation que provoque l'effraction de l'annonce ou que fait vivre le fait de souffrir et d'être soignées pour un cancer. L'expérience malade (l'annonce, les soins somatiques) les contraindrait alors à entrer dans une forme de passivité-détresse, « un état d'impuissance sans recours » (Green, 1999, p. 1588). La passivité première hérite du vécu de dépendance à l'égard de l'objet, et l'angoisse corollaire vient du fait qu'est associé au danger de perte d'objet le danger de perdre l'amour de l'objet. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il s'agit d'une forme de réactivation de la passivité détresse infantile pour ces femmes sous la dépendance des objets-environnement et dont la solution trouvée à l'époque pour traiter ce vécu de passivation serait réactualisée dans une forme de répétition face aux vécus de dépendance générés par la médecine et les objets soignants. Nous avons pu observer le renoncement ou l'impossibilité de soutenir l'inscription dans le dispositif pour Sandra, Greta, Frédérique ... ne pouvant se risquer à vivre une nouvelle fois le lâchage de l'objet dans cette situation de fragilité. Chez d'autres, nous avons observé une forme de retrait relationnel, symptôme du processus de l'auto-effacement à l'œuvre dans les ateliers comme chez Émilie, Rachel, ou encore Ella dans le groupe, avant de se retrouver seule participante. Éliette pouvait aussi témoigner d'une posture quasi-catatonique devenue systématique dès qu'elle était chez elle, enfermée dans sa chambre, allongée sur son lit et scotchée devant la télévision, se trouvant dans l'incapacité de se confronter aux autres et à leur regard. Et Rappelons-nous de notre vécu contre-transférentiel d'impuissance face à Claire ou Marilène, complètement logorrhéiques dans une forme d'effusion narcissique, sans limites dans leurs questions et ne trouvant jamais de réponses ou d'étayage suffisamment rassurant auprès des autres pour calmer leurs angoisses de mort. Ceci n'est pas sans évoquer notre propre position passive dans les ateliers, partagée avec les patientes. Nous nous rendons compte après-coup combien ce sentiment d'impuissance, précurseur d'un sentiment d'inutilité voire d'échec thérapeutique pour ces mêmes patientes, nous a fortement conduites à remplir l'espace-temps de multiples propositions d'activités, du moins dans le premier protocole, pour tenter de maîtriser les échanges et ne pas sombrer dans la dépression, parfois blanche, des patientes, à reformuler dans l'instant leurs propos, à ne pas laisser suffisamment de liberté pour permettre au processus associatif de se déployer davantage :

« La position passive peut susciter chez l'analyste des craintes inconscientes d'effacement combattues par des stratégies défensives se manifestant par un contrôle actif, des interventions précipitées ». (Widmer-Perrenoud, 2012, p. 859).

Pour d'autres femmes encore, l'expression de la colère pouvait prendre le dessus lorsqu'il était question d'imaginer des liens entre la survenue du cancer et leur histoire subjective, ou d'aborder les aménagements ou transformations créés par le cancer et qui pouvaient s'avérer durables. La colère venait s'exprimer lorsque le blanc associatif de représentations s'imposait. Ceci n'est pas sans rappeler le refus du féminin dont parle J. Schaeffer (1997)⁵⁸⁵. Pour elle le refus du féminin est une défense narcissique de refus d'accès à l'intime en soi, pour l'autre mais aussi très certainement pour soi, une mesure de protection de son espace intime qui peut être associé à l'inconscient. R. Roussillon (2007a)⁵⁸⁶ ajoute même : « le refus du féminin alimente les résistances au changement, il est le principe-modèle même de la résistance, son « roc » (...) » (Roussillon, 2007a, p. 296), mais pas indépassable pour J. Schaeffer, « comme une partie d'un procès dialectique sans fin » (Schaeffer, 2013/1997, p. 104), au travail en somme tout au long de la vie. Nous avons pu percevoir chez nos patientes ce point de butée, point de résistance au changement : toutes celles qui sont encore en phase de soin quasiment évoquent l'espoir de retrouver « la vie d'avant », les repères corporels d'abord (cheveux, silhouette, énergie), puis identitaires (désir/entrain, ouverture aux autres) lorsque les traitements seront terminés et que les effets secondaires se seront atténués. Les patientes qui semblent faire état d'un témoignage après-coup de la fin des soins telles Myrta, Marielle, Iris, Joëlle et Janie viennent tempérer ces espoirs en livrant un regard désillusionné et ajusté d'après leurs ressentis actuels. La rencontre avec la réalité des retentissements de l'expérience du cancer, une fois la phase des soins somatiques hospitaliers dépassée, permet un travail psychique plus profond de reprise subjectivante.

V.3.3 REDYNAMISATION DE LA PULSION LIBIDINALE PASSIVEE ET REACTUALISEE DANS LA SITUATION CANCEREUSE

« Quand on parle, d'une façon relâchée, de pulsions passives, on ne peut rien vouloir dire d'autre que pulsions à but passif ». (Freud, 1981/1915⁵⁸⁷, p. 18).

⁵⁸⁵ Schaeffer, J. (1997). *Le refus du féminin*. Paris, France : PUF, 2013.

⁵⁸⁶ Roussillon, R. (2007). Postface : le refus du féminin et l'objet. Dans J. Schaeffer, *Le refus du féminin* (p. 281-296). Paris, France : PUF, 2013.

⁵⁸⁷ Freud, S. (1915). *Métapsychologie*. Paris, France : Gallimard, 198

Comme nous venons de le voir, l'expérience du cancer peut réactiver des vécus de passivation proches de ceux éprouvés lors de l'état de détresse primordiale. Dans la suite de notre travail, nous souhaitons mettre à jour la manière dont les investissements narcissiques et objectaux se réorganisent ou continuent à se lier chez ces femmes à partir des relations de type « homo », homoérotique et/ou homosexuelle, rencontrées dans nos groupes. Nous prendrons également un angle de lecture groupal avec le repérage d'indices de la circulation des fantasmes originaires dans les groupes, signant à notre sens la résonance psychique interindividuelle qui permet l'instauration de relations intersubjectives pouvant devenir des supports identificatoires pour ces femmes vivant un fort bouleversement identitaire. Enfin, nous allons montrer comment l'accompagnement des animatrices peut favoriser la relance du traitement libidinal auto-érotique, prémisse vers l'autonomisation et vers la subjectivation de l'expérience du cancer et d'une manière de porter regard et prendre soin de soi.

V.3.3.1 LA LIAISON DES INVESTISSEMENTS LIBIDINAUX NARCISSIQUES ET OBJECTAUX DANS CETTE (PSYCHO)SEXUALITE FEMININE BLESSEE A PARTIR DES RELATIONS DE TYPE « HOMO » DU DISPOSITIF

« Ce qu'un nouveau-né doit en somme investir avant toute chose, c'est... l'investissement dont il est lui-même l'objet, la libido portée sur lui ».
(Penot, 2006⁵⁸⁸, p. 1585).

Dans l'abrégé de psychanalyse, S. Freud (1938)⁵⁸⁹ définit la trajectoire que suit la libido tout au long de l'évolution du narcissisme, partant de ce qu'il nomme le narcissisme primaire absolu pour aller jusqu'au narcissisme secondaire :

« Tout ce que nous en savons concerne le moi où s'accumule, au début, toute la charge disponible de libido. C'est à cet état de choses que nous donnons le nom de narcissisme primaire absolu. Il persiste jusqu'au moment où le moi commence à investir libidinalement les représentations d'objets, à transformer en libido d'objet la libido narcissique. Durant toute la vie, le moi demeure le grand réservoir d'où les investissements libidinaux partent vers les objets et où aussi ils sont ramenés, à la manière d'une masse protoplasmique qui pousse ou retire ses pseudopodes ».
(Freud, 1938, p. 10).

⁵⁸⁸ Penot, B. (2006). La position féminine dans les échanges premiers, un temps clé du processus de subjectivation. *Revue française de psychanalyse*, 70(5), 1585-1593.

⁵⁸⁹ Freud, S. (1938). *Abrégé de psychanalyse*. Paris, France : PUF, 1991.

Il montre bien comment d'abord toute engagée dans et pour le moi, la libido va progressivement investir des représentations d'objets-environnement et ainsi convertir une partie de la réserve de libido narcissique en libido d'objet. Par la suite elle va opérer tout un travail de va-et-vient à partir du moi qui la contient et les objets par le canal corporel puisque comme toute pulsion, la libido a des sources somatiques et qu'elle se répand dans le moi à partir de différents organes et endroits du corps que constituent notamment les zones érogènes. Selon S. Freud, il existe deux types de pulsions que sont la libido et les pulsions de mort, qui sont de manière classique combinées entre elles et qui agissent à force égale.

Le narcissisme secondaire se construit donc à partir des identifications que le sujet opère à partir de ses relations d'objets et de la récupération de sa libido sur le moi. Selon D. Bourdin (2014)⁵⁹⁰, la libido narcissique et la libido d'objet ne peuvent être opposées car elles agissent toutes deux au service du maintien de la vie du sujet :

« On ne peut donc les opposer par leur nature, elles sont l'énergie psychique qui relève d'Eros et s'opposent aux pulsions de destruction ».
(Bourdin, 2014, p. 178).

Nous nous interrogeons ensuite sur les spécificités des investissements libidinaux chez la femme qui conduisent à la formation de son narcissisme. J. Chasseguet-Smirgel (1964)⁵⁹¹ déclare que le narcissisme féminin est corporel avant tout, car le corps chez la femme est investi intégralement et ce toujours grâce au regard rassurant que pose l'autre sur elle.

Nous pouvons ainsi voir combien la femme est soumise au regard de l'objet qu'elle va placer à l'intérieur d'elle dans son auto-investissement, regard autant maternel dans un premier temps que paternel par la suite. Cette auteure poursuit d'ailleurs en précisant que l'angoisse de castration féminine prend la forme d'une menace de la perte de l'investissement de tout son corps, et de celui de son objet également, d'où une propension féminine à la dépression. C. Bergeret-Amselek (2013)⁵⁹² parle de l'angoisse de castration au féminin également et la différencie de celle des hommes : pour elle, face à l'interdiction de se masturber au moment de la réorganisation œdipienne, les filles craignent que leur mère ne détruise leur intérieur pour les punir de leur désir de prendre leur place, de jouer avec le père et d'en recevoir un enfant. Ainsi l'homme est en proie à une angoisse de castration génitale, alors que la femme est plutôt soumise à une angoisse de perte de l'intégrité de son intérieur et de son corps entier. Ces conceptions du narcissisme et de l'angoisse de castration au féminin diffèrent grandement de

⁵⁹⁰ Bourdin, D. (2014). Investissements d'objet et investissements narcissiques. Quelques paradoxes. *Revue française de psychanalyse*, 1(78), 166-178.

⁵⁹¹ Chasseguet-Smirgel, J. (dir.). (1964). *La sexualité féminine : recherches psychanalytiques nouvelles*. Paris, France : Payot, 2006.

⁵⁹² Bergeret-Amselek, C. (2013). Joyce McDougall, un nouveau regard sur la féminité. Dans S. Kirsch et J. Van Wynsberghe (dir.), *Les théâtres de Joyce McDougall* (p. 145-168). Toulouse, France : Erès.

ce qu'avait pu en théoriser S. Freud (1914)⁵⁹³, qui pensait que la confrontation à la différence des sexes était l'élément organisateur qui mettait en place chez la fillette la construction de sa féminité dans l'envie et par dépit de ne pas posséder l'organe pénien. Le complexe de castration permet que s'organise d'ailleurs le féminin dans les deux sexes selon J. Cournut et M. Cournut-Janin (1993)⁵⁹⁴, mais la castration chez la fille s'avère plutôt être angoisse d'intrusion, de pénétration, d'envahissement de son intérieur. Selon J. André (1999)⁵⁹⁵, dans le développement psychosexuel et la construction du narcissisme de la petite fille, c'est le moment de séparation d'avec l'objet maternel qui s'avère critique car elle peut le vivre comme une menace de l'intégrité de son intérieur redoublé d'une menace de perte d'amour de la part de l'objet maternel. Enfin, la phase de changement d'objet d'investissement (de l'objet maternel vers l'objet paternel) peut être vécue comme une véritable perte narcissique. Ainsi chez la fille, la mise en place des investissements objectaux fait qu'ils restent tout de même très liés et participent à la construction du narcissisme féminin secondaire tout au long de sa vie de femme. J. Godfrind (1997)⁵⁹⁶ a montré que les difficultés que peuvent rencontrer certaines femmes dans l'épanouissement de leur identité féminine trouvent leurs origines dans les aléas de la rencontre homosexuelle avec la mère. Le terme « homosexuel » évoque aussi bien les éléments appartenant au sexuel génital de la mère dans la rencontre avec son bébé et qui font énigme pour ce dernier, que la relation d'homosexualité primaire. C'est ce que C. Bergeret-Amselek (2013)⁵⁹⁷ a voulu exprimer lorsqu'elle parle de la relation incestueuse mère-fille à la fois effractante et nourricière pour la construction de l'identité féminine de la petite fille. Elle n'oublie cependant pas d'inclure le père qui joue aussi son rôle dans la transmission de l'identité sexuelle qu'elle nomme biparentale dès la grossesse selon elle. J. McDougall (1996)⁵⁹⁸ avait déjà parlé des composantes homosexuelles de la sexualité féminine. Selon cette auteure, il existe des homosexualités. Elle parlait de l'homosexualité primaire comme étant le nerf central de la féminité. L'homosexualité primaire est différente de l'homosexualité agie chez l'adulte. D'autres psychanalystes emploient plutôt le terme d'homoérotisme pour qualifier la qualité de la relation précoce mère-fille destinée à transformer les pulsions de mort en Éros. G. Bourdellon (1999)⁵⁹⁹ par exemple est amenée à clarifier l'emploi qu'elle fait des termes homoérotisme et

⁵⁹³ Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Paris, France : In Press, 2013.

⁵⁹⁴ Cournut, J. et Cournut-Janin, M. (1993). La castration et le féminin dans les deux sexes. *Revue française de psychanalyse*, 57(5), 1353-1558.

⁵⁹⁵ André, J. (dir.). (1999). *La féminité autrement*. Paris, France : PUF.

⁵⁹⁶ Godfrind, J. (1997). La bisexualité psychique : guerre et paix des sexes. Dans A. Fine, D. L'Heureux Le Beuf, A. Le Guen (dir.), *Bisexualité* (p. 131-146). Paris, France : PUF.

⁵⁹⁷ Bergeret-Amselek, C. (2013). Joyce McDougall, un nouveau regard sur la féminité. Dans S. Kirsch et J. Van Wynsberghe (dir.), *Les théâtres de Joyce McDougall* (p. 145-168). Toulouse, France : Erès.

⁵⁹⁸ McDougall, J. (1996). *Éros aux mille et un visages*. Paris, France : Gallimard.

⁵⁹⁹ Bourdellon, G. (1999). Réussite et échec de l'homoérotisme chez la femme. Dans J. Bergeret (dir.), *L'érotisme narcissique. Homosexualité et homoérotisme* (p. 279-303). Paris, France : Dunod.

homosexualité : pour cette auteure, le terme homosexualité qualifie des relations dans lesquelles la référence à la bisexualité psychique est possible chez les protagonistes. Elle emploie le terme d'homoérotisme au sens de J. Bergeret (1999)⁶⁰⁰, qui correspond à l'expérience du miroir chez J. Lacan (1949)⁶⁰¹, durant laquelle l'objet est considéré comme plus tout à fait un soi-même (autoérotismes), ni pas encore tout à fait un autre (hétéroérotisme/hétérosexualité). R. Roussillon (2004)⁶⁰² qualifie quant à lui ce type de relation d'« homosexuelle primaire en double » entre la mère et son enfant. Par cette dénomination, il me semble que R. Roussillon voulait insister sur la place de l'objet maternel tout à la fois même et autre-sujet, double mais différent afin de ne pas tomber dans la confusion, partageant affects et plaisir pris dans la relation avec son enfant pour les lui refléter. Mais R. Roussillon explique que le plaisir empathique de la mère pour son enfant est alors infiltré de son plaisir sexuel adulte, faisant énigme pour l'enfant. C'est d'ailleurs ainsi que se constitue la différence, l'écart, composante essentielle de la vie sexuelle, de l'instauration des autres différences fondamentales (sexes et générations). La relation d'homosexualité primaire en double se déroulerait lorsque l'enfant se situe sous la dépendance de l'objet primaire. R. Roussillon parle ensuite d'une relation homosensuelle primaire en double, qui serait le processus de s'identifier à l'autre et par l'autre et de se différencier de l'autre, puis l'autre en soi : l'objet est rencontré dans la haine à la sortie du narcissisme primaire, l'objet est perçu à partir d'expériences de déplaisir qui génèrent de la destructivité chez l'enfant. Si l'objet réagit sans se retirer, sans représailles, une différenciation est possible ce qui ouvre sur le conflit d'ambivalence : l'objet est aimé pour sa présence comme double homosensuel de soi et haï pour son absence, qui se révèle présence ailleurs auprès d'un tiers. Finalement la relation homosexuelle primaire en double sert à désigner, selon R. Roussillon (2011b)⁶⁰³, les conditions premières de la rencontre mère-bébé qui aboutissent au processus de subjectivation. R. Roussillon rajoute, à la suite de la théorisation de D.W. Winnicott (1971)⁶⁰⁴ sur le miroir du visage de la mère, que c'est tout le corps de la mère qui devient miroir pour le bébé grâce au partage esthétique, sensoriel et affectif qui implique échange et réciprocité. La mère se met dans une « position métacommunicante » pour son bébé. Que le reflet proposé par la mère soit fidèle ou non, le bébé recevra toujours les messages de son environnement comme des reflets de lui-même, lui appartenant.

⁶⁰⁰ Bergeret, J. (dir.). (1999). *L'érotisme narcissique. Homosexualité et homoérotisme*. Paris, France : Dunod.

⁶⁰¹ Lacan, J. (1949). Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 13(4), 449-455.

⁶⁰² Roussillon, R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire en double. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(2), 421-439.

⁶⁰³ Roussillon, R. (2011b). Déconstruction du narcissisme primaire. *L'année psychanalytique internationale*, (1), 177-193.

⁶⁰⁴ Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard, 1975.

J. Godfrind (2001)⁶⁰⁵ spécifie que les relations primaires mère/fille sont infiltrées par les fantasmes et par l'investissement sexué de la mère pour sa fille lors des relations homosexuelles primaires, siège des assises narcissiques. Lors de cette période, allant jusqu'à la reconnaissance de la différence des sexes, si la mère introduit suffisamment de tiers paternel, les investissements maternels sont teintés d'une bipolarité fondamentale : la fille a la même identité sexuée donc il y a une proximité amoureuse optimale ; mais il s'agit déjà d'une rivale potentielle pour la mère qui instaure donc une distanciation précoce d'avec sa fille. Ceci pousse alors la fille à ressentir une violente nostalgie pour l'amour total de sa mère idéalisée après-coup puisque jamais possédée. J. Godfrind postule que le destin de la féminité est lié à la gestion de la violence permettant de se dégager de la période d'homosexualité primaire pour entrer dans la période d'homosexualité secondaire structurante au moment de l'Œdipe, versant négatif de l'Œdipe. A ce moment-là, l'attrance de la fille pour la mère/femme est adressée à son psychisme et à son corps sensuel. Ceci est porteur du destin sublimatoire des investissements homosexuels, et détenteur du plein accès à une féminité épanouie par le jeu des identifications.

Ainsi, le travail proposé dans les ateliers autour des soins de peau, rappelant les soins primaires, convoquerait la réactualisation chez les patientes d'une relation de type homosexuel en double dans laquelle les objets-animatrices jouent le rôle d'autre(s)-même(s) pour la femme participante, pouvant partager affects et éprouvés, comme nous avons pu le montrer auparavant. Par la spécificité de ses outils et le cadre qu'il propose, le Dispositif fournit les conditions nécessaires pour que ces femmes, qui vivent un épisode de déstabilisation identitaire importante, puissent faire chacune l'expérience de revivre la rencontre avec un objet soignant miroir qui lui proposera des reflets supplémentaires différenciés à ajouter à ou qui viendront transformer leur gamme d'identifications féminines primaires et secondaires qu'elles possèdent déjà. Nous pourrions alors qualifier cette relation particulière de relation homosexuelle tertiaire, ou de troisième temps prototypique dans les relations de type homosexuel que traversent la femme, et qui peut bien entendu se passer en dehors de ce type de Dispositif. Ce moment permettrait autant la reprise d'éléments archaïques fondamentaux dans la relation réflexive que le sujet entretient avec lui-même, que d'éléments remaniés et issus de l'Œdipe. Ces patientes bénéficient de ce type de soin parce qu'elles traversent l'expérience du cancer. Cependant, des soignantes, des proches, qui ne semblaient pas vivre de période de bouleversement majeur dans leur construction identitaire, avaient évoqué le fait qu'elles auraient aimé pouvoir avoir accès à ce type d'accompagnement psycho-socio-esthétique. Ainsi ceci démontre que ce type de relation d'intimité partagée pourrait être recherchée voire bénéfique chez toute femme qui a

⁶⁰⁵ Godfrind, J. (2001). *Comment la féminité vient aux femmes*. Paris, France : PUF.

affaire tout au long de sa vie avec les aléas de la construction de son identité féminine issus notamment de la relation maternelle. J. André (2009)⁶⁰⁶ disait :

« Les femmes (...) vivent généralement avec aisance le partage de l'intimité corporelle, alors que l'intensité des rivalités menace régulièrement l'existence des groupes sociaux féminins ».
(André, 2009, p. 116).

V.3.3.2 REMISE EN CIRCULATION DES FANTASMES ORIGINAIRES DANS LES GROUPES

Si l'on se place dans une lecture groupale désormais, l'un des indicateurs de la dynamisation libidinale repérable dans notre clinique est la circulation dans l'espace groupal des fantasmes organisateurs de la psyché que sont les fantasmes originaires. Ces fantasmes sont appelés ainsi car ils se rapportent aux origines et ont pour but de donner réponse aux grandes énigmes auxquelles est confronté l'humain à savoir celle de son histoire, celle du surgissement de la sexualité, et enfin celle de la différence des sexes. Initialement, les fantasmes originaires sont donc au nombre de trois et sont : le fantasme de scène primitive, le fantasme de séduction, le fantasme de castration. Puis un quatrième fantasme vient s'ajouter, celui du retour au ventre maternel. A. Gibeault (2012)⁶⁰⁷ nomme ce quatrième fantasme : « retour au narcissisme primaire, au paradis perdu ». Pour F. Duparc (2017)⁶⁰⁸, il en existerait un cinquième : le meurtre cannibalique du père. Dans un groupe, nous assistons au processus d'interfantasmatisation défini par R. Kaës (1999)⁶⁰⁹ comme étant la : « formation de fantasmes partagés » (Kaës, 1999, p. 75). Cette formation de fantasmes partagés serait le signe de l'appareillage psychique et narcissique des membres du groupes, support fondamental à la mise au travail dans le groupe du processus à visée psychothérapique.

Assez rapidement dès les débuts de groupe, nous constatons comment les fantasmes originaires émergent sur le devant de la scène groupale : nous avons ainsi repéré le fantasme de séduction et le fantasme de castration qui nous semblent la plupart du temps combinés, qui étaient partagés dans le groupe n° 2 par exemple entre Marielle et Marilène, et également lors du groupe n° 6 entre Claire, Maggie et Maeva, et qui pourrait se résumer ainsi : comment nos maris vont-ils bien pouvoir nous désirer encore avec un sein en moins et plus de cheveux ? Nous voyons bien dans cette interrogation comment se mêlent fantasmatiquement chez les femmes les effets de

⁶⁰⁶ André, J. (2009). *La sexualité féminine*. Paris, France : PUF.

⁶⁰⁷ Gibeault, A. (2012). L'Idéal du Moi et la maladie d'idéalité. Dans C. Druon et A. Sitbon (dir.), *La pensée psychanalytique de Janine Chasseguet-Smirgel* (p. 23-33). Paris, France : PUF.

⁶⁰⁸ Duparc, F. (2017). *Le travail du psychanalyste*. Paris, France : Les éditions d'Ithaque.

⁶⁰⁹ Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF.

la castration physique d'un emblème féminin/maternel qu'est le sein qui dans un rapport métonymique représenterait toute la subjectivité, sur l'action de séduction qu'elles auraient sur leur mari. Ou sur les autres de manière générale lorsque certaines évoquent l'effet d'éloignement que l'annonce de la maladie provoque sur leur entourage amical notamment. Seront-elles toujours aussi attirantes, intéressantes, désirables ? Nous avons en tête la remarque d'Éliette qui pouvait dire qu'elle avait honte de l'image renvoyée par le miroir, notamment en regard à son mari qui n'avait pas épousé une femme avec cette apparence-là. Elle avait déjà décrit auparavant un type de relation entre eux dans laquelle elle « se faisait sortir » selon sa propre expression, dans une sorte de posture d'apparat auprès de son mari qui semblait l'objectaliser. Ceci pourrait alors expliquer son accrochage aux effets de rejet potentiel qu'elle imagine que son apparence pourrait produire, telle qu'elle lui serait renvoyée dans le regard de l'autre en tout cas, comme si sa personnalité pouvait en être altérée en même temps, la poussant d'ailleurs à s'enfermer dans sa chambre, au fond de son lit.

Nous proposons aussi de lire la scène autour de la présentation de la photo de la parturiente et du bébé lors du temps de Photolangage© du groupe n° 1 différemment que précédemment. Nous pourrions en effet imaginer que les participantes s'identifient cette fois-ci au bébé de la scène de naissance, et plus seulement à la mère donnant naissance. Ainsi nous pourrions y percevoir le fantasme de retour au ventre maternel. Pour Éliette, nous pensons évidemment encore à la maladie schizophrénique dont souffre sa fille. Nous imaginons alors que le temps de la grossesse ou tout juste de la naissance peut être fortement regretté, temps de tous les possibles encore dans la rencontre mère/enfant. Le fort émoi suscité chez Anne consécutivement à la présentation de la photo par Éliette pourrait aussi être la manifestation de ce fantasme. Anne semble tantôt prise dans des mouvements de vide de représentations de son objet maternel par manque de partage de temps avec lui, tantôt dans des mouvements idéalisant ses qualités maternantes.

Quant au fantasme de scène primitive, il semble avoir émergé dès le groupe n° 1, dans la bouche de Jeanne, lors de la phase d'explication de la ligne de sourcils. Celle-ci est venue questionner assez rapidement si Ariane et moi entretenions une relation privilégiée dans laquelle elle imaginait que celle-ci prenait soin de moi. Nous percevons également le mouvement envieux envers moi dans cette interrogation que nous pourrions interpréter selon deux axes : primaire d'abord, Ariane tiendrait une position maternelle envers le père ou une sœur du groupe ; puis celle qui nous intéresse ici plus particulièrement, Ariane tiendrait une position paternelle de donner plaisir à la mère lors d'un temps privilégié duquel les participantes sont exclues. Nous pourrions également interpréter les attaques de Blanche du groupe n° 7 de notre position

intouchable, comme étant trop prises dans nos propres désirs, selon elle, comme la mise en fantasme d'une scène primitive lors de laquelle elle imagine avoir été conçue sans désir.

V.3.3.3 ACCOMPAGNEMENT DE LA REPRISE D'UNE FORME D'AUTO-EROTISMES

« L'emprise joue un rôle dans la construction de différentes fonctionnalités du psychisme, et en particulier du moi. Il s'agit d'habiter son corps, de l'éprouver et de le contrôler. Il s'agit de construire des représentations et de bâtir une « armature » à partir de ces représentations. Cette armature se rapproche des constructions antisismiques, capables de supporter jusqu'à un certain point la violence de chocs traumatiques. C'est précisément l'autoérotisme qui donne de la souplesse à l'ensemble en lui conférant une prime de plaisir de fonctionnement (E. et J. Kestemberg, 1966) ». (Ferrant, 2018⁶¹⁰, p. 650).

Dans cet article récent, A. Ferrant traite de la question de l'auto-érotisme à partir du travail d'écriture épistolaire de certains de ses analysants. Il attribue à l'auto-érotisme un rôle de portance, c'est-à-dire que l'auto-érotisme permet à la fois de s'élever et de donner une structure au psychisme. Il se révèle ainsi être un appui thérapeutique intéressant à mettre au travail. Dans la construction du dispositif des ateliers, nous avons souhaité que chaque femme puisse bénéficier d'un accompagnement en/de/du groupe, mais aussi qu'elle puisse faire l'expérience de se retrouver seule en présence du groupe afin de réaliser elle-même les soins, face à son image. Ariane donnait alors une explication générale commune à toutes, une ligne directrice que chacune pouvait suivre, puis elle se montrait ensuite disponible en passant auprès de chacune pour reprendre individuellement une explication ou guider une gestuelle. Libre ensuite à la patiente de mettre au travail, d'expérimenter sur elle la mise en beauté proposée afin de s'approprier des gestes de soin et de maquillage lui correspondant. J. Laplanche et J-B. Pontalis (1967)⁶¹¹ dans le Vocabulaire de psychanalyse reprennent l'évolution que le concept a subi dans la théorisation de S. Freud lui-même. D'abord S. Freud (1914)⁶¹² pense que le narcissisme n'existe pas dès l'origine et il définit alors l'auto-érotisme comme le :

⁶¹⁰ Ferrant, A. (2018). La portance de l'autoérotisme. *Revue française de psychanalyse*, 3(82), 640-650.

⁶¹¹ Laplanche, J. et Pontalis, J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : PUF, 1998.

⁶¹² Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Paris, France : In Press, 2013.

« Caractère d'un comportement sexuel infantile précoce par lequel une pulsion partielle, liée au fonctionnement d'un organe ou à l'excitation d'une zone érogène, trouve sa satisfaction sur place, c'est-à-dire : Sans recours à un objet extérieur ; Sans référence à une image du corps unifiée, à une première ébauche de moi, telle qu'elle caractérise le narcissisme ».

(Laplanche et Pontalis, 1998/1967, p. 42).

Puis avec ses développements sur le narcissisme primaire, l'auto-érotisme devient « l'activité sexuelle du stade narcissique de l'organisation libidinale » (Laplanche et Pontalis, 1998/1967, p. 44). L'auto-érotisme est donc au service du Moi. C. Janin (2003)⁶¹³ distingue quant à lui ce qu'il nomme les auto-érotismes primaires ou l'autosensualité, et les auto-érotismes secondaires. Les premiers ont lieu lors du temps de passivité non sexuelle, de chaos interne par le surinvestissement de la décharge jusqu'à l'épuisement, le temps des excitations débordantes non liées spécifiquement à l'objet. Puis les auto-érotismes secondaires, dont le prototype est le suçotement, rassemblent quant à eux les excitations en des expériences de relation avec un objet. Pour D. Braunschweig et M. Fain (1975)⁶¹⁴, les auto-érotismes naissent chez l'enfant à partir de la métamorphose de la mère en amante. Ils identifient ce qu'il nomme « la censure de l'amante » qui provoque une défaillance dans la fonction maternelle de pare-excitation envers son bébé, dans la mesure où la mère est amenée à délaisser son enfant pour retourner à sa vie érotique. A partir de là, l'enfant est précipité par le désir sexuel de la mère pour le père dans un « système génital primaire ». Il semble que nous pouvons retrouver ces deux formes d'auto-érotismes dans la sexualité adulte.

Notre clinique montre que les femmes se sont saisies de manière bien différente de cette proposition d'alternance entre posture d'écoute et d'accueil, mise en pratique guidée et expérimentation personnelle. Anne⁶¹⁵ s'est rapidement montrée en difficulté pour réaliser des gestes individuels. Cela la faisait rire, elle disait ne pas savoir, ne jamais avoir fait cela, ne pas avoir appris. Elle semblait gênée et déstabilisée de se trouver seule dans le groupe. D'une autre manière, Christelle⁶¹⁶ montrait aussi de la gêne à se regarder dans le miroir en notre présence, dédiée uniquement à elle faute d'autres participantes, à supporter la position passive d'être regardée. Elle semblait tout aussi démunie pour utiliser les produits.

Cette gêne nous a rappelé celle éprouvée par l'enfant lorsqu'il découvre que ses activités auto-érotiques, plutôt au moment de l'Œdipe par exemple, qui consistent à se donner du plaisir par la manipulation d'organe, sont réprimandées par les parents lorsqu'ils sont présents. En effet,

⁶¹³ Janin, C. (2003). Pour une théorie psychanalytique de la honte (honte originaire, honte des origines, origines de la honte). *Revue française de psychanalyse*, 5(67), 1657-1742.

⁶¹⁴ Braunschweig, D. et Fain, M. (1975). *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Paris, France : PUF.

⁶¹⁵ Participante du groupe n° 1.

⁶¹⁶ Participante du groupe n° 9.

le but de l'exercice des activités auto-érotiques notamment secondaires réside bien dans la reprise en dehors d'une relation d'objet directe, tout au moins en faisant appel aux objets internes lorsque les objets externes sont occupés par ailleurs, de scènes apportant du plaisir et permettant de faire supporter l'absence ou la non-disponibilité de l'objet afin de faire gagner de la valorisation narcissique au sujet. Il nous semble que si l'activité auto-érotique commence très tôt dans la vie du nourrisson, elle se transforme peu à peu lorsque l'enfant quitte l'état de dépendance absolue envers son objet primaire, et qu'elle participe au mouvement d'autonomisation. D. W. Winnicott (1956)⁶¹⁷ a d'ailleurs introduit « la capacité d'être seul en présence de l'autre » comme étape intermédiaire sur le chemin de l'autonomisation permettant la création d'un environnement interne (phénomène plus primitif que l'introjection de la mère), et de la capacité à supporter la solitude une fois l'objet trouvé-créé, lors de laquelle s'exerce de manière importante l'activité auto-érotique :

« (...) l'aptitude à la solitude authentique a ses fondements dans cette première expérience d'être seul en présence de quelqu'un. Être seul en présence de quelqu'un est un fait qui peut intervenir à un stade très primitif, au moment où l'immaturité du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère. Puis vient le temps où l'individu intériorise cette mère, support du moi, et devient ainsi capable d'être seul sans recourir à tout moment à la mère ou au symbole maternel ».
(Winnicott, 1956, p. 210).

Ainsi, les récits d'expérience d'Anne et de Christelle montreraient une forme de mise en échec actuelle de leurs capacités de reprise auto-érotique. L'histoire d'Anne nous laisse imaginer qu'il s'agit de la mise en évidence d'une carence dans la construction de ceux-ci, suite aux vécus d'abandon, de perte de son objet maternel, lui-même en soin pour un cancer du sein lors de la période de petite enfance d'Anne, puis décédée ensuite rapidement. Pour Christelle, nous nous appuyons davantage sur notre vécu d'exclusion lors des phases de soin pour imaginer une relation au contraire proximale entre elle et son objet primaire, rendant difficile la séparation et donc le vécu d'absence nécessaire à l'instauration de la différenciation des corps, puis des psychés. En effet, je me sentais complètement écartée de la relation dyadique qui s'était mise en place entre Ariane et Christelle, m'empêchant de tenir une fonction paternelle et protectrice de cette relation. Pour preuve, le malaise que Christelle éprouve par la suite et qui empêche la poursuite de soins auto-prodigués qui aurait pris fonction de reprise auto-érotique par la suite.

Cependant, d'autres femmes telle Iris⁶¹⁸ notamment, ont démontré le soutien suscité à la libido par cette forme de proposition d'ateliers qui permet la mise en œuvre d'une activité

⁶¹⁷ Winnicott, D.W. (1956). La capacité d'être seul. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 325-333). Paris, France : Payot, 1989.

⁶¹⁸ Participante du groupe n° 3.

auto-érotique. Comme le définit J-M. Porret (2006)⁶¹⁹, l'auto-érotisme est une : « source de renouvellement toujours possible de la sexualité » (Porret, 2006, p. 25). D'ailleurs, V. Taly, A. Pesneau, E. Nagara, M-V. Riou-Bourdon, M. Clouët-Coudreuse et M. Amar (2013)⁶²⁰ soulignent que dans le travail d'accompagnement thérapeutique, le rôle du soignant peut être d'encourager par sa présence la capacité d'être seul du sujet :

« (...) le soignant va soutenir le processus d'introjection, il va participer au déploiement de l'aire transitionnelle par sa présence et par la co-crédation d'un jeu inter-subjectif. Enfin, il va porter la prise d'autonomie du sujet, ses silences et ses créations ». (Taly, Pesneau, Nagara, Riou-Bourdon, Clouët-Coudreuse et Amar, 2013, p. 600).

En effet, Iris s'était parfaitement saisie de l'opportunitéd de pouvoir reprendre à son compte les gestes accompagnés par Ariane pour retracer sa ligne de sourcils. Elle semblait alors seule en elle à ce moment-là, prise dans une sorte de frénésie à reproduire tels quels les mouvements nécessaires afin de retrouver à la fois le plaisir pris par le réconfort produit dans l'activité partagée, mais aussi à s'autonomiser pour pouvoir augmenter sa valeur narcissique.

V.3.3.4 DYNAMIQUES TRANSFERENTIELLES ET PROCESSUS IDENTIFICATOIRES A L'ŒUVRE ...

Selon C. Bergeret-Amselek (2013)⁶²¹, la féminité est en perpétuel devenir. Celle-ci se construit tout au long de la vie par des mouvements incessants d'identifications et de désidentifications successives à la mère. A chaque étape majeure normale de la vie comme l'adolescence, la maternalité, la maturation, la sénescence ..., et à chaque étape de vie intense qui provoque un bouleversement corporel, hormonal et psychique comme un deuil, une séparation, des ruptures, la réalisation d'un désir, et nous rajoutons aussi la maladie, cela provoque la reviviscence de l'Œdipe et une ouverture de la crypte de la mémoire du corps. Cela signifie que les relations et les transactions jusque-là envisagées avec les imagos sont alors en permanence remaniées au gré des événements de vie ce qui participe à remanier les composantes identitaires féminines. L'expression transférentielle de nos patientes mobilise la question des identifications à leurs objets internes, mais aussi à celles qu'elles peuvent trouver dans les ateliers.

⁶¹⁹ Porret, J-M. (2006). *Auto-érotismes, narcissismes et pulsions du moi*. Paris, France : L'Harmattan.

⁶²⁰ Taly, V., Pesneau, A., Nagara, E., Riou-Bourdon, M-V., Clouët-Coudreuse, M. et Amar, M. (2013). Le développement de la capacité à être seul chez un enfant observé. *La psychiatrie de l'enfant*, 2(56), 585-601.

⁶²¹ Bergeret-Amselek, C. (2013). Joyce McDougall, un nouveau regard sur la féminité. Dans S. Kirsch et J. Van Wynsberghe (dir.), *Les théâtres de Joyce McDougall* (p. 145-168). Toulouse, France : Erès.

Dès le début de l'animation des ateliers, il nous est rapidement apparu que les modalités du cadre du groupe favorisaient le développement de différentes dynamiques transférentielles, une multiplicité des transferts, comme l'appellerait S. Resnik (1989)⁶²², spécifiques, orientées sur la figure des animatrices, mais également sur celle des paires. Nous avons aussi constaté que le dispositif faisait apparaître de manière privilégiée une double lecture de ces dynamiques transférentielles. J. Godfrind (1993)⁶²³ a travaillé sur ce qu'elle nomme les deux courants du transfert. Elle a en effet identifié un double mouvement transféro-contre-transférentiel qui s'instaure en alternance dans les cures des analysants qui relève à la fois de fonctionnements archaïques et de fonctionnements œdipiens de la névrose de transfert. L'enjeu pour elle est de ne pas privilégier un courant plutôt que l'autre, mais de percevoir comment ils s'articulent ensemble dans la dynamique psychique du patient. En gardant une fonction tierce, l'analyste peut exercer à la fois un travail de symbolisation portant sur les éléments psychiques archaïques, et un travail d'interprétation qui permet l'accès à l'inconscient. Notre Dispositif révèle lui aussi de manière saillante l'intrication, l'articulation des enjeux narcissiques féminins primaires et secondaires. Cependant, notre Dispositif se déroulant dans une temporalité courte, même lorsque nous avons doublé le nombre d'ateliers, ce qui le différencie fondamentalement d'un travail de cure analytique, nous constatons aussi que, selon les patientes, l'accrochage transférentiel s'effectue préférentiellement soit par le courant narcissique, soit par le courant œdipien.

Nous sommes donc amenée à formuler trois hypothèses cliniques. Deux de celles-ci concernent les effets induits par la relation engagée par le couple d'animatrices sur la déploiement transférentiel et identificatoire des patientes. La troisième hypothèse concerne davantage un autre aspect du transfert dans les groupes, nommé transfert latéral et qui porte sur les paires.

V.3.3.4.1 ... induits par le couple d'animatrices

V.3.3.4.1.1 Le bisexuel des imagos parentales

- *Le couplage « socio-esthéticienne / psychologue clinicienne » dans l'animation des ateliers favoriserait l'émergence d'un transfert biparental, c'est-à-dire qu'il convoque plus spécifiquement le bisexuel dans les imagos parentales.*

⁶²² Resnik, S. (1989). Transfert entre multiplicité et groupalité. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (12), 9-19.

⁶²³ Godfrind, J. (1993). *Les deux courants du transfert. Les symboles, entre corps et psyché*. Paris, France : PUF.

L'utilisation du terme « couplage » fait référence à la théorisation de W.R. Bion (1961)⁶²⁴ sur les petits groupes. Le couplage est une des trois hypothèses de base qu'il formule, avec l'hypothèse de la dépendance et celle de l'attaque-fuite, toutes trois représentatives de ce qu'il nomme la mentalité de groupe. Cette hypothèse du couplage décrit le phénomène de rassemblement du groupe autour de la perception de l'établissement d'un lien sexuel privilégié entre deux de ses membres, peu importe le sexe anatomique de ces deux sujets, et duquel il attend la venue d'un messie sauvant le groupe.

Le couple d'animatrices est alors identifié très rapidement comme entretenant des relations privilégiées, d'après la remarque de Jeanne par exemple qui demande si Ariane prend aussi soin de moi en dehors des ateliers lorsque l'atelier. Nous pouvons percevoir le mouvement envieux de Jeanne à mon égard dans ce type de relation intime imaginée avec Ariane. Deux séquences deviennent représentatives de ce type de déploiement transférentiel : celle de l'atelier avec Christelle lors duquel je me sens littéralement exclue de la relation dyadique qui s'est établie entre Ariane et Christelle durant les soins du visage. Nous avons déjà fait l'hypothèse pour Christelle d'une relation proximale avec son objet maternel, laissant alors sans doute peu de place au tiers, si ce n'est pour ainsi dire aucune, sauf lorsque la relation devient brûlante et nécessite d'être stoppée.

L'autre séquence est l'unique entretien post-atelier de Blanche lors duquel elle reprend tous les griefs qu'elle reproche, semble-t-il, tantôt à l'objet maternel incarné par Ariane majoritairement, tantôt à l'objet paternel que j'incarne, notamment la passivité dont il fait preuve, tout du moins son incapacité à intervenir pour adoucir les rapports mère/fille ou prendre le relais. Cela parle aussi sans doute du vécu d'incapacité de Blanche également à séduire fantasmatiquement son objet paternel, afin qu'il se porte tout autant, d'un point de vue narcissique comme autre objet secourable, que d'un point de vue plus œdipien comme partenaire-allié de sa fille contre l'objet maternel si insatisfaisant. Blanche semble tellement démunie à pouvoir penser et vivre les événements différemment que la manière dont elle a appris à investir le monde. Elle ne peut également s'empêcher de ressentir et d'exprimer toute sa jalousie envers l'imgo féminine incarnée par Ariane lorsqu'elle lui reproche de plus s'intéresser à elle-même, à ses arrangements féminins personnels, plus orientée pour séduire des hommes potentiellement, que dévouée aux patientes. Qu'en était-il de son objet maternel ? Blanche a-t-elle imaginé qu'il se désintéressait d'elle, et ne lui transmettait pas ses secrets féminins pour pouvoir conserver son pouvoir de séduction unique envers son père ?

⁶²⁴ Bion, W.R. (1961). *Recherches sur les petits groupes*. Paris, France : PUF, 1965.

Jeanne a montré quant à elle différents épisodes d'attaques envieuses envers les animatrices, en verbalisant des fantasmes de scène primitive du groupe, dont elle se sent exclue, que de la place phallique qu'elle nous attribue tour à tour : Ariane dans l'expertise d'utilisation des produits cosmétiques et moi dans mon expertise d'animation du Photolangage©, et qu'elle aimerait partager.

Par la mise en place et en œuvre d'ateliers destinés à ses étudiantes, Ella semble manifester une identification forte aux qualités biparentales des objets-animatrices-soignantes. Lorsqu'elle en parle, elle se montre à la fois préoccupée par l'importance de proposer à ces jeunes filles, dans une problématique adolescente de remaniement du féminin, une méthode conventionnelle de soin et de maquillage dans laquelle elles pourront secondairement s'exprimer plus individuellement, se différencier par des choix personnels de couleur par exemple dans un souci de transmission de type maternel. Ella aide les adolescentes à définir un cadre socialement plus acceptable à leur féminité dans un souci paternel.

V.3.3.4.1.2 La polarité transférentielle négativante

- *Ce même couplage permettrait l'expression marquée de la polarité transférentielle parentale négativante.*

La valence transférentielle nommée ici « négativante » s'appuie sur la conceptualisation de T. Bokanowski (2009)⁶²⁵ sur le transfert négativant ou transfert du négatif. T. Bokanowski différencie bien ce qu'il nomme le transfert négatif, dans lequel l'apparition de motions haineuses fait partie du processus analytique, et le transfert du négatif ou transfert de type négativant, destructeur, qui relève d'une défense narcissique. Une haine primaire apparaît alors, nommée « haine de/du transfert », envers l'objet défailant dans la relation qui insécurise et fait craindre la dépendance. J. Press (2015)⁶²⁶ parle également de transfert du négatif. Il y perçoit l'émergence de la haine comme un essai de création de lien avec l'objet, aussi peu sécurisant soit-il :

⁶²⁵ Bokanowski, T. (2009). Haines(s) dans le transfert. *Revue Française de Psychanalyse*, 4(73), 971-985.

⁶²⁶ Press, J. (2015). Le transfert du négatif. Histoire d'une possession blanche. *Revue Française de Psychanalyse*, 4(79), 1123-1135.

« Soigner l'objet à en mourir – ou/et jusqu'à ce qu'il en meure –, le haïr passionnément, se coller à lui sans laisser place à aucune forme de tiercéité comme on le voit dans certaines problématiques allergiques, c'est toujours et encore s'assurer une forme de maîtrise, fût-elle primaire. On aurait par ailleurs tort de ne voir dans cette maîtrise qu'un effort pour se venger de l'objet, pour le tenir à sa disposition et lui rendre ainsi la monnaie de sa pièce. Si cet aspect est certainement actif, il n'est pas déterminant. La haine constitue une tentative de guérison, une façon de créer – plus que de maintenir – une forme de lien, même bancaire, à l'objet ».

(Press, 2015, p. 1128).

Ces propos nous ont fortement évoqué l'histoire d'Anne avec ses objets parentaux. Celle-ci décrit une relation qui a toujours été distante affectivement avec son père, dans laquelle elle dit s'être sentie toujours mise à l'écart depuis le décès de sa mère (séjours multiples en sanatorium, pension) et surtout moins aimée que son frère. Cependant, Anne n'a jamais pu quitter son père de qui elle s'est occupée durant sa maladie et jusqu'à sa mort. Elle n'a jamais pu rencontrer un homme, ni envisager de fonder sa propre famille, se trouvant dans une plainte permanente que personne ne lui ait jamais transmis les codes et les exigences pour vivre comme une femme. L'accompagner alors dans la maladie, le haïr jusqu'à la mort, aurait pu constituer pour elle une tentative à tout prix de création de lien qui échouait en permanence, substitutive du lien primaire à son objet maternel perdu à tout jamais et laissant une béance narcissique profonde. Le transfert dont Anne fait preuve semble prendre une valeur positive pour autant envers les animatrices, en apparence tout du moins. Celui-ci s'avère rapidement massif, notamment envers Ariane. En effet, elle ne semble pas en mesure pour autant de sortir de sa plainte continuelle du trauma généré par le décès de sa mère. J. McDougall (1996)⁶²⁷ a qualifié l'univers psychique de la fillette comme peuplé de plusieurs mères internes. Un « introject » est « vénéré », un autre « révééré », un autre « critiqué » et un autre « admiré ». Il semble que l'histoire malade et le décès précoce de la mère d'Anne ne lui aient pas permis de peupler son univers psychique de ces différents introjects maternels, que ce soit des introjects idéalisés, positifs, ou plus détestés d'ailleurs. Anne a alors construit une forme de deuil mélancolique de sa mère. Anne aurait incorporé le manque cruel de mère, l'absence qui fait trou, qui expliquerait pourquoi elle pourrait avoir envie de donner forme personnelle et aussi féminine à son apparence corporelle, mais qu'elle n'arrive pas à s'y résoudre, par crainte de perdre aussi à tout jamais la trace, ou plutôt l'absence d'empreinte maternelle sur son corps de femme. Anne dit ne jamais avoir eu de transmission de la féminité par sa mère, et c'est comme si elle ne pouvait la trouver ailleurs, bien que son inscription dans ce Dispositif en montre son envie. S'identifier à d'autres objets féminins menacerait la conservation de l'objet maternel et risquerait d'ouvrir d'autres espaces-tiers à investir.

⁶²⁷ McDougall, J. (1996). *Éros aux mille et un visages*. Paris, France : Gallimard.

Nous ne reviendrons pas en détail sur la dynamique transféro-contre-transférentielle déployée avec Blanche puisque nous l'avons déjà fait auparavant. Cependant, la haine exprimée à l'égard des objets soignants dès lors qu'ils ne sont pas entièrement dévoués à elle, ainsi que la haine qu'elle fait éprouver, témoignent d'un transfert négatif, autant de la relation avec la figure maternelle bien sûr que paternelle. A sa manière également, Maggie⁶²⁸ a démontré à l'unique atelier auquel elle a participé ce même type de transfert. Cependant, elle n'a pas pu s'y confronter de nouveau, trop mise à mal sans doute par les charges agressive et anxieuse qu'elle a déposées chez les autres participantes et qui ont fait plus particulièrement écho chez Claire.

V.3.3.4.2 ...induit par le groupe de paires

V.3.3.4.2.1 Manifestations archaïques et œdipiennes de la rivalité sororale

- *La dynamique transférentielle qui s'établit entre les participantes s'organiserait autour du complexe fraternel.*

Les transferts entre les membres dans nos groupes se déploient, selon nous, d'après l'organisateur groupal du complexe fraternel développé par R. Kaës (2009)⁶²⁹. Il nous a en effet rapidement semblé que les liens unissant les patientes dans les groupes pouvaient prendre la forme d'échanges d'expériences entre sœurs. Nous avons constaté qu'entre les femmes d'un même groupe s'instaurait un effet d'appartenance de même génération, ainsi qu'un effet de rang entre elle : Myrta, Marielle, Iris, Joséphine, Joëlle, qui avaient terminé les soins hospitaliers au moment de leur participation venaient incarner des aînées, écoutées des autres et même sollicitées pour raconter leur expérience. Le couple d'animatrices représentait majoritairement un couple parental comme nous avons pu le voir. Il nous a alors semblé que les identifications pouvaient prendre une forme croisée : l'investissement du désir des animatrices sur les femmes croisait le pouvoir des femmes à constituer les animatrices comme soignantes dans ce Dispositif inédit. De plus le processus identificatoire d'une femme à sa semblable, comme d'un sujet à son frère ou sa sœur, favorise le retournement de la haine en amour et provoque des liens qui instaurent le partage fratrique.

⁶²⁸ Participante du groupe n° 6.

⁶²⁹ Kaës, R. (2009). *Le complexe fraternel*. Paris, France : Dunod.
Cet ouvrage sera cité plusieurs fois dans ce paragraphe.

Lorsque R. Kaës (2009) reprend la théorisation de J. Lacan (1938)⁶³⁰ sur les complexes familiaux pour l'adapter à la clinique psychanalytique groupale, il entend donner une place prépondérante aux identifications entre frères et sœurs et donc aux imagos fraternelles. Le complexe fraternel doit être articulé et mis en perspective selon lui avec le complexe d'Œdipe afin de saisir de manière plus globale les enjeux des investissements entre frères et sœurs dans la construction subjective. Les modalités du complexe fraternel actualisées dans le transfert deviennent un organisateur psychique inconscient du processus groupal. Le groupe représente un objet de transfert lui-même, soit dans le registre archaïque avec des manifestations d'envie, pouvant entraîner l'évacuation de l'autre, sa mort fantasmatique, soit dans le registre œdipien, avec des manifestations de séduction tournée vers un tiers et de jalousie des membres entre eux.

Une scène du groupe n° 2 nous évoque le registre précœdipien, narcissique, dans laquelle nous avons pu relever l'expression d'une forme d'attaque envieuse : lorsque j'énonce la consigne du temps de Photolangage© de fin de groupe de conserver son choix initial de photo, Béatrice⁶³¹ m'interrompt pour dire sur un ton que je perçois comme à peine ironique : « On se l'arrache des mains, c'est ça ? ». A ce moment-là, Béatrice formule le vécu de se sentir en rivalité narcissique avec les autres femmes du groupe relevant du fantasme de violence fondamentale (Bergeret, 1984⁶³²). Dans le scénario décrit par Béatrice, pour exister et survivre dans le groupe, elle doit éliminer l'autre qui pourrait dans son fantasme désirer comme elle et l'empêcher de s'exprimer. Ceci nous évoque la notion de « frérocity » décrite par J. Lacan (1972-1973)⁶³³ et reprise par F. Couragier (2015)⁶³⁴ :

« La « frérocity » définit le scénario par lequel s'actualise la violence fondamentale entre deux sujets, ou davantage, qui peuvent être considérés comme des frères ».
(Couragier, 2015, p. 59).

Nous ne connaissons rien de la fratrie dans laquelle Béatrice a grandi. Il s'agit d'ailleurs de l'une des quelques patientes pour qui nous n'avons recueilli presque aucune donnée anamnétique. Cela pourrait se révéler symptomatique de l'actualisation transférentielle de fantasme infantiles de meurtre des frères et sœurs. Tout comme lorsque les patientes se trouvent prises dans un fonctionnement logorrhéique, envahissant l'espace de parole du groupe, et réduisant significativement la possibilité aux autres femmes de s'exprimer, d'exister. Les premières évoquées ci-avant ont des difficultés à se projeter à la place des deuxièmes pour leur

⁶³⁰ Lacan, J. (1938). Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Dans *Autres écrits* (p. 23-84). Paris, France : Le Seuil, 2001.

⁶³¹ Participante du groupe n° 2.

⁶³² Bergeret, J. (1984). *La violence fondamentale. L'inépuisable Œdipe*. Paris, France : Dunod.

⁶³³ Lacan, J. (1972-1973). *Encore*. Séminaire XX. Paris, France : Le Seuil, 1975.

⁶³⁴ Couragier, F. (2015). Le fraternel : un organisateur des processus de symbolisation dans les groupes thérapeutiques. *Connexions*, 2(104), 57-70.

en faire une, à l'image de Marilène, Claire et Katia, soumises à des vécus intenses de rage narcissique.

Christelle, quant à elle, fait appel lors des six ateliers sans arrêt aux frères et sœurs imaginaires qui auraient dû peupler le groupe n° 9, mais auxquels elle doit renoncer. Elle s'est trouvée dans le même mouvement lorsqu'elle a constaté qu'elle allait se retrouver seule pour les derniers ateliers du groupe n° 6, mais elle a transformé rapidement ce sentiment d'abandon par un vécu d'exclusivité vis-à-vis du couple d'animatrices, devenue ainsi enfant unique dans la relation aux figures parentales du groupe. Elle a trois frères et avait pu décrire comment elle a dû s'imposer pour pouvoir exister comme fille auprès d'eux. Sa place d'aînée a sans doute contribué à lui conférer une forme d'autorité vis-à-vis de ses frères. Christelle est la deuxième fille et dernier enfant de sa fratrie. Nous avons déjà évoqué des liens d'une grande proximité avec sa mère, brûlants, qui pouvaient générer un climat incestuel entre elles. Se retrouver seule participante pouvait faire craindre à Christelle la réactualisation d'une relation peu tempérée avec les objets soignants du Dispositif, qui nécessitait ainsi de faire exister sans cesse les absentes du groupe pour tempérer les liens dans notre triade.

Nous avons plutôt montré jusque-là des manifestations transférentielles appartenant au registre archaïque, révélant des blessures narcissiques générées par les liens familiaux autant fratriques que parentaux. Mathilde et Rachel dévoile un autre registre, œdipien cette fois-ci. Il s'agit de la scène de maquillage dans laquelle se retrouvent Mathilde et Rachel. Nous avons l'impression d'observer deux adolescentes se préparant à sortir dans le but de rencontrer et séduire l'autre sexe. Mathilde tente de créer une forme d'alliance avec Rachel, dont celle-ci se défend quelque peu en lui faisant remarquer son audace. Comment s'unir pour séduire l'altérité et ne pas souffrir de jalousie l'une envers l'autre ? Ces deux registres ne semblent pas s'exclure l'un l'autre. Ils semblent pouvoir s'intriquer et s'exprimer de manière alternative ou simultanée, et l'essentiel serait de ne pas perdre de vue cette double lecture. En effet lorsque Marielle et Marilène se demandaient comment séduire leurs maris malgré les mutilations engendrées par les soins du cancer, il s'agissait de tenter de faire alliance pour trouver des solutions individuelles soutenant la dynamique de séduction vers leur objet d'amour génital. Nous pouvons tout aussi lire dans cette scène le versant narcissique de cette interrogation : comment conserver une intégrité de soi pour continuer à se trouver séduisante soi-même et pour envisager de séduire un autre ? Les ateliers proposent justement de passer par un autre pour restaurer des assises narcissiques nécessaires.

V.4 SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RESULTATS EN REGARD DES HYPOTHESES

Nous proposons dans cette dernière partie de chapitre de rediscuter les résultats exposés précédemment, les idées majeures qui ont guidé notre réflexion de manière synthétique en regard de la problématique et des hypothèses que nous avons formulées au début de ce travail de recherche. Notre problématique avait alors majoritairement porté sur la mise en évidence des enjeux psychiques révélés par ce Dispositif, et l'étude de son impact sur les processus psychiques que sont notamment la restauration des enveloppes psychiques, la réflexivité psychique, le narcissisme et la subjectivation au féminin, afin de tenter de proposer une évaluation des effets psychiques thérapeutiques de celui-ci lorsqu'il est proposé à des femmes en cours de soin ou l'ayant été pour un cancer gynécologique. Nous tenons tout d'abord à apporter une forme de pondération à nos résultats compte tenu de la temporalité très courte dans laquelle se déroulent les ateliers pour chaque femme. Le doublement du nombre d'ateliers semble favoriser un travail psychique plus approfondi, pour les patientes qui parviennent à investir le Dispositif sur la durée proposée, qui correspond à environ 4 mois versus 1 mois et demi pour le dispositif à trois ateliers. Mais le travail proposé est également plus engageant subjectivement dans les dispositifs allongés, car nous demandons aux femmes pour chaque deuxième séance (Conseil en Image 2, Soins du Visage 2 et Maquillage 2) d'amener des effets personnels choisis de manière anticipée à la séance pour servir de support personnalisé à la parole qu'elles vont pouvoir avoir sur elles-mêmes. Il s'agit aussi de faire intervenir plusieurs temporalités : comment convoquer dans l'ici et maintenant de l'atelier, mais aussi du vécu du cancer, les habitudes vestimentaires et de soins de soi pour les transformer et les adapter aux besoins et aux désirs actuels. L'idée principale est de favoriser la création d'une mise en perspective temporelle, que celle-ci passe par un vécu de continuité pour préserver l'intégrité identitaire, ou par un vécu de rupture entre l'actualité du cancer et/ou les effets post-traitements, et la vie d'avant.

Le Dispositif d'accompagnement psychologique par la socio-esthétique ne constitue pas une thérapie à proprement parler. Les femmes ne sollicitent pas une psychothérapie en première intention en s'inscrivant dans ce Dispositif. Certaines femmes s'étaient d'ailleurs déjà engagées dans une démarche psychothérapeutique. D'autres ont pu en formuler la demande à l'issue des ateliers. Nous pourrions ainsi qualifier le Dispositif d'outil visant l'éveil de ces femmes à leur propre vie psychique, visant à les intéresser à leurs processus de pensée, leurs désirs, à ce qui

fonde leur subjectivité propre, à l'image de ce que M. Aisenstein (1993)⁶³⁵ a décrit comme « l'art de la conversation ». Il s'agirait donc plutôt d'un Dispositif d'écoute/d'observation (de soi) à visée thérapeutique, par sa portée potentiellement transformatrice, dans le sens où l'un des buts de celui-ci est de prendre psychiquement soin des femmes en leur permettant de s'approprier subjectivement l'expérience psychosomatique que représente le cancer dans leur vie et que celle-ci devienne opérante d'une expérience de reprise subjectivante de soi.

V.4.1 UN DISPOSITIF RESTAURATEUR DES ENVELOPPES ET REFLEXIF

Le Dispositif d'accompagnement psychologique par la pratique socio-esthétique favoriserait un travail de restauration des enveloppes psychiques et ainsi la relance/redynamisation du processus de réflexivité psychique comme solution-recours vers l'appropriation subjectivante de l'expérience du cancer.

Dans cette première hypothèse, nous avons mis en évidence que le travail proposé dans ce Dispositif, de par la médiation socio-esthétique, convoque sur le devant de la scène psychique de manière spécifique le corps des patientes, c'est-à-dire que les sensations générées font appel aux représentations que le sujet s'est construit de son soma en drainant toute la charge libidinale héritée des relations, des plus précoces aux plus actuelles, et nécessaire à l'investissement de celui-ci (Dejours, 2001⁶³⁶). De manière plus précise encore, la peau, organe archaïque mais toute la vie au service de l'autoreprésentation et de la communication avec l'environnement, est fortement stimulée par l'ensemble des soins proposés. Celle-ci porte d'ailleurs la trace de la qualité des liens, qui se sont tissés entre le sujet et son environnement primaire pour une part, mais aussi de liens significatifs pour le sujet avec des objets libidinaux plus contemporains (Korff-Sausse, 2012⁶³⁷). Ce Dispositif s'inscrit donc dans la lignée des travaux de D. Anzieu et collaborateurs (1985, 1987, 2008)⁶³⁸ sur le Moi-peau et les enveloppes

⁶³⁵ Aisenstein, M. (1993). D'un certain regard sur la question psyché-soma. *Revue française de psychosomatique*, 3, 79-92.

⁶³⁶ Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord. Corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris, France : Payot, 2003.

⁶³⁷ Korff-Sausse, S. (2012). Les corps honteux dans la clinique et dans l'art. *Champ psy*, 2(62), 89-98.

⁶³⁸ Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod, 1995.

Anzieu, D. (dir.). (1987). *Les enveloppes psychiques*. Paris, France : Bordas.

Chabert, C., Cupa, D., Kaës, R., et Roussillon, R. (dir.). (2008). *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*. Ramonville Saint-Agne, France : Erès.

psychiques, qui développent l'idée que le moi du sujet se construit en appui sur les expériences sensorielles et notamment tactiles, et grâce à l'intériorisation des qualités de celles-ci. Ce processus d'introjection inconscient travaille en permanence chez le sujet à l'ajustement de la représentation de lui-même et de son positionnement auprès de son environnement en fonction des événements de vie qu'il est amené à traverser. La survenue du cancer au cours de la vie de nos patientes génère un véritable traumatisme, un moment de crise somatique bien sûr dans laquelle le corps peut être considéré comme un objet, qui plus est inquiétant, tant les soins nécessaires à le traiter font violence, mais aussi de crise intrapsychique et intersubjective et de rupture dans la continuité de leur vie. Nous avons mis en évidence dans ce travail l'émergence d'un « Moi-peau de chagrin » chez les femmes participantes, sans avoir déterminé pour autant si cet état était préexistant et/ou consécutif au cancer et aux soins somatiques ; sans doute ne peut-il pas y avoir de réponse univoque pour toutes, si ce n'est à considérer une forme de circularité psychosomatique dans la temporalité traumatique chez le sujet (Dumet et Ferrant, 2009⁶³⁹). Cependant ce Moi-peau de chagrin se révélait caractéristique chez nos patientes. Ce type de Moi-peau, affaibli dans ses fonctions de contenance et pare-excitation, laisse transparaître des vécus d'insécurité interne liés à la situation actuelle, mais aussi en drainant des plus anciens qui se manifestent dans le discours et dans l'expression mimo-gestuo-posturale par les signifiants formels (Anzieu, 1987⁶⁴⁰). Dans l'univers hospitalier dans lequel le soma devient l'objet de toute l'attention des soignants, notre Dispositif donne l'opportunité aux femmes de vivre dans un espace-temps dédié différentes expériences d'enveloppe (sensorielle, groupale) grâce au tissage de relations soignantes et à l'expérimentation de soins de peau qui réactivent la manière qu'elles ont et ont eu d'investir leur corps et l'activité même de prendre soin d'elle, dans le but de découvrir un nouveau rapport à leur corps changeant lors ou après une période de chirurgie, chimiothérapie et/ou radiothérapie, et de créer de nouvelles autoreprésentations physiques et psychiques. Ce phénomène réside dans la multiplicité de propositions d'expériences-miroir, corporelles et psychiques notamment par les effets du partage affectif, toutes médiatisées grâce à la disponibilité psychosomatique des objets-animatrices et des paires.

⁶³⁹ Dumet, N. et Ferrant, A. (2009). Circularité psychosomatique et traumatismes. *Psychologie clinique et projective*, 1(15), 45-66.

⁶⁴⁰ Anzieu, D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-peau. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (p. 1-22). Paris, France : Bordas.

V.4.2 UN DISPOSITIF ARTICULATOIRE DES FEMININS

Le Dispositif d'accompagnement psychologique par la pratique socio-esthétique proposerait un environnement propice à l'accueil et à la mise en jeu (mise en mouvement, mise au travail) du sexuel féminin particulièrement mobilisé par la traversée du cancer.

Si nous reprenons les distinctions opérées et définies dans le champ psychanalytique entre les différents féminins que nous avons rappelées au début de ce travail, nous avons constaté combien la situation cancéreuse (Milleur, 2015⁶⁴¹) vient mobiliser chez le sujet des vécus liés au sexuel féminin dit originaire. Comme nous l'avons vu, la féminité originaire est commune aux deux sexes, et elle émerge consécutivement aux vécus de détresse infantile, de passivité liée à l'immaturité biologique et psychique du bébé. Nous avons mis en évidence que les différentes situations traumatiques (annonce du diagnostic, soins invasifs, temporalité hospitalière) que rencontrent les femmes dans leur parcours de soin et leur statut de patientes, vont venir produire des vécus de passivation qui réactiveront des vécus de passivité provenant de la période infantile de la femme jusqu'à ce jour. Ainsi, nous pensons que la manière dont une femme va faire face au débordement affectif lié à la situation cancéreuse va notamment être liée avec ses vécus infantiles précoces de détresse.

Ensuite, dans le développement psychosexuel de la petite fille, le féminin primaire correspond à la création d'un espace interne et intime dans lequel elle va pouvoir investir ses objets environnementaux grâce à l'introjection de la capacité maternelle, de contenance et de pare-excitation notamment, qui garantissent la constitution des enveloppes psychiques. Nous avons mis en évidence la fragilisation des enveloppes psychiques chez nos patientes et le manque d'opérativité des fonctions contenante et pare-excitante de celles-ci. Nous proposons alors aux femmes de prendre appui à la fois sur le cadre-dispositif de celui-ci, et à la fois d'expérimenter des nouvelles relations à partir desquelles elles pourront s'identifier et introjecter ces qualités d'enveloppe qui créent une posture de « réceptivité active » (Faure-Pragier, 1997⁶⁴²), potentiellement transformatrice et non passive, ce qui constitue la dynamique majeure du processus de subjectivation chez la femme. Nous parlons alors du développement d'une relation de type homosexuel tertiaire en double dans le Dispositif.

Enfin, les outils de soin, de maquillage et les accessoires utilisés dans le Dispositif s'avèrent classiquement typiquement féminins, bien que de nos jours, tout comme les produits de soin,

⁶⁴¹ Milleur, Y. (2015). *Nouvelles perspectives sur la clinique du cancer. Le corps, la psychothérapie et les états crépusculaires dans la maladie grave* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.

⁶⁴² Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines d'aujourd'hui*. Paris, France : PUF.

le maquillage puisse aussi concerner des hommes, tout comme le type de cancer dont les patientes souffrent et qui altère des organes ou des fonctions gynécologiques féminines. Le maquillage porte toujours une double adresse : à soi pour s'embellir et se plaire, se donner une image valorisante, ou alors plutôt pour se masquer ; à l'autre pour le séduire et qu'il renvoie une image narcissisante. Ces outils introduisent alors bien le double élan de la séduction féminine génitale, libidinal et narcissique. De plus, l'introduction de la variable qui propose aux femmes de réaliser les soins en binôme l'une sur l'autre semble mettre au travail des aspects féminins maternels dans la mise en œuvre avec l'objet paire, l'objet double, d'une disponibilité corporelle d'ajustement des gestes de soin et des postures nécessaires à le réaliser, qui s'accorde (ou non comme nous l'avons constaté chez Ella envers Maeva ou encore chez Katia envers Mathilde) avec une disponibilité psychique pour se mettre à l'écoute des vécus de l'autre et des siens dans cette relation de soin corporel.

Le travail de ce Dispositif semble donc bien proposer l'articulation des caractéristiques psychosexuelles féminines des patientes.

V.4.3 UN DISPOSITIF EMINEMMENT RELATIONNEL : ENTRE TRANSFERT ET IDENTIFICATIONS

Les effets thérapeutiques du Dispositif d'accompagnement psychologique par la pratique socio-esthétique seraient mis en évidence par les transformations de la capacité et des modalités d'utilisation des objets, médiateurs bien sûr, mais aussi animatrices et paires, témoignant de réaménagements narcissiques-identitaires et libidinaux chez les patientes.

« Les défaillances de l'analyste sont importantes parce qu'elles manifestent que l'analyste est une personne vivante, réelle, qu'il n'est pas une machine à analyser, qu'il est pour reprendre la formulation célèbre « good enough » : passable, ni Dieu ni Diable, mais néanmoins animé d'une véritable préoccupation pour son patient ; un objet aussi qu'on peut haïr, qui supporte cette haine et qu'il est dès lors possible d'aimer : bref, un objet qui survit et qu'on peut donc utiliser ».
(Press, 2015⁶⁴³, p. 1133).

Cette citation de J. Press (2015) qui concerne le positionnement du psychanalyste dans la relation transférentielle avec son patient nous semble tout à fait intéressante ici en ce qu'elle

⁶⁴³ Press, J. (2015). Le transfert du négatif. Histoire d'une possession blanche. *Revue Française de Psychanalyse*, 4(79), 1123-1135.

permet de supporter les vécus contre-transférentiels générés par l'actualisation du type de lien de nos patientes envers leurs objets-environnement sur la scène du Dispositif. Elle permet aussi d'être attentif aux mouvements identificatoires émergents dans le Dispositif, en plus des manifestations transférentielles, tout autant indicateurs des capacités d'utilisation des objets du dispositif, tant soignants que pairs. Nous avons pu observer en effet comment l'accroche transférentielle s'est rapidement effectuée de manière générale pour l'ensemble des patientes en mobilisant toute la question des identifications archaïques et œdipiennes à leurs objets internes, notamment au bisexuel des imagos parentales et au sexuel conflictuel des imagos sororales. L'accueil de cette relation transférentielle, aussi attaquante et haineuse a-t-elle pu être pour certaines femmes comme Marilène, Maggie, Blanche, ou encore Katia, ainsi que sa mise en tension avec les réponses contre-transférentielles des membres du groupe, aura permis à plusieurs femmes de pouvoir découvrir d'autres modes d'investissement des objets-animatrices et des objets-paires par le biais de la mise en place de nouvelles formes d'identifications. L'ouverture et la mise en œuvre de ces potentialités identificatoires sont des indices de la capacité de réaménagements narcissiques-identitaires et libidinaux chez nos patientes. Elle se révèle être la patiente qui semble s'être le plus identifiée à la posture soignante des animatrices en proposant à ses élèves de lycée un accompagnement dans leur scolarité par l'outil esthétique, dans le contexte particulier de son groupe qui s'est désertifié et qui lui a permis de bénéficier d'un accompagnement quasi individuel. Joëlle a aussi montré avoir pu s'identifier à la fonction soignante des animatrices en soutenant moralement et en apportant une aide logistique au projet scolaire de sa fille aînée de créer une association qui distribuerait gratuitement des produits cosmétiques adaptés aux femmes en soin pour un cancer. En s'appropriant une technique de maquillage des sourcils, Iris a également manifesté sa capacité à introjecter le désir d'apprendre à se rendre reconnaissable et belle à ses propres yeux. A contrario, Blanche et Katia seraient les patientes qui ont le plus résisté, hormis celles qui ont quitté le Dispositif dans une forme de passage à l'acte comme Maggie ou encore Solène, ne pouvant lâcher le lien à l'objet maternel réactualisé aussi insatisfaisant et malmenant soit-il.

V.4.4 DES CARACTERISTIQUES FACILITANT LA SUBJECTIVATION FEMININE A PARTIR DE L'EXPERIENCE CANCEREUSE

Enfin dans ce quatrième point, il s'agit de reprendre l'ensemble des caractéristiques du Dispositif mises à jour précédemment et de questionner leur apport spécifique dans l'accompagnement psychologique de cette expérience de traversée du cancer gynécologique. Dans ce travail, ce que nous nommons l'expérience cancéreuse correspond à l'épreuve que la

confrontation avec le cancer génère tant par les remaniements psychosomatiques qu'il impose que par les rencontres et les relations objectales (soignantes et entre paires) qui se tissent au fil des soins. Il s'agit d'une expérience à part entière, dans le sens où les patientes vont acquérir et/ou développer des connaissances sur elles-mêmes et sur le monde qui les entoure d'après l'observation et le partage de leurs vécus. Autrement dit, comme nous le soulignons plus tôt, l'un des enjeux majeurs du soin psychique, qui plus est dans une approche clinique du somatique et en cancérologie notamment, réside dans l'accompagnement des patients à cheminer, à leur rythme, c'est-à-dire indépendamment de la temporalité imposée par les soins somatiques hospitaliers, et par la mise à disposition de moyens favorisant des symbolisations plurielles (Baranès, 2012⁶⁴⁴), vers le récit et la mise en histoire de la situation de crise identitaire que la maladie active/réactive. La clinique en service de gynécologie oncologique nous a aussi maintes fois montré le besoin pour les patientes d'être chacune considérée dans leur individualité, avec leurs particularités identitaires, bien que ces dernières volent en éclat au moment de l'annonce du diagnostic et du démarrage des soins. Difficile alors de se reconnaître lorsque ses propres repères sont défaillants, que ses caractéristiques physiques et psychiques vacillent, et qu'il existe peu d'espaces dans lesquels rencontrer des objets qui vont mettre au service leur psychosoma pour accompagner ces moments de rupture identitaire qui actualisent des lignes de faille actuelles comme plus anciennes voire archaïques.

Lors d'un colloque consacré à l'œuvre d'A. Green, F. Richard (2012)⁶⁴⁵ rapportait les propos de ce dernier qui définissait la notion de subjectivation en terme de reconnaissance : « Ceci est bien de Moi, à moi ; ceci est Moi puisque c'est en moi... » (Green cité par Richard, 2012, p. 18). Ainsi le processus du devenir sujet est convoqué tout au long de la vie. M. Bertrand (2005)⁶⁴⁶ le qualifiait d'indéfini et inachevé par essence. R. Cahn (1991)⁶⁴⁷ lui conférait un caractère asymptotique dans le même ordre d'idée. Ce processus semble cependant plus particulièrement mobilisé lorsque le sujet traverse des situations à potentiel traumatique, comme l'expérience du cancer, et il réside en premier lieu en une action de reconnaissance de soi, d'existence et de continuité de soi, quelles que soient la violence et la valence des affects, représentations, fantasmes que la situation rencontrée génère et/ou réactive de l'histoire du sujet. L'appropriation subjective est un processus central de la vie psychique qui s'appuie sur la réflexivité et qui permet à la personne de se reconnaître comme un sujet qui met lui-même en représentations ses propres expériences, conscientes et inconscientes, qui leur donne du sens,

⁶⁴⁴ Baranès, J-J. (2012). *Langages et mémoire du corps en psychanalyse*. Toulouse, France : Erès.

⁶⁴⁵ Richard, F. (2012). André Green, penseur du négatif. Dans D. Cupa, Hommage à André Green, *Le carnet PSY*, 2(160), 12-25.

⁶⁴⁶ Bertrand, M. (2005). Qu'est-ce que la subjectivation ?. *Le carnet Psy*, 1(96), 24-27.

⁶⁴⁷ Cahn, R. (1991). *Adolescence et folie. Les déliaisons dangereuses*. Paris, France : PUF.

afin de les faire siennes et de construire sa propre subjectivité. C'est un processus de construction de soi et de (re)connaissance de soi (Roussillon, 2008c⁶⁴⁸), de reprise permanente de sensations, de vécus, d'éléments mis hors éprouvés et hors pensée ou refoulés, en somme des restes échappant à la symbolisation et qui sont pour autant en lien avec des moments fondamentaux du développement du sujet réactivés par les événements actuels. Pour nos patientes, c'est d'ailleurs bien à la faveur de situations et de vécus articulés autour du cancer, que ces traces, ces contenus psychiques potentiels (Roussillon citant Winnicott, 1999b⁶⁴⁹, p. 786), vont avoir la chance d'une reprise symbolisante, d'une inscription dans le psychisme passant par une construction ou une reconstruction (M. Bertrand, 2005) et favorisant l'appropriation subjective. Ainsi, notamment dans la partie qui s'intéresse à la configuration du Moi-peau et des enveloppes psychiques, et à condition que les femmes puissent rencontrer des espaces de soin, d'observation et d'écoute de leurs souffrances somatopsychiques, nous avons pu constater combien l'expérience que représente le cancer dans la vie de ces femmes peut s'avérer représenter une opportunité de reprise symboligène psychosomatique de ces souffrances, actuelles bien sûr, mais aussi plus anciennes, et d'investissement/réinvestissement libidinal de zones corporo-psychiques jusque-là clivées ou exclues de l'autoreprésentation de soi.

⁶⁴⁸ Roussillon, R. (2008c). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris, France : Dunod.

⁶⁴⁹ Roussillon, R. (1999b). La capacité d'être seul en face du groupe. *Revue Française de Psychanalyse*, 4(63), 785-800.

CONCLUSION ET NOUVELLES PERSPECTIVES DE RECHERCHE :

1. "REGARDS APRES-COUPS" PORTES SUR L'EXPERIMENTATION DU DISPOSITIF

Le terme « regards après-coups » est ici employé au pluriel car il semble que le regard que je porte sur l'expérimentation du Dispositif d'accompagnement psychologique par la pratique socio-esthétique bénéficie d'un deuxième temps en cette période de fin d'écriture de la thèse. Le premier temps a correspondu à celui de la fin de la longue période d'évitement durant laquelle il me paraissait extrêmement difficile de me replonger dans la clinique, de reprendre les notes des ateliers, ne serait-ce que dans un premier temps simplement les relire et les retranscrire, sans même chercher encore à les commenter ou à les analyser. Cette période d'évitement m'a questionnée sur ma disponibilité psychique lors de la phase d'animation des ateliers : avais-je traversé cette phase sans me laisser toucher par la charge affective massive qui circulait dans les groupes ? La simple idée d'avoir à me confronter de nouveau avec les ambiances des groupes, mortifères, haineuses, attaquant, chargées d'angoisses, m'était pénible. Pourtant les séances de supervision montraient que la clinique m'habitait. Bien que plusieurs mois se soient écoulés depuis les ateliers, je pouvais rapporter des séquences cliniques dans le moindre détail, avec des observations tant groupales, intersubjectives qu'individuelles. Je pouvais faire également appel de manière très précise aux affects que j'avais pu repérer chez les patientes, mais aussi en moi ou chez Ariane d'après les échanges que nous avons eus en fin d'ateliers pour mettre en commun nos vécus et impressions. Sans doute, tout comme le groupe avait permis aux patientes de supporter la violence de leurs vécus et de les transformer, il en était de même pour moi. En supervision, il devenait moins laborieux, et moins effrayant aussi, de travailler à l'élaboration théorico-clinique à plusieurs : avec Ariane, nous redonnions une forme à la clinique en nous remémorant des séquences et en repartageant nos vécus respectifs ; partant de ce matériel-ci, à trois, nous pouvions en comprendre les enjeux psychiques révélés par le Dispositif dans la situation malade que traversent les patientes.

Nous avons mis en évidence que le binôme d'animatrices Socio-esthéticienne / Psychologue est très important dans ce type de proposition de soin faite aux patientes. Celui-ci permet de lever le tabou qui existe encore concernant l'accompagnement psychologique en cancérologie, malgré la sensibilisation de plus en plus développée du grand public et des soignants à la vie psychique. En effet, nous avons pu constater que plusieurs patientes ont ainsi engagé un travail psychothérapeutique durant leur participation aux ateliers ou juste après ceux-ci.

Je m'attends désormais à vivre un troisième temps d'après-coup après le dépôt du manuscrit et dans l'attente de la soutenance.

2. UN DISPOSITIF MENANT VERS L'APPROPRIATION SUBJECTIVANTE DU « SOIN DE SOI » AU FEMININ : ENJEU MAJEUR DU SOIN PSYCHIQUE EN ONCOLOGIE GYNECOLOGIQUE

Le premier constat que nous avons pu réaliser dès les tous premiers ateliers a été que la manière dont une femme vit les soins, somatiques pour le cancer mais aussi les soins esthétiques que nous lui proposons, dépend grandement de la manière qu'elle a eue d'investir son corps jusque-là. Dans les vécus des relations de soin qui s'engagent dans le traitement du cancer, maladie dans laquelle la vie est menacée, et nous insistons encore sur la polysémie du terme « soin » dans notre expérience, nous percevons le type de relation que les femmes mettent en œuvre avec leur corps, avec leur habitat psychosomatique (Dumet, 2017⁶⁵⁰). Comment l'expérience du cancer éclaire les traces somatopsychiques laissées par ce qui a pu faire souffrir dans les liens primaires et par ce qui peut faire souffrance dans les liens actuels ? Nous pouvons repérer comment ces femmes ont appris à se soigner et à prendre soin d'elle et quels rapports elles entretiennent avec leurs objets sexuellement investis, tels leurs objets primaires soignants mais aussi leurs partenaires qui ont contribué à construire/étoffer leur auto-investissement féminin. L'annonce du cancer gynécologique et le démarrage des soins somatiques marquent comme un coup d'arrêt dans ce processus d'auto-investissement, tel qu'il se déroulait, et oblige à trouver des ressources pour qu'il se réaménage, ou pour certaines femmes pour qu'il s'aménage tout simplement, comme pour Anne par exemple. Il était alors intéressant et important de développer un Dispositif à médiation corporelle dans cette étape de vie critique pour ces femmes car il s'agit bien d'accompagner les transformations somatopsychiques engendrées par l'expérience du cancer afin de permettre la réappropriation du rapport à soi, à la vie et aux autres. De plus, ce Dispositif introduit une forme de prime à la féminité, il favorise la prise de conscience de sa propre féminité et la mise en œuvre de soins de soi féminins. Les femmes traversent un moment lors duquel leur corps est blessé, meurtri. Et c'est à ce moment-là justement que nous proposons de le rendre plus beau. Cela représente une forme de contrebalancement de la souffrance, de la castration, par du plaisir et du bien-être afin de leur montrer qu'elles ont encore la capacité à recevoir quelque chose de bon pour leur être-femme.

⁶⁵⁰ Dumet, N. (2017, avril). D'une topique psychosomatique intersubjective. Communication présentée au colloque du Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique – Centre Didier Anzieu *La symbolisation et ses environnements*, Bron, France.

Finalement, ce Dispositif déclenche chez les patientes un cheminement personnel, car comme nous l'avons déjà dit, il semble que les femmes s'investissent ensuite davantage dans leur vie psychique par la considération et la réorganisation des liens avec leurs objets internes, et dans la réécriture de leur histoire, notamment avec l'objet maternel et avec la place que prennent dans leur vie de femme les hommes, leurs partenaires sexuel(le)s ou le père.

3. VERS UNE TROISIEME FORME DE PROTOCOLE

Dans cette recherche, nous avons mis en œuvre un premier protocole qui correspond au dispositif 1, dispositif initial créé avec les cinq premiers groupes. Puis nous avons proposé un deuxième protocole, lui-même divisé en trois dispositifs faisant intervenir différentes variables. Pour rappel, le dispositif 2.1 correspond à la proposition de doublement du nombre d'ateliers, le dispositif 2.2 correspond à la proposition d'inversion des ateliers Maquillage et Soins du Visage, et enfin le dispositif 2.3 correspond à la proposition combinée de doublement du nombre d'ateliers et d'inversion des ateliers Maquillage et Soins du Visage. Les différences entre ces quatre propositions de dispositif portent sur le nombre et l'agencement des ateliers, mais ils partagent pour caractéristique commune d'être inaugurés par un entretien individuel d'inclusion, et de se terminer par deux entretiens individuels post-ateliers d'évaluation après-coup des effets psychiques produits par la participation aux ateliers. D'une manière générale, les effets des variables paraissent difficiles à évaluer. A priori le doublement du nombre d'ateliers semble avoir généré un absentéisme plus important chez nos patientes si nous le comparons avec celui des cinq premiers groupes qui s'est révélé très faible⁶⁵¹. Il ne faut cependant pas exclure à notre sens les effets d'un biais de recrutement de notre population lié à la temporalité à laquelle correspond l'entrée des femmes dans le Dispositif par rapport aux soins hospitaliers. Nous constatons alors qu'il serait plus aisé pour les femmes d'être assidues aux ateliers lorsque la phase des soins dits hospitaliers⁶⁵² est terminée, tout au moins après les

⁶⁵¹ Rappel des absences des participantes pour le dispositif initial :

- Groupe n° 1 : Myrta à l'atelier 2 du groupe n° 1,
- Groupe n° 5 : Clothilde à l'atelier 1 et Solène aux ateliers 2 et 3.

Rappel des absences des participantes pour les dispositifs enrichis :

- Groupe n° 6 : Maggie aux ateliers 1, 3, 4, 5 et 6, Claire aux ateliers 3, 4, 5 et 6, Maeva aux ateliers 2, 3, 4 et 6.
- Groupe n° 7 : Françoise aux trois ateliers, et Marion aux ateliers 2 et 3.
- Groupe n° 8 : Frédérique aux 6 ateliers, Sandra au premier atelier avant de se désister pour les cinq autres, Rachel aux ateliers 4 et 5, Mathilde à l'atelier 3, et enfin Katia aux ateliers 1 puisqu'elle n'était pas encore incluse dans la recherche, puis aux ateliers 5 et 6.
- Groupe n° 9 : April, Mila et Madeleine aux 6 ateliers.

⁶⁵² Par soins hospitaliers, nous entendons les soins qui se déroulent dans l'enceinte de l'hôpital, à savoir la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et éventuellement les soins de réadaptation post-cancer.

cures de chimiothérapie et à partir du traitement radiothérapique. Les effets de la variable d'inversion des ateliers Maquillage et Soin du Visage s'avère quant à elle particulièrement difficile à évaluer. Nous avons cependant constaté que les ateliers Soin du Visage provoquent des réactions transféro-contre-transférentielles plus fortes dans les groupes que les ateliers Maquillage. Rappelons-nous des ateliers Soin du Visage de Blanche et de Christelle par exemple. Ainsi il s'avère plus opportun de proposer les soins du visage en milieu de Dispositif car cela nous permet d'avoir au moins un temps d'atelier Maquillage ensuite pour reprendre et mettre au travail les éléments relationnels actualisés qui ont alors émergé.

C'est ainsi qu'à l'issue de l'expérimentation de ces deux premières formes de protocoles, nous souhaitons en proposer une troisième qui pourrait être mise à l'essai dans une recherche future et qui se déclinerait en deux modules d'ateliers.

Nous souhaiterions augmenter la capacité d'accueil des groupes à six patientes. Nous aimerions repérer les changements dans la dynamique groupale que provoque le plus grand groupe. Permettrait-il encore le même type de partage d'intimité entre les patientes ? L'appel aux fonctions soignantes des animatrices serait-il toujours aussi aisé ? La circulation de la parole entre les participantes serait-elle plus fluide, ou au contraire plus difficile ? Un plus grand nombre de participantes permettrait également de conserver un travail de groupe plus fiable, malgré des absences, qui éviterait des ateliers avec une seule participante. Cependant, comme nous avons pu le voir auparavant, il semble qu'Ella et Christelle aient chacune pu tirer bénéfice d'un accompagnement qui s'est individualisé, et que cela ait pris sens dans leur histoire de vie personnelle.

Nous réduirions également la temporalité entre chaque atelier : nous passerions de trois semaines entre chaque atelier à deux, afin de dynamiser l'investissement des femmes dans le dispositif.

Ci-après le déroulement de ce troisième protocole :

- Un entretien d'inclusion dans le Dispositif ;
- Premier module de trois ateliers : Conseil en Image / Soin du Visage / Maquillage ;
- Un entretien post-module n° 1, quinze jours après l'atelier 3 du premier module afin que les patientes puissent donner de leurs nouvelles, témoigner-partager après-coup de leurs vécus et de leur parcours dans le premier module, et ainsi soit clore leur participation au dispositif, soit s'engager pour participer au deuxième module de trois ateliers.
- Deuxième module de trois ateliers : Conseil en Image 2 / Soin du Visage 2 / Maquillage 2. Ce deuxième module est complémentaire du premier, présenté systématiquement lors de l'entretien d'inclusion, et proposé à toutes les patientes à la fin du premier module.

La participation à ce deuxième module implique donc la formulation réitérée de l'engagement de la patiente lors de l'entretien post-module n° 1.

La configuration, peut-être également la taille du groupe, vont alors inévitablement changer puisque certaines femmes ne se réengageront pas pour ce module-ci. Il ne s'agira plus alors de groupes fermés qui resteraient identiques lors des deux modules, mais d'un premier groupe fermé pour le premier module, et d'un deuxième groupe fermé différent pour le module n° 2 si toutes ne se réengageaient pas. Ceci implique le démarrage de plusieurs groupes simultanément, au moins deux, afin que le deuxième module puisse compter suffisamment de participantes pour conserver une dynamique groupale intéressante. La confrontation avec la réalité du recrutement pourra déterminer si cela paraît réalisable. Pour cette recherche, nous avons éprouvé des difficultés à diffuser l'information de l'existence de cette offre de soin qui puisse atteindre les patientes potentiellement concernées. Les patientes décrivent se sentir noyées par le flot d'informations donné en début de soin. Elles disent ne pas arriver toujours à trier de manière pertinente ce qui pourrait leur apporter du soutien. L'expérience a aussi montré qu'une femme à qui on, médecin, secrétaire, infirmière, psychologue, a proposé de participer au Dispositif d'accompagnement psychologique par la socio-esthétique, a beaucoup plus pu s'en saisir et l'intégrer dans son plan de soin global.

- Enfin un entretien post-module n° 2, cette fois-ci environ quatre à six semaines après la fin du module n° 2, ayant le même objectif de témoignage-partage après-coup de la participation au Dispositif, afin de venir mettre un terme à cette forme d'accompagnement psychologique, pour éventuellement formuler la demande d'en initier une autre forme, à l'hôpital ou à l'extérieur, selon le désir exprimé et/ou perçu de maintien ou de prise de distance dans les liens avec le milieu hospitalier, qui peut se révéler tout à la fois malmenant mais aussi rassurant face à l'inconnu de l'après-cancer.

Déjà dans le deuxième protocole, et notamment dans les ateliers Conseil en Image 2, Soins du Visage 2 et Maquillage 2, nous avons considérablement allégé le contenu semi-directif attendu des ateliers. En effet, le premier protocole proposait des trames d'atelier hyper détaillées, avec des activités très cadrées, tel le travail autour des représentations avec l'appui de photos qui est prototypique de cette tendance. Nous avons besoin de rencontrer les patientes avec une feuille de route bien contrôlée. Ce phénomène de remplissage était symptomatique d'une forte angoisse chez les animatrices liée à la fois à l'inconnu de la rencontre avec les patientes par l'intermédiaire de ce type de Dispositif, mais aussi liée au souci d'avoir des éléments d'observation qui permettent une approche comparative des groupes dans la recherche. Nous nous sommes rapidement rendu compte que le rythme que ces trames imposait n'était pas tenable : les patientes souhaitent s'exprimer librement, ce que nous désirions également en

favorisant au maximum la circulation de la parole, et nous dépassions alors toujours le cadre-horaire défini de deux heures d'atelier. Dans ce troisième protocole, la crainte du vide, du silence semble avoir disparu chez les animatrices, ou plutôt elle se met au service des patientes en favorisant l'émergence et la mise au travail de la négativité psychique, bien repérée dans les chapitres précédents.

L'expérience semble nous avoir montré que le temps des soins hospitaliers, plus précisément celui de la chimiothérapie, n'est pas le plus opportun pour ces femmes pour s'engager dans ce type de Dispositif. L'engouement de celles qui avaient terminé la phase des soins dits hospitaliers dans le premier protocole semble confirmer cette tendance, ainsi que le fort taux d'absentéisme dans le deuxième protocole. Cependant, nous pensons que nous devons continuer à le proposer aux patientes dès le début de leur parcours de soins pour deux raisons : laisser la liberté à chaque femme de décider quel moment serait le meilleur pour elle pour bénéficier de cet accompagnement psychocorporel, peu importe si elle se sent en mesure de le réaliser finalement ; puis nous soutenons toujours que les différences de pathologies, d'âge et de situation dans le parcours de soin sont riches et supports précieux de modèles identificatoires variés.

4. DE L'INTERET D'UNE PSYCHOTHERAPIE INDIVIDUELLE CONCOMITANTE AVEC LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE PAR LA SOCIO-ESTHETIQUE

Ce qui aurait pu se révéler être un biais méthodologique dans la constitution de la population de recherche nous permet de mettre en question l'intérêt psychothérapeutique que peut avoir le fait qu'une patiente suive de manière concomitante une psychothérapie individuelle. Cette question a été travaillée par C. Dévaud et M. Stigler-Langer (2016)⁶⁵³ dans la clinique des auteurs de violences sexuelles. Celles-ci relèvent plusieurs intérêts à proposer un dispositif individuel et un dispositif groupal avec le même thérapeute dans les deux espaces notamment pour des patients souffrant de troubles narcissiques. Elles évoquent la facilitation de l'instauration du processus de liaison et de contenance, le renforcement du sentiment de confiance chez le patient en son thérapeute par la mise en œuvre d'une continuité du lien qui permet de dépasser le clivage dans le transfert. Du côté du thérapeute, ceci renforcerait sa capacité de rêverie et sa capacité d'analyse du processus transférentiel. Dans le recrutement des patientes pour le groupe, il semble que les patientes que je suivais déjà en thérapie individuelle

⁶⁵³ Dévaud, C. et Stigler-Langer, M. (2016). Intérêt d'un traitement de groupe et d'un traitement individuel associé pour les auteurs de violences sexuelles : illustration à partir de deux situations cliniques. Dans B. Gravier et P. Roman (dir.), *Penser les agressions sexuelles* (p. 169-185). Toulouse, France : Erès.

aient été tout de suite en confiance pour accepter le travail différent qui allait s'instaurer dans le groupe à médiation. Dans les groupes, certaines patientes suivies ont pu montrer des manifestations d'accaparement de mon attention (Jeanne et Mathilde), de recherches d'étayage par le regard (Éliette) ou de recherche de relation privilégiée (Mirella en fin d'ateliers). Nous avons aussi constaté combien il s'avérait important pour elle de reprendre lors des entretiens individuels des éléments ou des vécus qui avaient émergé dans l'espace groupal et qui avaient pu alors faire énigmes ou poser question en elles. De mon côté il semble que cela facilitait ma capacité associative et d'analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle.

Quant à la question de l'intérêt de la concomitance du Dispositif d'accompagnement psychologique par la socio-esthétique et d'une thérapie individuelle pratiquée par un autre psychologue de l'institution, nous n'avons que peu d'éléments pour y répondre malheureusement car je suis relativement peu en lien avec les collègues. Je l'ai été au moment de l'inscription des patientes dans les groupes, puis peu ensuite. Cela s'avère sans doute révélateur de la force du clivage au sein de l'hôpital, que ce soit dans le même service ou dans d'autres. A. Roche-Parent (2002)⁶⁵⁴ qui pratique dans un cadre de thérapie dite « analytique-et-corporelle » en groupe, avait remarqué que cette concomitance d'une thérapie individuelle et d'une thérapie de groupe favorisait notamment ce qu'elle nomme le « défusionnement des imagos maternelles et paternelles » dans le transfert, et ainsi la mise au contact du patient avec des affects réprimés ou des représentations refoulées ou désaffectivées. Dans la clinique de notre Dispositif, nous pouvons constater tout de même que nombreuses étaient les patientes à s'être inscrites dans le Dispositif sur la proposition de leur psychologue, ce qui montre encore une fois que le lien de confiance est nécessaire pour s'engager dans un espace thérapeutique groupal, et peut-être corporel aussi. Ce lien de confiance semble être la projection du lien de confiance que s'accordent les thérapeutes entre eux, et qui permettrait de restaurer le sentiment de sécurité interne des patientes, mis à mal par leur situation malade réactivant les failles de la permanence du lien de confiance à l'objet (maternel, paternel, conjoint). Néanmoins, un temps d'échange plus formalisé entre thérapeute individuel et thérapeute groupal pourrait être davantage réfléchi afin d'approfondir les apports de l'articulation de ces deux dispositifs pour les patientes, notamment en ce qui concerne l'approfondissement de l'analyse du transfert.

⁶⁵⁴ Roche-Parent, A. (2002). Thérapie de groupe et thérapie individuelle : une articulation possible. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(39), 197-208.

5. PROPOSITION DE CONSTRUCTION D'UNE GRILLE D'ÉVALUATION DE L'ÉVOLUTION DES PROCESSUS PSYCHIQUES DES PATIENTES À PARTIR DU COSMÉTOGRAMME

À l'issue de ce travail de recherche, nous proposons à présent de réfléchir à partir du cosmétogramme afin de lui donner une dimension supplémentaire à celle de l'observation. Au cours de cette recherche, j'ai été amenée à créer le cosmétogramme pour formaliser des critères d'observation afin de pouvoir les rendre plus apparents au fil des ateliers et des groupes. La sélection des critères d'observation s'est faite de manière intuitive dans un premier temps. J'ai été guidée en effet par ma sensibilité clinique à porter attention aux manifestations somatiques, mimo-gestuo-posturales et de manière générale au corps des sujets, en plus bien sûr de l'attention portée à leur parole et aux chaînes associatives verbales. L'ambition désormais serait de créer un outil, à partir du cosmétogramme, qui servirait plus l'évaluation des effets psychiques thérapeutiques sur les patientes participantes du Dispositif d'accompagnement psychologique par la socio-esthétique. Ceci paraîtrait envisageable si notre outil permettait de noter plus finement l'évolution des processus psychiques mis en jeu par ce Dispositif particulier. Ainsi celui-ci pourrait devenir un outil d'"évaluation « par le processus »" (Brun, 2016⁶⁵⁵). Ceci permettrait de proposer une évaluation plus pointue de l'évolution des processus psychiques qui se révèlent être en jeu dans ce Dispositif, et que nous avons mis à jour précédemment : la restauration des enveloppes psychiques, la réflexivité psychique, le narcissisme et la subjectivation au féminin. Mais il pourrait aussi s'avérer être un outil favorisant la reproductibilité de la mise en place du Dispositif dans d'autres institutions. Cependant, il s'agit bien de garder en tension une tentative d'objectivation des indices de transformations psychiques partageables par l'ensemble de nos patientes, et le respect de la singularité de chaque histoire et de chaque engagement relationnel (Attigui, 2016⁶⁵⁶). L'ambition du repérage de l'évolution des processus psychiques doit être tempérée néanmoins encore une fois par la temporalité relativement courte que les dispositifs dans lesquels nous rencontrons les patientes offrent. Ainsi nous ne pouvons que peu évaluer si l'évolution repérée est le signe d'une transformation psychique durable ou l'amorce d'une telle transformation, le signe que le processus psychique est mobilisable chez le sujet et qu'il pourra générer les

⁶⁵⁵ Brun, A. (2016b). Évaluation « par le processus » : la méthode à partir de dispositifs de médiations thérapeutiques pour enfants. Dans A. Brun, R. Roussillon et P. Attigui (dir.), *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels* (p. 125-183). Malakoff, France : Dunod.

⁶⁵⁶ Attigui, P. (2016). Exploration métapsychologique des étapes évolutives en psychopathologie de l'adulte. Évaluation qualitative des dispositifs à médiations. Dans A. Brun, R. Roussillon et P. Attigui (dir.), *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels* (p. 183-196). Malakoff, France : Dunod.

réaménagements narcissiques-identitaires notamment nécessaires, inhérents à la gestion de la crise cancéreuse au long cours.

Voyons dès à présent comment nous pourrions remanier et développer en ce sens le cosmétogramme. Les trois tableaux initialement construits correspondaient chacun au repérage dans l'observation de critères relevant des trois espaces de réalité psychique en jeu dans les ateliers, à savoir la réalité psychique intrasubjective, la réalité psychique groupale et la réalité psychique intersubjective. Dans une perspective processuelle, nous ne différencierions pas ces trois espaces car ils s'entremêlent et s'articulent en permanence. Les entrées seraient plutôt les suivantes : la configuration des enveloppes psychiques, les capacités réflexives et les aménagements narcissiques-identitaires féminins. Néanmoins, il apparaît nécessaire de conserver l'axe temporel qui évalue en trois grands temps, dont le temps T2, correspondant aux ateliers qui se subdiviserait alors ensuite en trois ou six, ainsi que le temps T3 qui se subdiviserait en deux temps d'entretien post-ateliers. Ceci permet de repérer l'évolution des processus dans le temps du dispositif, aussi court soit-il. Il paraît également très important de porter attention aux éléments relationnels dans les groupes, comme étant toujours significatifs de manifestations transférentielles, contre-transférentielles ou intertransférentielles. Ceci permet d'affirmer de nouveau notre positionnement clinique. Voici ci-après un essai de formalisation de ces dernières réflexions :

Tableau 31 : Proposition de grille d'évaluation des processus psychiques en jeu dans les ateliers

Processus psychiques à l'œuvre	Critères d'évaluation cliniques à repérer	Temps du dispositif (repérage de l'évolution des critères tout au long du dispositif)		
		T1 Lors de l'entretien préliminaire	T2 Pendant les ateliers	T3 Lors des entretiens post-ateliers
Configuration des enveloppes psychiques	• Qualités et opérationnalité des fonctions du Moi-Peau et des enveloppes psychiques (associativité formelle, A. Brun, 2016) • Évaluation de la configuration du Moi-Peau groupal et des enveloppes groupales (postures, discours,			
Capacités réflexives	• à se voir (dans le miroir, par rapport aux paires, dans le regard de l'autre ...) • à se sentir (physiquement, psychologiquement) • à se toucher/être touchée (peau, corps, affects) • à (se) donner une image de soi-même			
Subjectivation féminine	• Processus identificatoire (figure du double de soi, de l'autre, figure parentale qui prend soin) • Adresse transférentielle (outils de médiation, cadre, animatrices, paires, groupe) • Formes auto-représentatives (place dans le groupe, dans la famille, au travail, dans la société ...)			

6. UN DISPOSITIF A IMAGINER POUR LES SOIGNANTS EN ONCOLOGIE ?

Comme rappelé dans le chapitre III, le projet initial envisageait de proposer également à des groupes de soignants en oncologie de l'hôpital de participer à un Dispositif d'accompagnement psychologique par la socio-esthétique. J'avais en effet le souci de proposer aux soignants qui se trouvent en permanence au contact d'éléments en souffrance des patients, de pouvoir bénéficier d'un espace de mise au travail des effets produits sur leur psychosoma par leur pratique de soin. Cette idée a émergé lorsque nous avons commencé à présenter le projet de recherche. Plusieurs soignants soutenaient cette initiative pour les patientes, mais pouvaient exprimer également beaucoup d'envie, toujours par des formules humoristiques. Les soignants laissaient ainsi transparaître un fort besoin de prendre soin d'eux. En effet, à l'image du dispositif classique d'entretien psychothérapique par la parole qui peut se montrer insuffisant ou inadapté pour nos patientes, nous avons constaté que les équipes de soin se révèlent fréquemment en difficulté pour adhérer au dispositif classique d'analyse de la pratique proposé par les psychologues aux conditions du travail de l'hôpital. Et si le Dispositif d'accompagnement psychologique par la socio-esthétique pouvait constituer une voie d'abord et de mise au travail de la souffrance générée par le travail du soin apporté aux patients en oncologie ?

7. DISCUSSION AUTOUR DU TERME « SOCIO-ESTHETIQUE » ET PROPOSITION D'APPELLATION DEPOSEE POUR NOTRE DISPOSITIF

Je souhaite terminer cette recherche en engageant une discussion autour du terme « socio-esthétique ». D'après l'histoire de la discipline, les premières femmes à exercer le métier de socio-esthéticienne sont apparues d'abord aux États-Unis dans les années soixante, puis au début des années soixante-dix en France, et notamment dans l'univers psychiatrique de manière concomitante, au Centre Hospitalier Spécialisé du Vinatier à Bron avec l'expérience de Jenny Lascar, et à Tours avec Renée Roussière, fondatrice de l'association CODES – COurs D'ESthétique à option humanitaire et sociale. Cependant, il paraît difficile de trouver les origines du terme « socio-esthéticienne ».

Je me suis interrogée sur les raisons qui ont motivé à accoler l'adjectif « socio » à celui d'esthéticienne. Cet adjectif fait directement référence à la discipline de la sociologie, qui est l'étude des êtres humains dans leur milieu social afin de comprendre les phénomènes de société, les problèmes publics et leur histoire dans le contexte contemporain. Pour compléter cette première définition, nous pourrions dire qu'il s'agit de l'« étude des relations, actions et

représentations sociales par lesquelles se constituent les sociétés. Elle vise à comprendre comment les sociétés fonctionnent et se transforment »⁶⁵⁷. L'échelle d'étude en sociologie est donc le groupe d'individus qui forme une société, ce qui paraît peu adapté pour définir le contexte des rencontres dans lequel intervient la socio-esthéticienne. Celle-ci a généralement une pratique en chambre lorsqu'elle exerce à l'hôpital ou en cabine auprès d'une personne, éventuellement auprès d'un petit groupe. Son intervention respecte et révèle une forme d'intimité, corporelle bien sûr mais aussi psychique, dans la relation qui se tisse entre elle et les patients. Il semble qu'il s'agisse à chaque rencontre d'apporter confort et bien-être dans l'ici et maintenant de la rencontre avec le/les patients, afin qu'ils puissent chacun restaurer/instaurer une relation satisfaisante avec leur propre corps.

L'adjectif « socio » pouvait aussi venir définir l'approche esthétique pour des sujets fragilisés dans leur vie par des maux de notre société contemporaine : maladies chroniques, cancer, addiction, chômage, exclusion sociale ... J'avais alors imaginé qu'il pouvait venir rendre compte d'une pratique esthétique en mouvement vers l'autre sujet, à la rencontre de l'autre en situation de fragilité dans son intégrité physique, psychique ou sociale. Il s'agissait alors de spécifier cette formation complémentaire reçue par certaines esthéticiennes qui souhaitaient exercer plus spécifiquement auprès de publics en difficulté ou fragilisés. Cependant, il semble que ce terme reste encore aujourd'hui, après quarante ans d'existence, peu parlant si ce n'est confusionnant pour le grand public. Il semble que les appellations suivantes pourraient devenir plus signifiantes comme : esthéticienne au service du soin de soi, ou esthéticienne spécialisée dans le soin de soi.

Certains centres de formation ont d'ailleurs aujourd'hui renoncé à l'appellation « socio-esthéticienne » à la faveur de « psycho-esthéticienne » ou encore « psycho-socio-esthéticienne » comme à Nanterre ou à Pau. L'accent semble alors porté sur la dimension de l'accompagnement psychologique proposé à la faveur d'une relation dans laquelle sont prodigués des soins socio-esthétiques. Cette appellation ne me paraît pas plus satisfaisante dans la mesure où elle laisserait sous-entendre l'apport d'un soin psychologique tel qu'il pourrait l'être par un psychologue. Il est indéniable que le soutien psychologique est très important dans la relation socio-esthétique. Il est fréquent de lire qu'elle permet de renforcer l'estime de soi et de favoriser la mise en parole et l'accueil des vécus et des émotions liés à la situation que traverse le sujet. Cependant, outre l'accueil des éléments actuels et/ou actualisés de la vie psychique du sujet, le soin psychologique entend également proposer au sujet de l'accompagner

⁶⁵⁷ Définition proposée à partir d'éléments recueillis sur les sites internet de l'université Lumière Lyon 2 : <http://offreformation.univ-lyon2.fr/cdm/fr/fiche/objectifs/FRUAI0691775EPRME160/>, et du département de sociologie de l'université de Montréal : <https://socio.umontreal.ca/departement/quest-ce-que-la-sociologie/>.

dans la transformation de ceux-ci afin qu'il puisse se les approprier et les intégrer dans son histoire.

C'est à partir de ces quelques pistes de réflexion et de la spécificité de notre approche alliant psychologie et socio-esthétique par le binôme d'animatrices différentes professionnellement, que j'envisagerais dès à présent de nommer notre Dispositif ainsi : Dispositif d'accompagnement psycho-esthétique. Dans cette expression, je remplace le préfixe « socio » par « psycho » afin d'insister sur l'objet suivant : l'étude des effets psychiques de la participation des femmes à notre Dispositif. Il ne s'agit en aucun cas de ne plus reconnaître la spécificité de l'approche de la socio-esthéticienne qui élabore ses interventions grâce aux outils que sa formation lui a permis d'acquérir, et qui exerce avec sa sensibilité particulière à l'écoute et à l'accueil de la souffrance de l'autre. Néanmoins, il s'agit de mettre l'accent sur ce que la présence et la co-animation d'une psychologue clinicienne, d'ateliers utilisant les outils socio-esthétiques, vont venir favoriser vers un travail d'accompagnement, de remaniement et de gestion des enjeux psychiques mobilisés par la traversée du cancer pour ces femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages et articles de revues :

Abraham, K. (1913-1925). *Œuvres complètes*. Paris : Payot, 2006.

Aisenstein, M. (1993). D'un certain regard sur la question psyché-soma. *Revue française de psychosomatique*, 3, 79-92.

Ajuriaguerra, J. (2010). *Ontogenèse des postures, moi et l'autre*. Paris, France : Éditions du Papyrus.

Allouch, E. (2008). Le féminin, aujourd'hui. *Connexions*, 2(90), 33-46.

Allouch, E. (2011). Psychothérapie et médiations corporelles : vers une poétique du corps. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 89-100). Toulouse, France : Erès.

Alric, J. (2004). Qui écoute quoi ? Essai de repérage de deux postures d'écoute possible à l'hôpital. Dans P. Ben Soussan (dir.), *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte* (p. 129-139). Toulouse, France : Erès.

André, J. (dir.). (1999). *La féminité autrement*. Paris, France : PUF.

André, J. (dir.). (2009). *Folies de femmes*. Paris, France : PUF.

André, J., Dreyfus-Asséo, S. et Taylor, A-C. (dir.). (2010). *Psyché, visage et masques*. Paris, France : PUF.

André, J. (1995). *Aux origines féminines de la sexualité*. Paris, France : PUF, 2004.

André, J. (2009). *La sexualité féminine*. Paris, France : PUF.

André, J. (2010). Les yeux. Dans J. André, S. Dreyfus-Asséo et A-C. Taylor, *Psyché, visage et masques* (p. 129-132). Paris, France : PUF.

Andréas-Salomé, L. (1916). Anal et sexuel. Dans *L'amour du narcissisme* (p. 89-130). Paris, France : Gallimard, 1980.

Anzieu, A. (1990). *La femme sans qualité. Esquisse psychanalytique de la féminité*. Paris, France : Dunod.

Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Paris, France : Dunod, 1996.

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod, 1995.

Anzieu, D. (dir.). (1987). *Les enveloppes psychiques*. Paris, France : Bordas.

Anzieu, D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-peau. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (p. 1-22). Paris, France : Bordas.

Anzieu, D. et Kaës, R. (dir.). (1972). *Le travail psychanalytique dans les groupes, I, Cadre et processus*. Paris, France : Dunod, 1982.

Arnault, Y. (2016). Avant-propos. *Cancer(s) et Psy(s)*, 1(2), 17-21.

Attigui, P. (2016). Exploration métapsychologique des étapes évolutives en psychopathologie de l'adulte. Évaluation qualitative des dispositifs à médiations. Dans A. Brun, R. Roussillon et P. Attigui (dir.), *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels* (p. 183-196). Malakoff, France : Dunod.

Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris, France : PUF.

Aulagnier, P. (1984). *L'apprenti-historien et la maître sorcier*. Paris, France : PUF.

Aulagnier, P. (1986). *Un interprète en quête de sens*. Paris, France : Ramsay.

Bacqué, M-F. (2006). Nouvelles approches des relations entre sexualité et cancers. *Le Carnet Psy*, 4(126), 41-45.

Bacqué, M-F. (2010). Complexité des psychothérapies et de la recherche clinique dans les services d'oncologie. *Psycho-oncologie*, 4, 143-147.

Bacqué, M-F. et Pucheu, S. (dir.). (2015). *Psychothérapies analytiques en oncologie*. Paris, France : Lavoisier.

Bacqué, M-F. (2015). Évolution historique des psychothérapies analytiques en oncologie. Dans M-F. Bacqué et S. Pucheu (dir.), *Psychothérapies analytiques en oncologie* (p. 1-23). Paris, France : Lavoisier.

Balzac, H. (1831), *La peau de chagrin*. Paris, France : Classiques Garnier, 2018.

Baranès, J-J. (2012). *Langages et mémoire du corps en psychanalyse*. Toulouse, France : Erès.

Baudin, M. (2009). Le feu et la poudre. Réflexions sur la folie ordinaire des vulvodynies. Dans J. André (dir.), *Folies de femmes* (p. 119-137). Paris, France : PUF.

Bayle, N. et Perocheau, P. (2013). L'individuel existe-t-il en groupe ?. Dans N. Kacha et F. Sacco (dir.), *Voies nouvelles pour les psychothérapies de groupe* (p. 113-123). Ramonville Saint-Agne, France : Erès.

Béjarano, A. (1975). Résistances et transfert dans les groupes. Dans D. Anzieu (dir.), *Le travail psychanalytique dans les groupes* (p. 68-139). Paris, France : Dunod.

Bendrihen, N. (2008). En cancérologie : l'épreuve du réel. Dans C. Doucet (dir.), *Le psychologue en service de médecine. Les mots du corps* (p. 117-133). Paris, France : Elsevier-Masson.

Ben Soussan, P. (dir.). (2004). *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte*. Toulouse, France : Erès.

Ben Soussan, P. (2016). Édito. *Cancer(s) et Psy(s)*, 1(2), 8-16.

- Bensoussan, M. (2013). Quelle place pour la psychothérapie dans la thérapeutique du cancer ?. Dans M. Sami-Ali (dir.), *Cancer et psychosomatique relationnelle* (p. 13-19). Paris, France : EDK.
- Berenstein, I. et Puget, J. (2008). *Psychanalyse du lien : dans différents dispositifs thérapeutiques*. Ramonville Saint-Agne, France : Erès.
- Bergeret, J. (1984). *La violence fondamentale. L'inépuisable Œdipe*. Paris, France : Dunod.
- Bergeret, J. (dir.). (1999). *L'érotisme narcissique. Homosexualité et homoérotisme*. Paris, France : Dunod.
- Bergeret, J. (2003). L'importance de l'illusoire dans le concept d'homosexualité tel que l'entend un psychanalyste. *Revue française de psychanalyse*, 1(67), 27-40.
- Bergeret, J. et Houser, M. (2004). *Le fœtus dans notre inconscient*. Paris, France : Dunod.
- Bergeret-Amselek, C. (2013). Joyce McDougall, un nouveau regard sur la féminité. Dans S. Kirsch et J. Van Wynsberghe (dir.), *Les théâtres de Joyce McDougall* (p. 145-168). Toulouse, France : Erès.
- Bertrand, M. (2005). Qu'est-ce que la subjectivation ?. *Le carnet Psy*, 1(96), 24-27.
- Bick, E. (1967). L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces. Dans M. Harris-Williams (dir.). (1998). *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick* (p. 135-139). Larmor-Plage, France : Éditions du Hublot.
- Bigras, J., Cazenave, P. et Bessis, F. (1994). A propos du cancer. La maladie du nourrisson dans l'adulte. *Revue française de psychosomatique*, 1(5), 47-64.
- Bion, W.R. (1961). *Recherches sur les petits groupes*. Paris, France : PUF, 1965.
- Bion, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris, France : PUF, 1979.
- Bittolo, C. (2008). Les ambiances et leur traitement dans les groupes en institution. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(50), 47-55.
- Bleger, J. (1971). Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions. Dans R. Kaës (dir.). (1987). *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques* (p. 47-61). Paris, France : Dunod.
- Bleger, J. (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique. Dans R. Kaës (dir.), *Crise, rupture et dépassement : analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale* (p. 255-285). Paris, France : Dunod.
- Bokanowski, T. (2009). Haines(s) dans le transfert. *Revue Française de Psychanalyse*, 4(73), 971-985.
- Bokanowski, T. (2011). Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse : traumatisme, traumatique, trauma. *Le carnet Psy*, 6(155), 41-46.
- Bonaparte, M. (1949). De la sexualité de la femme. *Revue française de psychanalyse*, 1, 1-52 ; 2, 161-227 ; 3, 321-343.

- Bongrand, L. (2015). *Approche psychosomatique de l'insuffisance rénale : enjeux du féminin* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.
- Bonnet, G. (2005). *Voir - Être vu : Figures de l'exhibitionnisme aujourd'hui*. Paris, France : PUF.
- Botella, C. et S. (2001). Figurabilité et régrédience. *Revue française de psychanalyse*, 4(65), 1149-1239.
- Bouak, J. et Bouteyre, E. (2010). Cancer et socio-esthétique : évaluation psychologique des changements de l'image du corps grâce au dessin de la personne. *Psycho-oncologie*, 4, 38-46.
- Boubli, M. et Konicheckis, A. (dir.). (2002). *Clinique psychanalytique de la sensorialité*. Paris, France : Dunod.
- Bourdellon, G. (1999). Réussite et échec de l'homoérotisme chez la femme. Dans J. Bergeret (dir.), *L'érotisme narcissique. Homosexualité et homoérotisme* (p. 279-303). Paris, France : Dunod.
- Bourdin, D. (2014). Investissements d'objet et investissements narcissiques. Quelques paradoxes. *Revue française de psychanalyse*, 1(78), 166-178.
- Braunschweig, D. et Fain, M. (1975). *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Paris, France : PUF.
- Brédart, A., Swaine Verdier, A. et Dolbeault, S. (2007). Traduction/adaptation française de l'échelle « Body Image Scale » (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-oncologie*, 1, 1-7.
- Brette, F., Emmanuelli, M. et Pragier, G. (dir.). (2005). *Le traumatisme psychique : organisation et désorganisation*. Paris, France : PUF.
- Brun, A. (dir.). (2011). *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse, France : Erès.
- Brun, A., Chouvier, B. et Roussillon, R. (dir.). (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris, France : Dunod.
- Brun, A. et Roussillon, R. (dir.). (2014), *Formes primaires de symbolisation*. Paris, France : Dunod.
- Brun, A., Roussillon, R. et Attigui, P. (dir.). (2016). *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels*. Malakoff, France : Dunod.
- Brun, A. (1998). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Paris, France : Dunod.
- Brun, A. (2003). Groupe thérapeutique de peinture et réalité du lien précoce à l'objet. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(41), 167-176.
- Brun, A. (2013). Construction du cadre-dispositif en situation individuelle ou groupale. Dans A. Brun, B. Chouvier et R. Roussillon (dir.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (p. 95-121). Paris, France : Dunod.

- Brun, A. (2013). Spécificité du transfert dans les médiations thérapeutiques. Dans A. Brun, B. Chouvier et R. Roussillon (dir.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (p. 159-187). Paris, France : Dunod.
- Brun, A. (2016a). Spécificités de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques, *Cliniques*, 1(11), 16-44.
- Brun, A. (2016b). Évaluation « par le processus » : la méthode à partir de dispositifs de médiations thérapeutiques pour enfants. Dans A. Brun, R. Roussillon et P. Attigui (dir.), *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels* (p. 125-183). Malakoff, France : Dunod.
- Bullinger, A. (2013). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*. Toulouse, France : Erès.
- Burloux, G. (1999). Pourquoi la douleur ?. *Revue française de psychanalyse*, 1(63), 43-56.
- Cahn, R. (1991). *Adolescence et folie. Les déliaisons dangereuses*. Paris, France : PUF.
- Cahn, R. (2006). La subjectivation et ses vicissitudes. *Le carnet Psy*, 5(109), 21-23.
- Castarède, M-F. (2017). La voix et l'affect d'existence. *Revue française de psychosomatique*, 2(52), 95-110.
- Castro, D., Santiago-Delefosse, M. et Capdevielle-Mougnibas, V. (2009). La supervision de la pratique clinique : définitions et questionnements. *Le Journal des psychologues*, 7(270), 45-48.
- Célérier, M-C. (1997). *Psychothérapie des troubles somatiques*. Paris, France : Dunod.
- Chabert, C., Cupa, D., Kaës, R., et Roussillon, R. (dir.). (2008). *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*. Ramonville Saint-Agne, France : Erès.
- Chambry, E. (1964). *Platon. Le banquet*. Paris, France : Flammarion.
- Chapelier, J-B. (2017). Origines et destins des traumatismes. Dans J-J. Grappin et J-J. Poncelet (dir.), *Groupes et traumatismes* (p. 11-22). Toulouse, France : Erès.
- Chapellière, H. (2010). Le double et le groupe, *Dialogue*, 3(189), 79-93.
- Charbonnier, G. (2007). Traumatisme, transfert, transformation. *Psychothérapies*, 3(27), 139-148.
- Chasseguet-Smirgel, J. (dir.). (1964). *La sexualité féminine : recherches psychanalytiques nouvelles*. Paris, France : Payot, 2006.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1988). *Les deux arbres du jardin : essais psychanalytiques sur le rôle du père et de la mère dans la psyché*. Paris, France : Éditions des femmes, 2005.
- Chaulet, D. et Guettier, B. (dir.). (2015). *Corps, geste et langage*. Toulouse, France : Erès.
- Chauvet, M. (2015). Habiter son organisme pour en faire un corps !. Dans D. Chaulet et B. Guettier (dir.), *Corps, geste et langage* (p. 83-93). Toulouse, France : Erès.

- Chemouni, J. (2000). *Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte*. Paris, France : Nathan.
- Chiland, C. (1988). Enfance et transsexualisme. *La psychiatrie de l'enfant*, 31(2), 313-373.
- Chouvier, B. (dir.). (2002). *Les processus psychiques de la médiation*. Paris, France : Dunod.
- Chouvier, B. (2016). Les objets médiateurs dans le groupe thérapeutique. *Dialogue*, 3(213), 11-24.
- Chouvier, B. et Attigui, P. (2012). *L'entretien clinique*. Paris, France : Armand Colin.
- Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Paris, France : Dunod.
- Ciccone, A. (2003). De l'identification à l'empiètement dans l'expérience de l'intime. *Le divan familial*, 11, 39-51.
- Ciccone, A. (2006). Partage d'expériences et rythmicité dans le travail de subjectivation. *Le carnet Psy*, 5(109), 29-34.
- Ciccone, A. et Ferrant, A. (2008). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris, France : Dunod, 2015.
- Ciccone, A. et Ferrant, A. (2010). Indices de honte et dispositif psychothérapeutique. *Dialogue*, 4(190), 41-53.
- Ciccone, A. (dir.). (2012a). *La part bébé du soi. Approche clinique*. Paris, France : Dunod.
- Ciccone, A. (2012b). La pratique de l'observation. *Contraste*, 1(36), 55-77.
- Ciccone, A. (2012c). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2, 397-433.
- Ciccone, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(63), 65-78.
- Colignon, M. (2018). *La peau, métaphore d'une rencontre entre art et clinique*. Toulouse, France : Erès.
- Consoli, S. et Harrus-Revidi, G. (2012). Interview de Vincent de Gaulejac. La honte dans la peau. *Champ psy*, 2(62), 9-29.
- Cooley, C.H. (1902). The looking-glass self. *Social theory: the multicultural readings*. Philadelphia, Etats-Unis : Westview Press, 2010.
- Corcos, M. (2014). Le vide devant soi. Dans V. Estellon (dir.), *Actualité des états limites* (p. 73-89). Toulouse, France : Erès.
- Couragier, F. (2015). Le fraternel : un organisateur des processus de symbolisation dans les groupes thérapeutiques. *Connexions*, 2(104), 57-70.
- Cournut, J. et Cournut-Janin, M. (1993). La castration et le féminin dans les deux sexes. *Revue française de psychanalyse*, 57(5), 1353-1558.

- Croix, L. (2004). L'inévitable douleur du sujet. *Cahiers de psychologie clinique*, 2(23), 11-23.
- Cupa, D. (dir.). (2002). *Psychologie en néphrologie*. Paris, France : EDK.
- Cupa, D. (2002). Pour une écoute plurielle. Dans D. Cupa (dir.), *Psychologie en néphrologie* (p. 9-16). Paris, France : EDK.
- Cupa, D. (2004). La cruauté du surmoi féminin. Dans S. De Mijolla-Mellor (dir.), *La cruauté au féminin* (p. 55-92). Paris, France : PUF.
- Cupa, D. (2010). La complexité psychosomatique dans un service de médecine. Dans P-H. Keller (dir.), *Le corporel* (p. 129-154). Paris, France : Dunod.
- Cupa, D. (2012). Hommage à André Green. *Le carnet Psy*, 2(160), 12-25.
- Debray, R. (2001). *Épître à ceux qui somatisent*. Paris, France : PUF.
- Debray, R., Dejours, C. et Fédida, P. (2002). *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Paris, France : Dunod.
- Debray, R. (2002). Psychopathologie et somatisation. Dans R. Debray, C. Dejours et P. Fédida, *Psychopathologie de l'expérience du corps* (p. 3-62). Paris, France : Dunod.
- Deburge, A. (1994). Un travail sur la différenciation entre contre-attitude et contre-transfert en psychosomatique. *Revue française de psychanalyse*, 58(1), 1613-1616.
- Dechaud-Ferbus, M. (2011a). *Cet autre divan. Psychanalyse de la mémoire du corps*. Paris, France : PUF.
- Dechaud-Ferbus, M. (dir.). (2011b). *La psychothérapie psychanalytique corporelle : l'inalysable en psychanalyse : le divan par devant*. Paris, France : L'Harmattan.
- Dechaud-Ferbus, M. (2016). Perception et relaxation analytique : une pause créatrice. *Revue française de psychosomatique*, 1(49), 147-162.
- Dejours, C. (1989). *Les dissidences du corps*. Paris, France : Payot & Rivages, 2009.
- Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord. Corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris, France : Payot, 2003.
- Dejours, C. et Gernet, I. (2012). *Psychopathologie du travail*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Delion, P. (2009). Objets d'arrière-plan et interpénétration des regards. Dans *Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile* (p. 162-185). Toulouse, France : Erès.
- Del Volgo, M-J. (1997). *L'instant de dire. Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne*. Toulouse, France : Erès, 2012.
- De Mijolla-Mellor, S. (dir.). (2004). *La cruauté au féminin*. Paris, France : PUF.
- De M'Uzan, M. (2017). Le même et l'identique. *Cliniques*, 13, 24-38.

Derzelle, M. (2015). Considérations techniques et éthiques sur l'intervention psychothérapique chez les patients atteints de maladie cancéreuse. Dans M-F. Bacqué et S. Pucheu (dir.), *Psychothérapies analytiques en oncologie* (p. 181-189). Paris, France : Lavoisier.

Deschamps, D. (1997). *Psychanalyse et cancer. Au fil des mots* Paris, France : L'Harmattan.

Despinoy, M. et Pinol-Douriez, M. (2012). Sensation et perception dans la clinique psychanalytique. Dans D. Mellier, A. Ciccone et A. Konicheckis (dir.), *La vie psychique du bébé* (p. 23-42). Paris, France : Dunod.

Deutsch, H. (1930). Le masochisme féminin et sa relation à la frigidité. Dans M-C. Hamon (dir.). (1994). *Féminité Mascarade* (p. 215-231). Paris, France : Éditions du Seuil.

Dévaud, C. et Stigler-Langer, M. (2016). Intérêt d'un traitement de groupe et d'un traitement individuel associé pour les auteurs de violences sexuelles : illustration à partir de deux situations cliniques. Dans B. Gravier et P. Roman (dir.), *Penser les agressions sexuelles* (p. 169-185). Toulouse, France : Erès.

Diet, E. (1996). Le thanatophore. Travail de la mort et destructivité dans les institutions. Dans R. Kaës (dir.), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels* (p. 121-159). Paris, France : Dunod.

Dolto, F. (1966). *Sexualité féminine*. Paris, France : Gallimard.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France : Éditions du Seuil.

Donnet, J-L. (1976). Contre-transfert, transfert sur l'analyse. *Revue française de psychanalyse*, 40(3), 443-454.

Doron, J. (1987). A propos de la communication avec le soi. Phénomènes d'interfaces et modifications des aménagements de l'enveloppe psychique. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (p. 181-198). Paris, France : Bordas.

Doucet, C. (dir.). (2008). *Le psychologue en service de médecine. Les mots du corps*. Paris, France : Elsevier-Masson.

Druon, C. et Sitbon, A. (dir.). (2012). *La pensée psychanalytique de Janine Chasseguet-Smirgel*. Paris, France : PUF.

Dumet, N. (1994). *Hypercorporéisation et subjectivation, Approche psychodynamique et clinique de quelques cas d'obésités réactionnelles chez la femme* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.

Dumet, N. et Broyer G. (dir.). (2002). *Avoir ou être un corps ?*. Lyon Limonest, France : L'interdisciplinaire.

Dumet, N. (2002). *Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique*. Paris, France : Dunod.

Dumet, N. (2004). Le corps du thérapeute : lieu d'actualisation transféro-contre-transférentielle. *Filigrane*, 13(2), 81-95.

- Dumet, N. et Ferrant, A. (2009). Circularité psychosomatique et traumatismes. *Psychologie clinique et projective*, 1(15), 45-66.
- Dumet, N. (2009). Chronique d'une mort annoncée (in) évitable ? Masochisme, objet et subversion mortifères dans l'obésité morbide. *Champ psychosomatique*, 1(53), 57-69.
- Dumet, N. (2010). Le psychologue, le malade et la guérison du corps. Dans N. Dumet et H. Rousset (dir.), *Soigner ou guérir* (p. 53-76). Toulouse, France : Erès.
- Dumet, N. (2013a). L'expression somatique en séance, maillon associatif propice à la pensée, *Champ psy*, 1(63), 27-39.
- Dumet, N. (2013b). Corps et contre-transfert. Le psychosoma du clinicien. Dans S. Kirsch et J. Van Wynsberghe (dir.), *Les théâtres de Joyce McDougall* (p. 169-193). Toulouse, France : Erès.
- Dumet, N. (2014). Somatisations et/ou symbolisations ?. Dans A. Brun et R. Roussillon (dir.), *Formes primaires de symbolisation* (p. 65-82). Paris, France : Dunod.
- Dumet, N. et Fernandez, L. (dir.). (2016). *Psychopathologie clinique du somatique : 12 études de cas*. Paris, France : In Press.
- Dumet, N. (2018). La petite robe noire de Gabrielle : féminité endeuillée et/ou féminin mélancolique sublimé ?. *Cliniques méditerranéennes*, 1(97), 91-106.
- Duparc, F. (2003). La rage, la honte et la culpabilité (aux origines du malaise dans la culture). *Revue française de psychanalyse*, 5(67), 1757-1769.
- Duparc, F. (2017). *Le travail du psychanalyste*. Paris, France : Les éditions d'Ithaque.
- Eiguer, A. (2006). L'inconscient de la maison et la famille. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2(37), 23-33.
- Emde, R. N. (1999). Une progression : les influences intégratrices des processus affectifs sur le développement et en psychanalyse. *Revue française de Psychanalyse*, 73(1), 189-216.
- Estellon, V. (dir.). (2014). *Actualité des états limites*. Toulouse, France : Erès.
- Fagès, J-B. (1997). *Comprendre Jacques Lacan*. Paris, France : Dunod.
- Fain M. (1969). Réflexions sur la structure allergique. *Revue française de psychanalyse*, 33(2), 227-241.
- Fain, M. (1971a). Prélude à la vie fantasmatique. *Revue française de psychanalyse*, 2-3(35), 291-364.
- Fain, M. et Braunschweig D. (1971b). *Éros et Antéros*. Paris, France : Payot.
- Fain, M. (1982). *Le désir de l'interprète*. Paris, France : Aubier-Montagne.
- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines d'aujourd'hui*. Paris, France : PUF.

- Fédida, P. (1977). La question de la théorie somatique dans la psychanalyse. *Psychanalyse à l'Université*, 3, 621-648.
- Ferenczi, S. (1932). *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion*. Paris, France : Payot, 2004.
- Ferenczi, S. (1933). Influence de Freud sur la médecine. Dans *Œuvres complètes IV (1927-1933)* (p. 113-124). Paris, France : Payot, 1982.
- Ferenczi, S. (1934). Réflexions sur le traumatisme. Dans *Œuvres Complètes IV (1927-1933)* (p. 139-147). Paris, France : Payot, 1982.
- Ferrant, A. (2004a). La honte originaire et le groupe. *Revue internationale de psychosociologie*, 23(10), 109-126.
- Ferrant, A. (2004b). Le regard, la honte et le groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(43), 145-158.
- Ferrant, A. (2008). Honte et cancer. Dans A. Ciccone et A. Ferrant, *Honte, culpabilité et traumatisme* (p. 189-209). Paris, France : Dunod, 2015.
- Ferrant, A. (2018). La portance de l'autoérotisme. *Revue française de psychanalyse*, 3(82), 640-650.
- Fessaguet, D. (2013). Résonances corporelles. *Champ psy*, 1(63), 65-74.
- Fine, A. (1995). L'opérateur comme négatif de la réalité psychique. *Revue Française de Psychanalyse*, 1(59), 173-186.
- Fine, A., L'Heureux Le Beuf, D. et Le Guen, A. (dir.). (1997). *Bisexualité*. Paris, France : PUF.
- Fine, A. (1998). Apport dans un débat. Dans A. Fine et J. Schaeffer (dir.), *Interrogations psychosomatiques* (p. 71-83). Paris, France : PUF.
- Foulkes, S.H. (1964). *Psychothérapie et analyse de groupe*. Paris, France : Payot, 1970.
- Francese, E. (2016). Rôle de l'esthétique dans les ateliers à médiation artistique. *Le journal des psychologues*, 1(333), 36-41.
- Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. Toulouse, France : Erès, 2011.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris, France : Payot & Rivages, 2014.
- Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Paris, France : In Press, 2013.
- Freud, S. (1915). *Métapsychologie*. Paris, France : Gallimard, 1981.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Essais de psychanalyse* (p. 43-115). Paris, France : Payot, 1981.
- Freud, S. (1923). Le Moi et le Ça. Dans *Essais de psychanalyse* (p. 219-275). Paris, France : Payot, 1981.

- Freud, S. (1926a). *La question de l'analyse profane*. Paris, France : Gallimard, 1994.
- Freud, S. (1926b). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, France : PUF, 1995.
- Freud, S. (1938). *Abrégé de psychanalyse*. Paris, France : PUF, 1991.
- Freud, S. (1969). *La vie sexuelle*. Paris, France : PUF, 1997.
- Gaillard, G., Pinel, J-P. et Diet, E. (2009). Autoréflexivité et conflictualité dans les groupes institués. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(8), 199-213.
- Gibeault, A. (2012). L'Idéal du Moi et la maladie d'idéalité. Dans C. Druon et A. Sitbon (dir.), *La pensée psychanalytique de Janine Chasseguet-Smirgel* (p. 23-33). Paris, France : PUF.
- Gimenez, G. et Barthélémy, S. (2011). Le temps de la prise de notes. Propositions d'une méthode de notation dans les groupes cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(56), 171-185.
- Godfrind, J. (1993). *Les deux courants du transfert. Les symboles, entre corps et psyché*. Paris, France : PUF.
- Godfrind, J. (1997). La bisexualité psychique : guerre et paix des sexes. Dans A. Fine, D. L'Heureux Le Beuf, A. Le Guen (dir.), *Bisexualité* (p. 131-146). Paris, France : PUF.
- Godfrind, J. (2001). *Comment la féminité vient aux femmes*. Paris, France : PUF.
- Golse, B. et Roussillon, R. (2010). *La naissance de l'objet*. Paris, France : PUF.
- Gori, R. (2004). Le corps exproprié. Dans P. Ben Soussan (dir.), *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte* (p. 15-29). Toulouse, France : Erès.
- Grappin, J-J. et Poncelet, J-J. (dir.). (2017). *Groupes et traumatismes*. Toulouse, France : Erès.
- Grappin, J-J. (2017). De Vienne à Budapest : Sandor Ferenczi, un psychanalyste d'aujourd'hui. Dans J-J. Grappin et J-J. Poncelet (dir.), *Groupes et traumatismes* (p. 23-30). Toulouse, France : Erès.
- Gravier, B. et Roman, P. (dir.). (2016), *Penser les agressions sexuelles*, Toulouse, France : Erès.
- Green, A. (1973). *Le Discours vivant*. Paris, France : PUF, 2004.
- Green, A. (1974). L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique : à propos des changements dans la pratique et l'expérience analytiques. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 10, 225-258.
- Green, A. (1982). La double limite. Dans *La folie privée* (p. 293-316). Paris, France : Gallimard, 1990.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*. Paris, France : Éditions de Minuit.
- Green, A. (1992). *La Déliaison*. Paris, France : Les Belles Lettres.

Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris, France : Éditions de Minuit.

Green, A. (1998). *La déliaison : psychanalyse, anthropologie et littérature*. Paris, France : Hachette.

Green, A. (1999). Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Revue française de psychanalyse*, 63(5), 1587-1600.

Green, A. (2002a). Le syndrome de désertification psychique ; à propos de certaines tentatives d'analyse entreprises suite aux échecs de la psychothérapie. Dans F. Richard (dir.), *Le travail du psychanalyste en psychothérapie* (p. 17-34). Paris, France : Dunod.

Green, A. (2002b). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris, France : PUF.

Grotstein, J. (1981). Primal Splitting, the Background Object of Primary Identification and other self-objects. Dans *Splitting and Projective Identification* (p. 77-89). New York, Etats-Unis : Jason Aronson.

Guignard, F. (1997). *Épître à l'objet*. Paris, France : PUF.

Guignard, F. et Bokanowski, T. (2002). *La relation mère-fille, entre partage et clivage*. Paris, France : In press, 2012.

Guillaumin, J. (1973). Culpabilité, honte et dépression. *Revue française de psychanalyse*, 37(spécial congrès), 983-1006.

Guillaumin, J. (dir.). (1982). *Quinze études psychanalytiques sur le temps*. Toulouse, France : Privat.

Guillaumin, J. (1982). Avant-propos. Dans J. Guillaumin (dir.), *Quinze études psychanalytiques sur le temps* (p. 7-15). Toulouse, France : Privat.

Guyomard, D. (2009). *L'effet-mère : l'entre mère et fille, du lien à la relation*. Paris, France : PUF.

Haag, G. (1990). Identifications corporelles et in-corporation des liens. *Corps et Liens*, actes du colloque GEPC, Université de Provence, 9-20.

Hamon, M-C. (dir.). (1994). *Féminité Mascarade*. Paris, France : Éditions du Seuil.

Harris-Williams, M. (dir.). (1998). *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Larmor-Plage, France : Éditions du Hublot.

Harrus-Revidi, G. (1997). *L'hystérie*. Paris, France : PUF.

Hervé, C., Molinari, P-A., Grimaud, M-A. et Laforêt, E. (dir.). (2009). *L'humain, l'humanité et le progrès scientifique*. Paris, France : Dalloz.

Hochmann, J. (1994). *La consolation. Essai sur le soin psychique*. Paris, France : Éditions Odile Jacob.

- Horney, K. (1922-1936). *La psychologie de la femme*. Paris, France : Payot, 1971.
- Horovitz, M. (2015). La vérité émotionnelle partagée, source de consolation, *Revue française de psychanalyse*, 2(79), 458-465.
- Houzel, D. (1987). Le concept d'enveloppe psychique. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (p. 23-54). Paris, France : Bordas.
- Jaitin, R. (2002). Théories et méthodes de formation à l'école de Pichon-Rivière (Buenos Aires). *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(39), 141-179.
- James, W. (1890). *Principes de psychologie*. Paris, France : L'Harmattan, 2007.
- Janin, C. (2003). Pour une théorie psychanalytique de la honte (honte originaire, honte des origines, origines de la honte). *Revue française de psychanalyse*, 5(67), 1657-1742.
- Janin, C. (2005). Au cœur de la théorie psychanalytique : le traumatisme. Dans F. Brette, M. Emmanuelli et G. Pragier (dir.), *Le traumatisme psychique : organisation et désorganisation* (p. 43-55). Paris, France : PUF.
- Jasmin, C., Lê, M.G., Marty, P. et Herzberg, R., Groupe de Psycho-oncologie (GPO). (2007). Facteurs psychologiques et risque du cancer du sein : résultats d'une étude cas-témoins. *Revue française de psychosomatique*, 1(31), 155-171.
- Jones, E. (1969). *Théorie et pratique de la psychanalyse*. Paris, France : Payot.
- Jung, J. (2015). *Le sujet et son double. La construction transitionnelle de l'identité*. Paris, France : Dunod.
- Kacha, N. et Sacco, F. (dir.). (2013). *Voies nouvelles pour les psychothérapies de groupe*. Toulouse, France : Erès.
- Kacha, N. (2017). L'enveloppe groupale : facteur essentiel de réparation de l'effraction psychique ?. Dans J-J. Grappin et J-J. Poncelet (dir.), *Groupes et traumatismes* (p. 165-178). Toulouse, France : Erès.
- Kaës, R. (dir.). (1973). *Fantasmes et formation*. Paris, France : Aubin.
- Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris, France : Dunod, 2010.
- Kaës, R. (dir.). (1979). *Crise, rupture et dépassement : analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale*. Paris, France : Dunod.
- Kaës, R. (1984). Étayage et structuration du psychisme. *Connexions*, 44, 11-48.
- Kaës, R. (dir.). (1987). *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*. Paris, France : Dunod.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe. Éléments pour une théorie psychanalytique du groupe*. Paris, France : Dunod.

- Kaës, R. (dir.). (1996). *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris, France : Dunod.
- Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF.
- Kaës, R. (2002). Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires. Dans B. Chouvier (dir.), *Les processus psychiques de la médiation* (p. 11-28). Paris, France : Dunod.
- Kaës, R. (2008). *Le complexe fraternel*. Paris, France : Dunod.
- Kaës, R. (2013). *Un singulier pluriel. La psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Paris, France : Dunod.
- Keime, N. (2012). La socio-esthétique, une aide en cancérologie. *La revue de l'infirmière*, (183), 39-40.
- Keller, P-H. (dir.). (2010). *Le corporel*. Paris, France : Dunod.
- Khan, M. (1974). *Le soi caché*. Paris, France : Gallimard, 1976.
- Kirsch, S. et Van Wynsberghe, J. (dir.). (2013). *Les théâtres de Joyce McDougall*, Toulouse, France : Erès.
- Klein, M. (1928). Les stades précoces du conflit œdipien. Dans *Essais de psychanalyse* (p. 229-241). Paris, France : Payot, 1968.
- Kohut, H. (1974). *Le Soi*. Paris, France : PUF, 2004.
- Konicheckis, A. (2002). Des sens aux sens, sensorialité et signification. Dans M. Boubli et A. Konicheckis (dir.), *Clinique psychanalytique de la sensorialité* (p. 125-155). Paris, France : Dunod.
- Konicheckis, A. (2006). Subjectivation, vrai self et personnalisation. *Le carnet Psy*, 5(109), 35-36.
- Korff-Sausse, S. (2012). Les corps honteux dans la clinique et dans l'art. *Champ psy*, 2(62), 89-98.
- Korff-Sausse, S. (2016). Les cliniques de l'extrême, *Chimères*, 88(1), 54-69.
- Kreisler, L., Fain, M., Soulé, M. et Lebovici S. (1974). *L'enfant et son corps : études sur la clinique psychosomatique du jeune âge*. Paris, France : PUF.
- Kristeva, J. (2000). *Le génie du féminin*. Paris, France : Fayard.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Les derniers instants de la vie*. Genève, Suisse : Éditions Labor et Fides, 1975.
- Lacan, J. (1938). Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Dans *Autres écrits* (p. 23-84). Paris, France : Le Seuil, 2001.

Lacan, J. (1949). Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 13(4), 449-455.

Lacan, J. (1957). L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud. Dans *La psychanalyse volume III* (p. 47-81). Paris, France : PUF.

Lacan, J. (1972-1973). *Encore*. Séminaire XX. Paris, France : Le Seuil, 1975.

Lacan, J. (1973). L'étourdit. *Scilicet*, (4), 5-52.

Lampl De Groot, J. (1927). Histoire du développement du complexe d'Œdipe chez la femme. Dans *Souffrance et jouissance* (p. 35-56). Paris, France : Aubier-Montaigne, 1983.

Lanouzière, J. (2007). Peines de cœur, peines de seins ? Notes sur les rapports entre le sein et la dépressivité féminine. *Revue française de psychosomatique*, 1(31), 41-58.

Laplanche, J. et Pontalis, J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : PUF, 1998.

Laplanche, J. (1987). *Nouveaux Fondements pour la psychanalyse*. Paris, France : PUF.

Larivey, M. (2002). L'estime de soi. *La lettre du psy*, 6(3c).

Lavallée, G. (1999). *L'enveloppe visuelle du moi*. Paris, France : Dunod.

Leca, H. et Brun, A. (2012). Groupe thérapeutique à médiation sensorielle olfactive en milieu carcéral. *Psychothérapies*, 2(32), 137-146.

Lecoïnte, M. (2006). *Secrets de femmes dévoilés ... Pour une réflexion introductive concernant la pratique de la médiation des soins du visage et du maquillage en groupe thérapeutique* (Mémoire de Master 2 Recherche). Université Lumière Lyon 2.

Lecoïnte, M. et Dumet, N. (2016). « Des Soins ... à Soi ». Dispositif psychologique et clinique à médiation groupale utilisant les soins esthétiques en cancérologie gynécologique. *Cancer(s) & Psy(s)*, (2), 105-115.

Lecoïnte, M. (2017). « Des soins ... à Soi ». Présentation d'un dispositif clinique à médiation groupale utilisant les soins esthétiques en cancérologie gynécologique. *Inter Pares* (6), 109-115.

Lecoïnte, M. et Dumet, N. (2017). Ella, la révélation au Féminin à partir d'un accompagnement psycho-esthétique dans le cadre d'un second cancer du sein. *Psycho-oncologie*, 11(4), 213-217.

L'Ecuyer, R. (1994). *Le développement du concept de soi : de l'enfance à la vieillesse*. Montréal, Canada : Presses de l'Université de Montréal.

Lelièvre, F. (2010). Pour conclure. La honte, traumatisme ou sens moral ? *Dialogue*, 4(190), 131-133.

Lehmann, A. (dir.). (2014). *L'atteinte du corps. Une psychanalyste en cancérologie*. Toulouse, France : Erès.

Le Poulichet, S. (2003). *Psychanalyse de l'informe. Dépersonnalisations, addictions, traumatismes*. Paris, France : Flammarion, 2009.

Leroux, Y. (2016). Les notes cliniques dans les psychothérapies psychodynamiques. Proposition d'une méthode de prise de notes dans les psychothérapies psychanalytiques. *Le carnet Psy*, 7(201), 37-45.

Löwy, I. (2013). Le genre du cancer. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, (37), 65-83.

Mack Brunswick, R. (1940). La phase préœdipienne du développement de la libido. *Revue française de psychanalyse*, 31(2), 1-148, 1967.

Maïdi, H. (2012). *Clinique du narcissisme. L'adolescent et son image*. Paris, France : Armand Colin.

Mannoni, O. (1982). *Ça n'empêche pas d'exister*. Paris, France : Le Seuil.

Marty P. (1958). La relation objectale allergique. *Revue française de psychanalyse*, 22(1), 5-35.

Marty, P., De M'Uzan, M. et David, C. (1963a). *L'investigation psychosomatique*. Paris, France : PUF, 2015.

Marty, P. et De M'Uzan, M. (1963b). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, (27), 345-356.

Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Paris, France : Payot.

Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris, France : Les empêcheurs de penser en rond.

Marty, P. (1994). *La mentalisation*. Paris, France : Les empêcheurs de penser en rond.

Marty, P. (1995). La dépression essentielle. *Revue française de psychosomatique*, 2(8), 209-214.

Maslow, A.H. (1943). *L'accomplissement de soi : de la motivation à la plénitude*. Paris, France : Eyrolles, 2003.

Maubrun, S. (2018). Vertus de la honte. *Essaim*, 2(41), 67-80.

McDougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris, France : Gallimard.

McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps*. Paris, France : Gallimard.

McDougall, J. (1992). Corps et langage. Du langage du soma aux paroles de l'esprit. *Revue française de psychosomatique*, 1(2), 69-96.

McDougall, J. (1996). *Éros aux mille et un visages*. Paris, France : Gallimard.

McDougall, J. (2014). Psychosoma. *Cancer(s) et psy(s)*, 1(1), 169-172.

Mellier, D. (2005). *Les bébés en détresse*. Paris, France : PUF.

Mellier, D., Ciccone, A. et Konicheckis, A. (dir.). (2012). *La vie psychique du bébé*. Paris, France : Dunod.

Meltzer, D. et Harris Williams, M. (2010). L'appréhension de la beauté : le rôle du conflit esthétique dans le développement psychique, la violence, l'art. *Lamor-Plage*, France : Éditions du Hublot.

Mendjeli, R. (2009). Le cancer comme souci de soi. Dans C. Hervé, P.A. Molinari, M-A. Grimaud et E. Laforêt (dir.), *L'humain, l'humanité et le progrès scientifique* (p. 159-172). Paris, France : Dalloz.

Milleur, Y. (2015). *Nouvelles perspectives sur la clinique du cancer. Le corps, la psychothérapie et les états crépusculaires dans la maladie grave* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.

Missonnier, S. (2007). Questions à René Roussillon. *Le carnet Psy*, 6(119), 52-57.

Molard, A. (2016). Transferts et médiations corporelles : comment passer de la sensation à la représentation ?. *Cliniques*, 2(12), 42-62.

Molinier, P. (2010). Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care, *Champ psy*, 2(58), 161-174.

Monneyron, F. (2008). *La frivolité essentielle. Du vêtement et de la mode*. Paris, France : PUF.

Moscovitz, F. (2015). Cabinet de lecture : Andrée Lehmann : l'atteinte du corps. Une psychanalyste en cancérologie. *Figures de la psychanalyse*, 1(29), 182-187.

Parat, C. (1995). *L'affect partagé*. Paris, France : PUF.

Parat, H. (2010). La prunelle de ses yeux : le visage a-t-il un sexe ?. Dans J. André, S. Dreyfus-Asséo et A-C. Taylor (dir.), *Psyché, visage et masques* (p. 77-92). Paris, France : PUF.

Penot, B. (2006). La position féminine dans les échanges premiers, un temps clé du processus de subjectivation. *Revue française de psychanalyse*, 70(5), 1585-1593.

Pichon-Rivière, E. (1971). *Le processus groupal*. Ramonville Saint-Agne, France : Erès, 2004.

Pinol-Douriez, M. (1984). *Bébé agi, bébé actif : l'émergence du symbole dans l'économie interactionnelle*. Paris, France : PUF.

Pirlot, G. (2009). *Déserts intérieurs. Le vide négatif dans la clinique contemporaine, le vide positif de l'« appareil d'âme »*. Toulouse, France : Erès.

Pirlot, G. (2010). *La psychosomatique. Entre psychanalyse et biologie*. Paris, France : Armand Colin.

Pirlot, G. (2017). La désaffectation et sa différence avec l'alexithymie. *Corps & Psychisme*, 1(71), 9-22.

- Porret, J-M. (2006). *Auto-érotismes, narcissismes et pulsions du moi*. Paris, France : L'Harmattan.
- Press, J. (2015). Le transfert du négatif. Histoire d'une possession blanche. *Revue Française de Psychanalyse*, 4(79), 1123-1135.
- Privat, P. et Quélin-Soulinoux, D. (2005). *Travailler avec les groupes d'enfants*. Paris, France : Dunod.
- Quinodoz, D. (2003). La honte d'une féminité définie par la négative : plutôt deux fois qu'une. *Revue Française de Psychanalyse*, 5(67), 1841-1848.
- Raimbault, G. (1982). *Clinique du réel : la psychanalyse et les frontières du médical*. Paris, France : Éditions du Seuil.
- Ravit, M., Joubert, C. et Belouin, I. (2014). Un dispositif de suppléance psychique et de synthèse des modalités sensorielles. Le Photolangage dans une institution de soins psychiatriques aménagée. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(62), 159-170.
- Reich, M. (2008). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. Travail présenté lors des 27es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Lille 24-27 septembre 2008. *L'information psychiatrique*, 3(85), 247-254.
- Resnik, S. (1989). Transfert entre multiplicité et groupalité. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (12), 9-19.
- Resnik, S. (2009). Bion et Foulkes, deux présences en dialogue avec moi. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(52), 61-70.
- Richard, F. (dir.). (2002). *Le travail du psychanalyste en psychothérapie*. Paris, France : Dunod.
- Richard, F. (2012). André Green, penseur du négatif. Dans D. Cupa, Hommage à André Green, *Le carnet PSY*, 2(160), 12-25.
- Roche-Parent, A. (2002). Thérapie de groupe et thérapie individuelle : une articulation possible. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(39), 197-208.
- Roman, P. (2001). Des enveloppes psychiques aux enveloppes projectives : Travail de la symbolisation et paradoxe de la négativité. *Psychologie clinique et projective*, (7), 71-83.
- Rorschach, H. (1947). *Psychodiagnostic*. Paris, France : PUF, 2000.
- Rosolato, G. (1985). *Éléments de l'interprétation*. Paris, France : Gallimard.
- Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la transitionnalité. *Bulletin de la société psychanalytique de Paris*, (35), 1-144.
- Roussillon, R. (1999a). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, France : PUF.
- Roussillon, R. (1999b). La capacité d'être seul en face du groupe. *Revue Française de Psychanalyse*, 4(63), 785-800.

Roussillon, R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire en double. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(2), 421-439.

Roussillon, R. (dir.). (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

Roussillon, R. (2007a). Postface : le refus du féminin et l'objet. Dans J. Schaeffer, *Le refus du féminin* (p. 281-296). Paris, France : PUF, 2013.

Roussillon, R. (2007b). La réalité psychique de la subjectivité et son histoire. Dans R. Roussillon (dir.), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (p. 3-223). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

Roussillon, R. (2008a). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris, France : PUF.

Roussillon, R. (2008b). Le Moi-peau et la réflexivité. Dans C. Chabert, D. Cupa, R. Kaës et R. Roussillon (dir.), *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (p. 89-102). Ramonville Saint-Agne, France : Erès.

Roussillon, R. (2008c). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris, France : Dunod.

Roussillon, R. (2010). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». Dans B. Golse et R. Roussillon, *La naissance de l'objet* (p. 31-64). Paris, France : PUF.

Roussillon, R. (2011a). Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 21-35). Toulouse, France : Erès.

Roussillon, R. (2011b). Déconstruction du narcissisme primaire. *L'année psychanalytique internationale*, (1), 177-193.

Roussillon, R., Baraton, C., Lorin De Reure, A., Le Poder, A-S. et Thietry, F. (2013). Le corps comme médiation médium malléable. Dans A. Brun, B. Chouvier et R. Roussillon (dir.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (p. 259-292). Paris, France : Dunod.

Roussillon, R. (2014). Narcissisme et complexification. *Revue française de psychanalyse*, 1(78), 68-82.

Ruszniewsky, M. et Bouleuc, C. (2012). L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec*, 2(60), 24-37.

Ruszniewsky, M. et Rabier, G. (2016). La voix des personnes face à la maladie grave. *Revue internationale de soins palliatifs*, (31), 9-11.

Sami-Ali, M. (1977). *Corps réel, corps imaginaire*. Paris, France : Dunod.

Sami-Ali, M. (1980). *Le Banal*. Paris, France : Gallimard.

Sami-Ali, M. (1987). *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*. Paris, France : Dunod.

Sami-Ali, M. (2000). *L'impasse relationnelle. Temporalité et cancer*. Paris, France : Dunod.

Sami-Ali, M. (dir.). (2013). *Cancer et psychosomatique relationnelle*. Paris, France : EDK.

Sami-Ali, M. (2013). Introduction. Dans M. Sami-Ali (dir.), *Cancer et psychosomatique relationnelle* (p. 5-12). Paris, France : EDK.

Sanahuja, A. et Cuynet, P. (2011). Maigrir enveloppée à l'adolescence... avec une médiation thérapeutique corporelle groupale. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(57), 121-134.

Sanahuja, A. et Cuynet, P. (2012). Maigrir enveloppée à l'adolescence et image du corps. *Psychothérapies*, 4(32), 249-261.

Sapir, M. (1986). *Nous sommes tous des psychosomatiques*. Paris, France : Dunod-Bordas.

Savvopoulos, S. (2014). La négativité des affects dans la clinique des patients cancéreux. *Revue française de psychosomatique*, 1(45), 129-142.

Schaeffer, J. (1997). *Le refus du féminin*. Paris, France : PUF, 2013.

Schaeffer, J. (1999). Que veut la femme ? ou le scandale du féminin. Dans J. Schaeffer, M. Cournut-Janin, S. Faure-Pragier et F. Guignard. (dir.), *Clés pour le féminin. Femme, mère, amante, fille* (p. 25-40). Paris, France : PUF, 2005.

Schaeffer, J., Cournut-Janin, M., Faure-Pragier, S. et Guignard, F. (dir.). (1999). *Clés pour le féminin. Femme, mère, amante, fille*. Paris, France : PUF, 2005.

Schaeffer, J. (2012). La sexualité féminine, une histoire sans fin. Dans C. Druon et A. Sitbon (dir.), *La pensée psychanalytique de Janine Chasseguet-Smirgel* (p. 91-107). Paris, France : PUF.

Schneider, M. (1988). *Glenn Gould piano solo, Aria et trente variations*. Paris, France : Gallimard.

Schneider, M. (2004). *Le paradigme féminin*. Paris, France : Flammarion/Aubier-Psychanalyse.

Schwering, K-L. (2014a). Symbolisation primaire et subversion libidinale dans la maladie grave. Dans A. Brun et R. Roussillon (dir.), *Formes primaires de symbolisation* (p.167-189). Paris, France : Dunod.

Schwering, K-L. (2014b). La maladie honteuse du psychologue à l'hôpital. *Champ psy*, 2(66), 31-44.

Selz, M. (2010). Être ou avoir la honte ?. *Dialogue*, 4(190), 55-65.

Smadja, C. et Szwec, G. (1992). Argument. *Revue française de psychosomatique*, 1(2), 3-4.

Smadja, C. (2007). La maladie avant la maladie. *Revue française de psychosomatique*, 1(31), 29-40.

Smadja, C. (2008). *Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique*. Paris, France : PUF.

Stern, D.N. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris, France : PUF.

Stoller, R. (1989). *Masculin ou féminin ?*. Paris, France : PUF.

Szwec, G. (2006). Les maladies de peau dans quelques modèles psychosomatiques. *Revue française de psychosomatique*, 1(29), 31-49.

Talpin, J-M. (2012). La sexualité, entre renoncement et idéalisation. *Gérontologie et société*, 35(140), 131-144.

Talpin, J-M. (2016). Un groupe Photolangage© : à la croisée des cliniques singulières, groupales et institutionnelles. *Cliniques*, 2(12), 176-190.

Talpin, J-M. (2017). La retraite ou la négativité du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(23), 83-95.

Taly, V., Pesneau, A., Nagara, E., Riou-Bourdon, M-V., Clouët-Coudreuse, M. et Amar, M. (2013). Le développement de la capacité à être seul chez un enfant observé. *La psychiatrie de l'enfant*, 2(56), 585-601.

Tisseron, S. (1992). *La honte. Psychanalyse d'un lien social*. Paris, France : Dunod.

Tisseron, S. (1999). Nos objets quotidiens. *Hermès*, 3(25), 57-66.

Tisseron, S. (2002). Sensorialités, images et secrets. Dans M. Boubli et A. Konicheckis (dir.), *Clinique psychanalytique de la sensorialité* (p. 157-176). Paris, France : Dunod.

Vacheret, C. (dir.). (2002). *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*. Paris, France : Dunod.

Vacheret, C. (2002). Groupes à médiation et processus de liaison. Dans C. Vacheret (dir.), *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques* (p.147-156). Paris, France : Dunod.

Vacheret, C. et Duez, B. (2004). Les groupes à médiation : variance, alternative ou détournement du dispositif psychanalytique ?. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(42), 185-199.

Vacheret, C. (dir.). (2010a). *Le groupe, l'affect et le temps*. Paris : L'Harmattan.

Vacheret, C. (2010b). Le photolangage, une médiation thérapeutique. Un bref historique des théories groupales. *Le carnet PSY*, 1(141), 39-42.

Vacheret, C. (2011). Le Photolangage, une médiation thérapeutique. Un bref historique des théories groupales. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 61-72). Toulouse, France : Erès.

Vallet, D. (2009). Actualités cliniques du traumatisme psychique. *L'information psychiatrique*, 85(2), 161-165.

Vigouroux, F. (2006). Dans la peau de la maison. *Cahiers critiques de thérapie familiale et pratiques de réseaux*, 2(37), 17-21.

Visentini, G. (2017). Frontières d'une clinicographie psychanalytique. *Clinique*, 2(44), 14-31.

Vollon, C. et Gimenez, G. (2015). Mise en chantier des notions d'enveloppe(s) psychique(s) et de Moi-peau individuelles et groupales. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(65), 167-178.

Widmer-Perrenoud, M. (2012). L'effacement de soi, une forme spécifique de trouble narcissique. Considérations sur la dynamique du processus, modalités techniques. *Revue Française de Psychanalyse*, 3(76), 847-861.

Winnicott, D.W. (1956). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, France : Payot, 1989.

Winnicott, D.W. (1956). La capacité d'être seul. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 325-333). Paris, France : Payot, 1989.

Winnicott, D.W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris, France : Payot.

Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard, 1975.

Winnicott, D.W. (1974). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse, Figures du vide*, 11, 35-44.

Yorke, C. et Hacker, A-L. (2014). Pour introduire le narcissisme : une lecture pédagogique. *Revue française de psychanalyse*, 1(78), 44-60.

Zaltzman, N. (1998). *De la guérison psychanalytique*. Paris, France : PUF.

2. Communications orales :

Carel, A. (2011, octobre). *Traiter la crise institutionnelle : du dedans et du dehors, in Dynamiques et souffrances institutionnelles*. Communication présentée au congrès du collège de psychanalyse groupale et familiale, Paris, France.

Dumet, N. (2017, avril). D'une topique psychosomatique intersubjective. Communication présentée au colloque du Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique – Centre Didier Anzieu *La symbolisation et ses environnements*, Bron, France.

Gutierrez-Green, L. (2003, février), Le masculin et le féminin chez Freud, Winnicott et les autres, Communication présentée au *Cycle de conférences d'introduction à la psychanalyse de l'adulte de la SPP*, Paris, France.

Lecointe, M. (2015, octobre). *Présentation d'une recherche sur des groupes cliniques à médiation socio-esthétique en cancérologie gynécologique*. Communication présentée au colloque : Formes et destins du groupe : nouveaux espaces de transformation ? - Actualités internationales de la recherche sur les groupes et les liens intersubjectifs - CRPPC, Bron, France.

Lecointe, M. (2016, mars). *Des soins ... à Soi. Modélisation et évaluation d'un dispositif clinique à médiation groupale utilisant les soins esthétiques en oncologie gynécologique*. Communication présentée au Séminaire du jeudi du CRPPC : L'évaluation clinique, Bron, France.

Lecointe, M. (2016, mars). *La double spécificité de la recherche en psychologie clinique illustrée par une étude en cours intitulée : Des soins ... à Soi*. Communication présentée à la journée d'étude : Quel(s) rôle(s) pour les SHS en cancérologie ? Entre recherches fondamentales et interventionnelles, Groupe des jeunes chercheur-e-s « Cancer et SHS » et Cancéropôle Lyon Auvergne Rhône-Alpes, Lyon, France.

Lecointe, M. (2016, avril). *Des soins ... à Soi. Modélisation d'un dispositif clinique à médiation groupale utilisant les soins esthétiques en gynécologie oncologique*. Communication présentée aux Doctoriales du CRPPC – Centre Didier Anzieu, Lyon, France.

Lecointe, M. (2016, juillet). *Des soins ... à Soi. Modélisation d'un dispositif clinique à médiation groupale utilisant les soins esthétiques en cancérologie gynécologique*. Communication présentée aux Rencontres doctorales : Normes, créativité et esthétique - ED EPIC 485 et École de communication (UCL), Lyon, France.

Lecointe, M. (2017, mars). *Miroir ! Je ne me reconnais pas. Aide-moi à (re)définir qui je suis !*. Communication présentée au colloque international : La symbolisation et ses environnements, CRPPC – Centre Didier Anzieu, Bron, France.

Lecointe, M. (2017, octobre). *“Des soins ... à Soi” : Dispositif psychologique de groupes cliniques utilisant la médiation des soins esthétiques en cancérologie gynécologique*. Communication présentée au colloque scientifique du Festival International de Sociologie, Biennales Durkheim-Mauss : La fabrication des corps au 21^{ème} siècle : Éduquer, soigner, augmenter, identifier, Épinal, France.

Lecointe, M. (2018, octobre). *Miroir, Ô Miroir ! Aide-moi à (re)trouver qui je suis !*. Communication présentée à la conférence du séminaire interuniversitaire Corps et beauté intitulée « La Beauté thérapeutique », Strasbourg, France.

Schaeffer, J. (2003, mars). *La différence des sexes dans le couple ou la co-crédation du masculin et du féminin*. Communication présentée au cycle de conférences d'introduction à la psychanalyse de la SPP 2002-2003 : Masculin-Féminin, Paris, France.

3. Communications affichées :

Lecointe, M. (2015, avril). *Des soins ... à Soi ! Approche psychologique d'un dispositif d'ateliers socio-esthétiques destiné à des femmes souffrant d'un cancer gynécologique*. Affiche présentée au Forum de la recherche en cancérologie Rhône-Alpes Auvergne 2015 – Cancéropôle Lyon Auvergne Rhône-Alpes, Lyon, France.

Lecointe, M., Dumet, N., Golfier, F. et Bunzli, H. (2017, septembre). *Des soins ... à Soi ! Approche psychologique d'un dispositif d'ateliers socio-esthétiques destiné à des femmes souffrant d'un cancer gynécologique*. Affiche présentée à la journée d'échanges du Groupement Hospitalier Sud : Regards croisés sur l'innovation, Centre Hospitalier Lyon Sud – Hospices Civils de Lyon, Pierre-Bénite, France.

4. Fascicules, brochures, guides en ligne :

La Ligue contre le cancer. (2009). *Les soins de support. Pour mieux vivre les effets du cancer.*

HAS et INCa. (2010). Guide patient – Affection de longue durée. La prise en charge d'un cancer du sein.

HAS et INCa. (2010). Guide patient – Affection de longue durée. La prise en charge d'un cancer de l'ovaire.

HAS et INCa. (2010). Guide patient – Affection de longue durée. La prise en charge d'un cancer invasif du col utérin.

INCa. (2013). *Les traitements des cancers du sein.* Collection Guides patients Cancer Info.

INCa. (2016). *La situation du cancer en France en 2015.*

INCa. (2016). *Les données du cancer.*

5. Lien vers des sites internet :

<http://www.cppsudest5.fr/composition/index.html>

<http://www.socio-esthetique.fr/association.php>

<http://www.socio-esthetique.fr/index.php?q=la-socio-esthetique/>

<http://afsos.org/-Les-differentes-composantes-html>

https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/CCITRS/70/0/CCTIRS_loi_Jarde_667700.pdf

<http://sfpo.fr/la-psycho-oncologie/definition-et-enjeux.html>

<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=gynécologie>

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/gynécologie-obstétrique/13438>

<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=oncologie>

<https://www.has-sante.fr>

<http://www.cnrtl.fr/definition/féminité>

<http://www.infotransgenre.be/m/identite/diversite-de-genre/transsexualite/>

<http://www.redpsy.com/infopsy/estime.html>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/protocole/64577>

<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Quelques-chiffres>

<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-ovaire/Developpement-du-cancer-de-l-ovaire>

<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/age-moyen-maternite/>

<http://www.cnrtl.fr/definition/gonzesse>

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vérole/81608>

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/syphilis/76238>

<http://www.cnrtl.fr/definition/gonzesse>

<https://reneroussillon.com/situations-extremes/theorie-psychanalytique-du-traumatisme/>

<http://www.cnrtl.fr/definition/chagrin>

https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/se_réfléchir/67459

https://www.spp.asso.fr/publication_cdl/quest-ce-que-la-alexithymie/

<http://www.cnrtl.fr/definition/déferlement>

<http://www.denis-vasse.com/2009/09/la-colere-2/>

<http://cnrtl.fr/definition/rage>

<http://www.cnrtl.fr/definition/effusion/substantif>

<http://www.cnrtl.fr/definition/effacement/substantif>

<http://offreformation.univ-lyon2.fr/cdm/fr/fiche/objectifs/FRUAI0691775EPRME160/>

<https://socio.umontreal.ca/departement/quest-ce-que-la-sociologie/>

INDEX DES AUTEURS

A

ABRAHAM, K., 69, 439
 AISENSTEIN, M., 55, 418, 439
 AJURIAGUERRA, J., 357, 439
 ALLOUCH, E., 58, 72, 439
 ALRIC, J., 54, 439
 AMAR, M., 409, 459
 ANDRE, J., 68, 70, 71, 350, 355, 396, 401, 404, 423, 439, 440, 445, 455, 456
 ANDREAS-SALOME, L., 69, 439
 ANZIEU, A., 71
 ANZIEU, D., 58, 79, 84, 88, 112, 209, 230, 325, 326, 327, 329, 337, 340, 342, 343, 418, 419, 426, 439, 440, 443, 446, 451, 457, 460, 461
 ARNAULT, Y., 56, 440
 ATTIGUI, P., 89, 133, 432, 440, 442, 443, 444
 AULAGNIER, P., 173, 209, 327, 440

B

BACQUE, M-F., 35, 36, 54, 55, 88, 120, 335, 440, 446
 BARANES, J-J., 423, 440
 BARATON, C., 82, 457
 BARTHELEMY, S., 125, 449
 BAUDIN, M., 71, 440
 BAYLE, N., 146, 440
 BELOUIN, I., 339, 456
 BEN SOUSSAN, P., 54, 87, 322, 439, 440, 449
 BENDRIHEN, N., 40, 440
 BENSOUSSAN, M., 54, 441
 BERENSTEIN, I., 78, 441
 BERGERET, J., 66, 75, 300, 321, 331, 388, 400, 401, 402, 409, 415, 441, 442
 BERGERET-AMSELEK, C., 66, 388, 400, 401, 409, 441
 BERTRAND, M., 423, 441
 BESSIS, F., 53, 441
 BICK, E., 325, 441, 450
 BIGRAS, J., 53, 441
 BION, W.R., 77, 78, 230, 347, 387, 411, 441, 456
 BITTOLO, C., 125, 441
 BLEGER, J., 78, 82, 441
 BOKANOWSKI, T., 74, 334, 412, 441, 450
 BONAPARTE, M., 67, 441
 BONGRAND, L., 76, 442
 BONNET G., 376, 377, 378, 383, 442
 BOTELLA, C. et S., 379, 442
 BOUAK, J., 139, 442
 BOUBLI, M., 339, 340, 442, 452, 459
 BOULEUC, C., 42, 43, 87, 457
 BOURDELLON, G., 401, 442
 BOURDIN, D., 400, 442
 BOUTEYRE, E., 139, 442
 BRAUNSCHWEIG, D., 47, 407, 442, 447
 BREDART, A., 139, 442
 BRETTE, F., 334, 442, 451
 BROYER, G., 317, 446

BRUN, A., 32, 50, 55, 58, 80, 81, 82, 83, 88, 89, 135, 329, 339, 356, 360, 364, 432, 434, 439, 440, 442, 443, 447, 453, 457, 458, 459
 BULLINGER, A., 357, 443
 BURLOUX, G., 318, 443

C

CAHN, R., 423, 443
 CAPDEVIELLE-MOUGNIBAS, V., 141, 443
 CAREL, A., 167, 460
 CASTAREDE, M-F., 391, 392, 443
 CASTRO, D., 141, 443
 CAZENAVE, P., 53, 441
 CELERIER, M-C., 49, 443
 CHAMBRY, E., 235, 443
 CHAPELIER, J-B., 79, 335, 443
 CHAPPELLIERE, H., 359, 443
 CHARBONNIER, G., 333, 443
 CHASSEGUET-SMIRGEL, J., 74, 75, 400, 404, 443, 446, 449, 458
 CHAULET, D., 357, 443
 CHAUVET, M., 357, 443
 CHEMOUNI, J., 49, 444
 CHILAND, C., 65, 444
 CHOUVIER, B., 80, 81, 82, 83, 88, 89, 133, 329, 345, 356, 442, 443, 444, 452, 457
 CICCONE, A., 53, 55, 87, 102, 121, 122, 125, 327, 338, 345, 367, 378, 380, 382, 386, 387, 444, 446, 448, 455
 CLOUET-COUDREUSE, M., 409, 459
 COLIGNON, M., 324, 349, 444
 CONSOLI, S., 374, 377, 444
 COOLEY, C.H., 59, 444
 CORCOS, M., 363, 376, 392, 393, 444
 COURAGIER, F., 415, 444
 Cournut, J., 70, 73, 75, 298, 401, 444, 458
 Cournut-Janin, M., 73, 75, 298, 401, 444, 458
 CROIX, L., 318, 445
 CUPA, D., 54, 72, 75, 88, 317, 326, 418, 423, 443, 445, 456, 457
 CUYNET, P., 340, 344, 346, 458

D

DAVID, C., 46, 454
 DE GAULEJAC V., 374, 377, 444
 DE M'UZAN, M., 46, 198, 363, 395, 445, 454
 DE MIJOLLA-MELLOR, S., 72, 75, 445
 DEBRAY, R., 48, 49, 88, 336, 445
 DEBURGE, A., 97, 445
 DECHAUD-FERBUS, M., 56, 57, 445
 DEJOURS, C., 48, 49, 53, 88, 160, 319, 320, 336, 355, 370, 371, 418, 445
 DEL VOLGO, M-J., 55, 320, 445
 DELION, P., 31, 445
 DERZELLE, M., 120, 446
 DESCHAMPS, D., 52, 87, 111, 368, 369, 446

DESPINOY, M., 327, 338, 446
 DEUTSCH, H., 67, 446
 DEVAUD, C., 430, 446
 DIET, E., 141, 361, 446, 449
 DOLBEAULT, S., 139, 442
 DOLTO, F., 69, 321, 446
 DONNET, J-L., 370, 446
 DORON, J., 327, 446
 DOUCET, C., 40, 440, 446
 DRUON, C., 404, 446, 449, 458
 DUMET, N., 7, 8, 26, 31, 35, 50, 88, 101, 209, 316,
 317, 323, 327, 335, 336, 341, 346, 355, 356,
 392, 419, 426, 446, 447, 453, 460, 461
 DUPARC, F., 373, 404, 447

E

EIGUER, A., 343, 447
 EMDE, R. N., 367, 447
 EMMANUELLI, M., 334, 442, 451

F

FAGES, J-B., 353, 359, 447
 FAIN, M., 47, 323, 324, 394, 407, 442, 447, 452
 FAURE-PRAGIER, S., 73, 75, 298, 420, 447, 458
 FEDIDA, P., 31, 48, 88, 336, 445, 448
 FERENCZI, S., 35, 75, 331, 332, 333, 334, 448,
 449
 FERNANDEZ, L., 31, 88, 327, 447
 FERRANT A., 55, 87, 290, 335, 378, 379, 380,
 382, 384, 386, 406, 419, 444, 447, 448
 FESSAGUET, D., 356, 448
 FINE, A., 55, 64, 66, 173, 401, 448, 449
 FOULKES, S-H., 77, 78, 232, 358, 448, 456
 FREUD S., 35, 58, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 69,
 70, 72, 77, 320, 326, 330, 331, 333, 334, 343,
 348, 349, 352, 365, 369, 378, 379, 395, 396,
 398, 399, 400, 401, 406, 448, 449, 453, 460

G

GAILLARD, G., 141, 449
 GERNET, I., 160, 355, 445
 GIBEAULT, A., 404, 449
 GIMENEZ, G., 125, 342, 343, 449, 460
 GODFRIND, J., 64, 66, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 401,
 403, 410, 449
 GOLSE, B., 358, 365, 449, 457
 GRAPPIN, J-J., 79, 332, 335, 344, 443, 449, 451
 GRAVIER, B., 430, 446, 449
 GREEN, A., 60, 70, 145, 317, 324, 364, 365, 369,
 391, 393, 396, 397, 423, 445, 449, 450, 456, 460
 GRIMAUD, M-A., 52, 450, 455
 GROSTEIN, J., 31, 356, 450
 GUETTIER, B., 357, 443
 GUIGNARD, F., 71, 73, 74, 75, 298, 450, 458
 GUILLAUMIN, J., 330, 331, 380, 450
 GUTTIERES-GREEN, L., 70, 369, 460
 GUYOMARD, D., 63, 72, 74, 450

H

HAAG, G., 356, 450
 HACKER, A-L., 62, 63, 460
 HARRIS-WILLIAMS, M., 325, 441, 450

HARRUS-REVIDI G., 48, 374, 377, 444, 450
 HERVE, C., 52, 450, 455
 HERZBERG, R., 51, 451
 HOCHMANN, J., 386, 450
 HORNEY, K., 68, 70, 451
 HOUSER, M., 75, 321, 331, 441

J

JAÏTIN, R., 84, 451
 JAMES, W., 59, 451
 JANIN C., 73, 75, 298, 334, 378, 379, 380, 384,
 401, 407, 444, 451, 458
 JASMIN, C., 51, 451
 JONES, E., 69, 451
 JOUBERT, C., 339, 456
 JUNG, J., 329, 351, 366, 451

K

KACHA, N., 146, 344, 440, 451
 KAËS, R., 36, 58, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 88, 98,
 122, 128, 145, 146, 166, 167, 231, 259, 289,
 326, 335, 342, 343, 345, 360, 361, 364, 368,
 376, 379, 404, 414, 415, 418, 440, 441, 443,
 446, 451, 452, 457
 KEIME, N., 38, 452
 KELLER, P-H., 54, 445, 452
 KHAN, M., 332, 452
 KIRSCH, S., 50, 66, 355, 388, 400, 401, 409, 441,
 447, 452
 KLEIN, M., 68, 70, 78, 452
 KOHUT, H., 21, 452
 KONICHECKIS, A., 22, 327, 338, 339, 340, 442,
 446, 452, 455, 459
 KORFF-SAUSSE, S., 61, 324, 418, 452
 KREISLER, L., 47, 452
 KRISTEVA, J., 72, 452
 KÜBLER-ROSS, E., 375, 452

L

LACAN, J., 16, 69, 349, 351, 352, 353, 359, 402,
 415, 447, 452, 453
 LAFORET, E., 52, 450, 455
 LAMPL DE GROOT, J., 67, 453
 LANOUZIERE, J., 51, 63, 453
 LAPLANCHE, J., 72, 75, 332, 333, 395, 396, 406,
 407, 453
 LARIVEY, M., 59, 453
 LAVALLEE, G., 340, 453
 LE GUEN, A., 64, 66, 401, 448, 449
 LE PODER, A-S., 82, 457
 LE POULICHET, S., 350, 354, 454
 LÊ, M.G., 51, 451
 LECOINTE, M., 1, 20, 25, 453, 460, 461
 LEHMANN, A., 43, 52, 317, 357, 453, 455
 LELIEVRE, F., 381, 453
 LEROUX, Y., 124, 454
 LORIN DE REURE, A., 82, 457
 LÖWY, I., 293, 454

M

MACK BRUNSWICK, R., 67, 454
 MAÏDI, H., 319, 454

MARTY, P., 46, 47, 51, 232, 320, 323, 324, 363, 395, 451, 454
 MASLOW, A.H., 59, 454
 MAUBRUN, S., 376, 377, 454
 MCDUGALL, J., 49, 50, 55, 66, 76, 92, 318, 326, 355, 375, 384, 388, 400, 401, 409, 413, 441, 447, 452, 454
 MELLIER, D., 80, 84, 100, 101, 327, 338, 446, 455
 MELTZER, D., 385, 455
 MENDJELI, R., 52, 455
 MILLEUR, Y., 22, 330, 334, 375, 420, 455
 MISSONNIER, S., 61, 455
 MOLARD, A., 58, 455
 MOLINARI, P-A., 52, 450, 455
 MOLINIER, P., 159, 455
 MONNEYRON, F., 232, 455
 MOSCOVITZ, F., 317, 455

N

NAGARA, E., 409, 459

P

PARAT, C., 73, 367, 455
 PARAT, H., 355, 455
 PEROCHÉAU, P., 146, 440
 PESNEAU, A., 409, 459
 PICHON-RIVIERE, E., 78, 84, 451, 455
 PINEL, J-P., 141, 449
 PINOL-DOURIEZ, M., 327, 338, 446, 455
 PIRLOT, G., 363, 365, 376, 390, 395, 455
 PONTALIS, J-B., 333, 406, 407, 453
 PORRET, J-M., 409, 456
 PRAGIER, G., 73, 75, 298, 334, 420, 442, 447, 451, 458
 PRESS, J., 31, 58, 59, 88, 158, 327, 401, 406, 412, 413, 421, 444, 447, 448, 456
 PRIVAT, P., 79, 146, 330, 450, 456
 PUCHEU, S., 54, 88, 120, 440, 446
 PUGET, J., 78, 441

Q

QUELIN-SOULIGNOUX, D., 79, 146, 456
 QUINODOZ, D., 76, 77, 456

R

RAIMBAULT, G., 52, 456
 RAVIT, M., 339, 456
 REICH, M., 46, 456
 RESNIK, S., 78, 410, 456
 RICHARD, F., 391, 423, 450, 456
 RIOU-BOURDON, M-V., 409, 459
 ROCHE-PARENT, A., 431, 456

ROMAN, P., 7, 328, 430, 446, 449, 456
 RORSCHACH, H., 126, 456
 ROSOLATO, G., 349, 456
 ROUSSET, H., 35, 447
 ROUSSILLON, R., 50, 55, 61, 62, 81, 82, 83, 88, 89, 99, 100, 326, 329, 330, 334, 347, 348, 354, 356, 358, 360, 365, 385, 398, 402, 418, 424, 432, 440, 442, 443, 447, 449, 455, 456, 457, 458
 RUSZNIEWSKI, M., 42, 43, 87

S

SACCO, F., 146, 440, 451
 SAMI-ALI, M., 48, 54, 353, 354, 441, 457, 458
 SANAHUJA, A., 340, 344, 346, 458
 SANTIAGO-DELEFOSSE, M., 141, 443
 SAPIR, M., 48, 458
 SAVVOPOULOS, S., 363, 364, 458
 SCHAEFFER, J., 55, 72, 73, 75, 76, 298, 398, 448, 457, 458, 461
 SCHNEIDER, M., 71, 392, 458
 SCHWERING, K-L., 55, 88, 381, 382, 458
 SELZ, M., 377, 378, 385, 458
 SITBON, A., 404, 446, 449, 458
 SMADJA, C., 35, 47, 53, 458
 SOULE, M., 47, 452
 STERN, D.N., 40, 99, 346, 350, 458
 STIGLER-LANGER, M., 430, 446
 STOLLER, R., 65, 71, 75, 459
 SWAINE VERDIER, A., 139, 442
 SZWEC, G., 47, 324, 458, 459

T

TALPIN, J-M., 157, 290, 357, 459
 TALY, V., 409, 459
 THIÉTRY, F., 82, 457
 TISSERON, S., 60, 340, 385, 459

V

VACHERET, C., 8, 80, 83, 88, 101, 135, 145, 288, 360, 368, 376, 459
 VALLET, D., 333, 459
 VISENTINI, G., 123, 459
 VOLLON, C., 342, 343, 460

W

WIDMER-PERRENOUD, M., 393, 394, 398, 460
 WINNICOTT, D.W., 21, 22, 25, 70, 71, 82, 92, 93, 99, 100, 258, 259, 331, 332, 334, 340, 345, 347, 351, 353, 369, 396, 402, 408, 424, 460

Y

YORKE, C., 62, 63, 460

INDEX DES TERMINOLOGIES

A

Accompagnement, 1, 3, 7, 13, 14, 16, 17, 22, 23, 29, 30, 31, 33, 38, 40, 41, 43, 51, 53, 54, 56, 57, 90, 92, 93, 121, 143, 151, 152, 159, 162, 164, 166, 167, 177, 193, 206, 208, 209, 215, 237, 240, 241, 242, 243, 248, 260, 276, 281, 288, 299, 301, 315, 316, 317, 346, 348, 354, 355, 358, 374, 377, 383, 387, 399, 403, 406, 409, 417, 418, 420, 421, 422, 425, 428, 429, 430, 431, 432, 435, 436, 437, 453

Accordage, 99, 100, 124, 193, 356, 367

Affect, 14, 15, 16, 73, 237, 259, 280, 286, 288, 289, 290, 291, 293, 303, 312, 318, 339, 347, 362, 365, 366, 367, 368, 370, 373, 375, 376, 377, 378, 381, 382, 385, 386, 391, 443, 455, 459

Agonies, 131, 312, 331, 333, 362

Angoisse, 9, 14, 15, 16, 35, 42, 43, 47, 68, 75, 76, 77, 78, 84, 91, 95, 97, 100, 111, 121, 131, 134, 146, 153, 161, 164, 166, 172, 176, 177, 180, 190, 193, 194, 197, 201, 209, 212, 225, 226, 227, 228, 230, 240, 241, 253, 256, 260, 263, 266, 267, 268, 271, 272, 273, 274, 275, 277, 284, 287, 289, 291, 297, 301, 312, 322, 324, 329, 330, 331, 332, 337, 342, 348, 361, 362, 366, 368, 369, 370, 374, 379, 382, 383, 389, 397, 400, 425, 429, 449

Appropriation subjective, 3, 17, 88, 92, 112, 121, 143, 334, 339, 354, 418, 423, 426

Associativité, 81, 97, 128, 139, 329, 339, 434

Auto-érotisme, 16, 183, 236, 348, 381, 399, 406, 407, 408, 409

Autoreprésentation, 14, 25, 89, 231, 241, 242, 248, 249, 253, 256, 257, 340, 351, 366, 418, 424

C

Cadre, 7, 10, 12, 16, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 36, 39, 40, 41, 57, 70, 78, 81, 82, 83, 85, 89, 92, 95, 99, 101, 102, 108, 120, 122, 125, 131, 136, 140, 141, 143, 157, 159, 167, 196, 200, 212, 228, 229, 249, 268, 285, 289, 315, 340, 342, 345, 359, 364, 370, 403, 410, 412, 420, 430, 431, 434, 441, 442, 449, 453

Cancer, 3, 4, 7, 11, 15, 16, 21, 22, 26, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 63, 73, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 100, 101, 102, 103, 111, 113, 121, 134, 139, 142, 143, 150, 152, 153, 154, 156, 158, 159, 160, 162, 163, 167, 168, 170, 174, 175, 177, 179, 180, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 192, 193, 194, 196, 197, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 212, 215, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 233, 235, 239, 240, 241, 244, 247, 249, 250, 251, 253, 256, 258, 261, 262, 263, 265, 266, 267, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 278, 279, 280, 282, 283, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 303, 305, 306, 309, 310, 312, 315, 322, 323, 325, 328, 329, 330, 332, 333,

334, 335, 337, 338, 339, 342, 345, 348, 350, 351, 355, 357, 360, 361, 362, 363, 364, 366, 368, 369, 370, 371, 372, 374, 375, 376, 378, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 388, 391, 393, 394, 395, 397, 398, 399, 408, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 424, 426, 427, 429, 436, 437, 439, 440, 441, 442, 446, 448, 449, 451, 453, 454, 455, 457, 461, 462, 463

Circularité psychosomatique, 335, 419

Colère, 15, 16, 95, 177, 180, 185, 188, 189, 190, 193, 197, 201, 234, 240, 243, 262, 278, 279, 280, 281, 284, 287, 303, 305, 312, 322, 361, 362, 366, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 380, 389, 398

Consolation, 15, 16, 286, 289, 302, 354, 386, 387, 392, 450, 451

Contenance, 30, 72, 90, 101, 209, 212, 242, 287, 288, 290, 312, 325, 326, 338, 342, 343, 355, 356, 366, 389, 419, 420, 430

Contre-transfert, 50, 97, 290, 355, 445, 447

Corps, 10, 14, 15, 22, 25, 26, 31, 33, 34, 35, 40, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 63, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 75, 82, 88, 90, 91, 97, 99, 100, 101, 102, 106, 107, 108, 111, 124, 125, 126, 128, 129, 139, 152, 157, 165, 170, 176, 177, 180, 183, 186, 195, 200, 201, 209, 211, 212, 217, 219, 223, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 237, 239, 242, 243, 244, 249, 250, 253, 262, 276, 281, 284, 293, 294, 295, 296, 310, 311, 312, 313, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 328, 329, 330, 334, 336, 340, 341, 342, 343, 344, 350, 351, 352, 353, 355, 356, 357, 358, 359, 365, 366, 369, 370, 371, 375, 377, 381, 382, 383, 384, 385, 387, 390, 400, 402, 403, 406, 407, 408, 409, 410, 413, 418, 420, 423, 426, 432, 434, 436, 439, 440, 442, 443, 445, 446, 447, 449, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 461

Cosmétogramme, 3, 12, 13, 17, 19, 40, 82, 122, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 137, 143, 145, 173, 176, 180, 183, 186, 189, 191, 193, 197, 201, 204, 206, 432, 433

D

Dispositif / dispositif, 1, 3, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 40, 41, 43, 56, 57, 62, 77, 80, 81, 83, 84, 85, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 127, 128, 129, 131, 132, 134, 139, 140, 141, 142, 143, 150, 151, 152, 159, 161, 162, 164, 165, 168, 173, 177, 190, 196, 205, 206, 207, 237, 247, 248, 249, 265, 266, 275, 276, 281, 286, 288, 303, 312, 313, 314, 315, 316, 320, 322, 324, 328, 335, 337, 338, 339, 340, 344, 345, 348, 349, 351, 356,

362, 364, 366, 368, 377, 381, 382, 383, 389,
394, 395, 397, 399, 403, 406, 410, 413, 414,
416, 417, 418, 420, 421, 422, 425, 426, 427,
428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 437,
442, 444, 453, 456, 459, 460, 461
Double, 7, 14, 16, 25, 35, 40, 54, 62, 85, 95, 97, 99,
100, 127, 145, 168, 180, 186, 187, 193, 234,
235, 247, 288, 289, 301, 302, 329, 330, 351,
352, 354, 355, 358, 359, 365, 366, 368, 374,
375, 381, 383, 390, 393, 402, 403, 410, 416,
420, 421, 434, 443, 449, 451, 457, 461
Dynamique, 3, 18, 75, 83, 93, 97, 101, 122, 128,
145, 170, 197, 207, 302, 303, 313, 314, 321,
339, 346, 347, 364, 366, 371, 382, 384, 391,
393, 410, 414, 416, 420, 428, 429, 431, 460

E

Effacement de soi, 16, 388, 389, 390, 391, 393,
394, 395, 397, 460
Effondrement, 14, 43, 176, 180, 189, 197, 201, 225,
259, 268, 271, 280, 297, 329, 331, 332, 369,
375, 396, 460
Effusion, 16, 388, 389, 394, 395, 397, 463
Enveloppe, 3, 14, 15, 16, 58, 65, 88, 90, 92, 106,
107, 111, 207, 209, 212, 213, 215, 227, 234,
272, 312, 315, 316, 320, 323, 324, 325, 327,
328, 329, 334, 337, 338, 340, 341, 342, 343,
344, 345, 346, 348, 349, 356, 364, 373, 417,
418, 419, 420, 424, 432, 433, 434, 439, 444, 446,
451, 453, 456, 460
Estime de soi, 39, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 85,
380, 382, 436, 453
Expérience cancéreuse, 3, 11, 16, 26, 41, 44, 55,
59, 64, 88, 92, 143, 184, 202, 215, 252, 261,
279, 289, 309, 315, 335, 338, 359, 361, 363,
368, 377, 398, 399, 403, 418, 422, 423, 426
Expression somatique, 48, 50, 88, 143, 336, 337,
356, 447

F

Fantasme, 67, 68, 237, 289, 326, 334, 341, 404,
405, 415
Féminin, 3, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 29, 33, 37, 40,
41, 51, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72,
73, 74, 75, 76, 77, 85, 89, 90, 93, 95, 102, 143,
156, 162, 163, 170, 187, 201, 223, 234, 235,
236, 249, 261, 290, 292, 293, 294, 298, 299,
301, 302, 303, 312, 315, 318, 341, 362, 369, 383,
388, 395, 396, 398, 400, 401, 405, 412, 417,
420, 426, 432, 439, 442, 444, 445, 446, 447,
452, 457, 458, 459, 460, 461
Féminité, 11, 15, 64, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74,
75, 76, 85, 102, 159, 170, 187, 189, 235, 242,
250, 289, 295, 296, 297, 300, 301, 302, 303,
312, 341, 383, 385, 388, 396, 400, 401, 403,
409, 412, 413, 420, 426, 439, 441, 447, 449,
455, 456, 462
Fil cosmétologique, 3, 12, 19, 40, 98, 103, 104, 105

G

Gestualité, 14, 81, 125, 176, 183, 186, 189, 193,
197, 201, 213, 312
Groupalité, 23, 78, 335, 342, 343, 345, 378, 410,
456

Groupe, 1, 3, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 23, 25, 27, 31,
34, 36, 52, 57, 65, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84,
85, 88, 89, 90, 92, 95, 96, 98, 100, 101, 102,
103, 104, 106, 110, 111, 112, 114, 115, 117,
118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126,
127, 128, 129, 131, 132, 134, 135, 137, 140, 141,
143, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 156,
162, 167, 168, 171, 173, 174, 175, 176, 177,
179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187,
188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196,
197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 206,
207, 210, 213, 216, 220, 225, 226, 227, 228,
229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 237, 238,
240, 241, 242, 245, 247, 248, 249, 251, 252,
253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 261, 263,
264, 265, 266, 267, 268, 270, 272, 274, 275,
276, 277, 278, 279, 280, 281, 284, 286, 288,
289, 290, 291, 294, 295, 298, 302, 303, 304,
305, 306, 311, 312, 315, 316, 319, 323, 328,
329, 330, 335, 338, 339, 342, 343, 344, 346,
348, 356, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364,
366, 367, 368, 369, 371, 373, 374, 375, 376,
379, 380, 381, 382, 384, 386, 387, 388, 389,
390, 391, 392, 397, 404, 405, 406, 407, 408,
410, 411, 412, 414, 415, 416, 422, 424, 425,
427, 428, 429, 430, 431, 434, 436, 439, 440,
441, 442, 443, 444, 446, 448, 449, 451, 452,
453, 456, 458, 459, 460
Groupe à médiation, 12, 77, 79, 80, 82, 83, 85, 88,
96, 98, 143, 145, 316, 329, 338, 360, 431
Gynécologie, 11, 36, 37, 38, 85, 94, 318, 423, 461,
462

H

Haine, 15, 68, 196, 278, 281, 284, 285, 286, 312,
373, 374, 389, 402, 412, 413, 414, 421
Homoérotisme, 401, 402, 441, 442
Homosexualité, 15, 62, 67, 73, 99, 100, 300, 358,
365, 367, 401, 402, 403, 441, 457
Honte, 15, 16, 66, 76, 193, 237, 286, 288, 289, 290,
291, 292, 293, 312, 322, 348, 366, 371, 373,
374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382,
383, 384, 385, 386, 405, 407, 444, 447, 448,
450, 451, 453, 454, 456, 458, 459

I

Identification, 4, 15, 71, 74, 76, 97, 102, 135, 220,
223, 261, 301, 338, 352, 353, 354, 357, 373,
378, 380, 394, 396, 412, 444
Identité, 11, 14, 15, 22, 33, 46, 52, 64, 65, 66, 75,
76, 78, 85, 91, 187, 227, 230, 231, 253, 271,
293, 298, 312, 315, 329, 341, 342, 345, 351,
352, 355, 366, 369, 385, 401, 403, 404, 451, 456
Image, 14, 16, 31, 39, 46, 52, 57, 59, 61, 99, 103,
122, 135, 139, 163, 165, 171, 176, 180, 194,
195, 196, 207, 213, 227, 232, 235, 239, 242,
245, 247, 259, 261, 268, 269, 270, 277, 285,
286, 287, 293, 296, 308, 312, 319, 321, 322,
337, 340, 341, 343, 347, 349, 350, 351, 352, 354,
355, 357, 358, 359, 363, 371, 372, 375, 377,
381, 405, 406, 407, 416, 418, 421, 434, 435,
442, 446, 454, 456, 458
Inconscient, 48, 49, 54, 64, 66, 75, 79, 97, 112, 131,
157, 230, 288, 297, 309, 315, 317, 321, 331,

333, 342, 343, 349, 379, 396, 398, 410, 415,
419, 420, 423, 439, 441, 447, 453
Intégrité psychosomatique, 26, 281
Intersubjectivité, 69, 145, 318, 358, 365, 367, 378,
379, 386
Intime, 66, 70, 73, 76, 95, 96, 102, 107, 111, 196,
197, 207, 239, 247, 313, 322, 369, 382, 385,
398, 411, 420, 444

L

Libido, 26, 54, 60, 61, 62, 67, 72, 232, 296, 317,
399, 400, 408, 454

M

Médiation, 3, 11, 16, 25, 26, 27, 32, 36, 58, 80, 81,
82, 83, 84, 85, 88, 89, 90, 92, 94, 99, 101, 110,
122, 127, 135, 143, 145, 206, 207, 231, 239,
244, 248, 288, 320, 338, 339, 344, 345, 346,
348, 360, 364, 368, 376, 387, 418, 426, 434,
444, 448, 452, 453, 457, 458, 459, 460, 461
Mimique, 14, 81, 99, 111, 124, 125, 126, 127, 201,
207, 208, 209, 215, 312
Miroir, 10, 16, 54, 59, 60, 61, 99, 106, 108, 109,
113, 115, 135, 176, 180, 181, 183, 186, 193,
198, 201, 204, 227, 230, 232, 234, 235, 236,
237, 238, 239, 242, 251, 252, 253, 255, 261,
284, 312, 315, 321, 322, 329, 330, 340, 347,
348, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 358,
359, 381, 384, 402, 403, 405, 407, 419, 434, 453
Moi-peau, 15, 58, 88, 209, 325, 326, 327, 328, 329,
337, 338, 340, 342, 343, 349, 388, 394, 418,
419, 424, 439, 443, 457, 460

N

Narcissisme, 11, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 69, 72,
74, 85, 89, 91, 93, 118, 122, 168, 201, 298, 315,
319, 321, 324, 349, 350, 351, 366, 379, 399,
400, 401, 402, 404, 406, 407, 417, 432, 439,
448, 454, 457, 460

O

Objet médiateur, 80, 81, 83, 121, 145, 172
Observation, 3, 4, 12, 14, 19, 27, 40, 48, 56, 81, 85,
97, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129,
131, 132, 133, 141, 143, 160, 173, 186, 206,
207, 209, 213, 215, 216, 219, 237, 267, 312,
329, 363, 418, 423, 424, 429, 432, 433, 444
Oncologie, 1, 3, 11, 17, 27, 32, 33, 34, 35, 36, 37,
38, 40, 41, 42, 51, 54, 56, 85, 88, 120, 139, 142,
143, 159, 200, 361, 381, 426, 435, 440, 442,
446, 451, 453, 460, 462
Ovaire, 11, 35, 38, 44, 45, 153, 154, 156, 163, 175,
184, 200, 201, 210, 229, 265, 274, 293, 299,
462, 463

P

Pare-excitation, 73, 91, 111, 312, 325, 326, 334,
342, 343, 385, 407, 419, 420
Partage affectif, 96, 211, 366, 367, 368, 419
Passivation, 167, 369, 373, 379, 396, 397, 399, 420,
450
Peau, 15, 31, 32, 58, 73, 84, 88, 100, 101, 102, 106,
107, 118, 127, 130, 171, 172, 176, 180, 183,

189, 197, 198, 200, 201, 204, 209, 210, 213,
214, 215, 216, 217, 218, 220, 221, 222, 223,
230, 236, 240, 241, 244, 245, 246, 247, 281,
282, 283, 284, 295, 315, 316, 323, 324, 325,
326, 327, 328, 329, 337, 338, 340, 342, 343,
346, 348, 349, 350, 371, 374, 377, 385, 403,
418, 419, 424, 434, 439, 440, 441, 443, 444,
457, 459, 460

Photolangage©, 14, 110, 117, 118, 119, 121, 134,
135, 143, 174, 247, 248, 252, 253, 256, 257,
268, 277, 286, 289, 290, 302, 322, 339, 342,
344, 360, 386, 405, 412, 415, 459

Posture, 12, 14, 27, 54, 81, 121, 123, 124, 125, 127,
176, 180, 183, 186, 189, 193, 197, 201, 207,
208, 209, 216, 220, 267, 271, 285, 294, 295,
296, 301, 303, 312, 320, 327, 329, 355, 357,
362, 369, 395, 397, 405, 407, 420, 421, 422,
434, 439

Processus, 3, 16, 17, 18, 19, 22, 25, 26, 30, 33, 39,
40, 41, 43, 47, 49, 50, 53, 56, 58, 60, 61, 62, 65,
69, 71, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 88,
89, 90, 91, 92, 93, 97, 99, 100, 101, 102, 103,
112, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128,
135, 139, 143, 145, 146, 151, 165, 167, 172, 181,
207, 230, 239, 241, 248, 276, 288, 303, 304,
313, 314, 315, 316, 318, 319, 320, 321, 326,
327, 328, 333, 335, 339, 340, 342, 345, 347,
348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 357, 358,
359, 360, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 375,
376, 377, 378, 387, 388, 389, 390, 391, 392,
393, 394, 395, 396, 397, 399, 402, 404, 409,
412, 414, 415, 417, 418, 419, 420, 423, 426,
430, 432, 433, 434, 440, 443, 444, 447, 452,
455, 456, 459, 460

Processus réflexifs, 91, 103, 127, 143, 347, 366

Psyché, 10, 22, 55, 62, 71, 72, 74, 77, 90, 108, 111,
209, 226, 227, 231, 273, 291, 313, 317, 318,
321, 322, 326, 328, 332, 333, 343, 348, 360,
366, 378, 395, 404, 410, 418, 439, 443, 449

Psychosoma, 16, 33, 50, 92, 139, 159, 212, 276,
296, 315, 317, 327, 332, 350, 355, 356, 396,
423, 435, 447

Psychosomatique, 11, 16, 18, 26, 33, 35, 46, 47, 48,
49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 63, 75, 76, 85, 88, 92,
97, 204, 209, 232, 314, 316, 317, 322, 324, 326,
335, 346, 349, 358, 363, 365, 368, 376, 380,
391, 392, 418, 419, 424, 426, 439, 441, 442,
443, 445, 447, 451, 452, 453, 454, 455, 457,
458, 459, 460

Psychothérapie, 17, 22, 36, 54, 56, 57, 78, 80, 84,
125, 165, 290, 322, 330, 334, 339, 342, 344,
346, 368, 372, 375, 380, 384, 386, 391, 410,
417, 420, 430, 431, 441, 442, 444, 445, 448,
449, 450, 451, 455, 456, 458, 459, 460

Pulsion, 16, 47, 60, 68, 71, 231, 233, 236, 258, 319,
320, 348, 361, 365, 381, 392, 396, 398, 400, 407

R

Rage narcissique, 15, 16, 278, 312, 373, 416

Réflexivité, 3, 10, 16, 64, 88, 92, 99, 143, 239, 312,
315, 320, 326, 347, 348, 366, 367, 396, 417,
418, 423, 424, 432, 457

Remobilisation, 3, 16, 315, 347

Restauration, 3, 15, 33, 39, 52, 57, 92, 118, 160, 184, 315, 316, 344, 348, 349, 372, 374, 417, 418, 432

S

Sein, 11, 28, 35, 37, 38, 44, 45, 51, 63, 68, 111, 139, 154, 156, 159, 162, 163, 174, 175, 184, 187, 190, 192, 193, 194, 196, 203, 204, 205, 206, 226, 228, 229, 233, 235, 241, 256, 262, 265, 266, 267, 269, 270, 271, 289, 291, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 310, 311, 335, 336, 337, 379, 382, 384, 385, 391, 404, 405, 408, 431, 442, 451, 453, 462

Sensation, 54, 56, 58, 68, 69, 84, 97, 100, 101, 111, 168, 197, 210, 211, 220, 240, 241, 263, 273, 281, 283, 284, 291, 318, 321, 324, 326, 327, 328, 329, 339, 340, 357, 363, 365, 418, 424, 455

Sensorialité, 320, 339, 340, 343, 350, 376, 383, 442, 452, 459

Signifiant formel, 81, 88, 209, 327, 328, 329, 330, 340, 343, 419, 439

Socio-esthétique, 1, 3, 11, 17, 23, 27, 28, 31, 32, 33, 36, 38, 39, 40, 44, 51, 56, 57, 83, 85, 90, 92, 93, 106, 127, 137, 139, 143, 145, 159, 164, 167, 168, 189, 206, 276, 284, 312, 313, 320, 327, 345, 369, 374, 403, 417, 418, 420, 421, 425, 429, 430, 431, 432, 435, 436, 437, 442, 452, 460, 461

Soi, 1, 3, 10, 11, 14, 16, 17, 21, 22, 26, 39, 43, 52, 53, 55, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 70, 72, 80, 81, 87, 88, 91, 92, 93, 96, 99, 101, 102, 106, 107, 110, 113, 121, 122, 143, 158, 159, 168, 170, 171, 220, 223, 227, 239, 241, 242, 243, 244, 245, 248, 250, 251, 252, 253, 278, 287, 288, 294, 295, 296, 298, 318, 323, 327, 331, 332, 333, 338, 339, 340, 341, 345, 346, 347, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 357, 358, 359, 366, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 378, 381, 385, 386, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 398, 399, 402, 416, 417, 418, 421, 423, 426, 434, 436, 444, 446, 452, 453, 454, 455, 460, 461

Soin, 1, 3, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 46, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 64, 66, 71, 73, 74, 79, 80, 81, 84, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 99, 100, 101, 102, 103, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 125, 126, 127, 130, 133, 134, 137, 139, 141, 142, 143, 145, 150, 151,

152, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 197, 198, 200, 201, 202, 204, 206, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 237, 240, 241, 243, 244, 245, 247, 248, 260, 265, 266, 267, 268, 270, 271, 272, 273, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 288, 290, 291, 294, 297, 299, 301, 303, 305, 313, 318, 320, 321, 322, 326, 328, 329, 330, 331, 333, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 348, 350, 352, 356, 357, 361, 364, 366, 367, 369, 371, 372, 373, 374, 375, 377, 378, 379, 381, 382, 383, 384, 386, 387, 390, 392, 393, 395, 396, 397, 398, 399, 403, 405, 406, 408, 411, 412, 414, 416, 417, 418, 420, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 434, 435, 436, 450, 453, 456, 457, 460, 461, 462

Soma, 15, 22, 26, 49, 52, 53, 54, 55, 71, 227, 273, 316, 317, 318, 321, 322, 332, 357, 418, 439, 454

Somatisation, 46, 48, 49, 50, 88, 306, 336, 445

Somato-psychique, 22, 28, 54, 58, 165, 231, 272, 318, 333, 424, 426

Subjectivation, 3, 4, 16, 26, 77, 81, 90, 112, 315, 316, 318, 328, 367, 387, 388, 399, 402, 417, 420, 422, 423, 432, 441, 443, 444, 446, 455

Subjectivité, 22, 30, 34, 50, 61, 64, 97, 121, 166, 320, 322, 333, 336, 351, 355, 395, 405, 418, 424, 457

Subversion biologique, 357

Subversion libidinale, 49, 55, 56, 88, 319, 321, 333, 357, 392, 458

Subversion mortifère, 88, 392, 447

T

Transfert, 16, 73, 81, 82, 83, 84, 93, 97, 98, 158, 212, 276, 281, 288, 290, 320, 333, 356, 360, 361, 364, 368, 370, 410, 412, 413, 414, 415, 421, 430, 431, 440, 441, 443, 446, 449, 456

Travail du féminin, 12, 72, 75, 77, 298

Traversée malade, 88, 184, 248, 251

U

Utérus, 11, 37, 38, 44, 45, 76, 154, 156, 163, 175, 210



« Jeune femme se poudrant (1918) »
 "Kesho no onna"
 Goyo Hashiguchi (1880 - 1921)
 Domaine public

RESUME :

Ce travail de recherche tend à la fois à développer une modélisation, ainsi qu'à mettre en évidence les effets psychiques thérapeutiques, d'un dispositif d'accompagnement psychologique de groupe qui propose d'utiliser la médiation des soins socio-esthétiques dans la prise en charge de patientes rencontrées en oncologie gynécologique.

C'est ainsi que nous proposons en premier lieu de développer la présentation du *fil cosmétologique* qui correspond au déroulement du dispositif de recherche, ainsi que celle du *cosmétogramme* qui est la grille d'observation construite afin de faciliter dans un deuxième temps le repérage des processus psychiques en jeu dans les ateliers. La présentation clinique de nos groupes de patientes nous permet d'illustrer à la fois le parcours des patientes dans le dispositif de recherche et l'utilisation du cosmétogramme.

Nous soutenons que les spécificités de ce dispositif original, dans le paysage des soins hospitaliers tels qu'ils sont proposés aux femmes atteintes d'un cancer féminin, sont source de restauration somato-psychique individuelle visant à une remobilisation psychocorporelle revivifiante. En effet, nous en avons recensé plusieurs (multimodalité sensorielle, le groupe, les objets médiateurs et le binôme d'animatrice) qui permettraient la mise en œuvre d'un accompagnement psychodynamique de réinvestissement de soi par la mobilisation de processus psychiques particuliers pour des patientes encore sous l'impact d'effractions somatiques comme psychoaffectives générées et/ou réactivées par l'expérience malade et celle des soins.

L'aire d'expériences psycho-socio-esthétique mobiliserait particulièrement le processus de réflexivité psychique et proposerait un étayage intéressant pour la restauration des enveloppes psychiques des patientes bien mises à mal par la maladie et les soins. Nous avons aussi exploré la mise au travail du processus du féminin, en nous concentrant sur la dimension relationnelle du dispositif, plus spécifiquement sur ses enjeux identificatoires et transférentiels. Ainsi, à partir de cette clinique, nous nous sommes intéressée aux processus psychiques qui semblent favoriser une dynamique de réaménagements narcissiques-identitaires et libidinaux chez nos patientes et conduire à une relance du processus de subjectivation féminine et d'appropriation subjectivante de l'expérience du cancer.

Mots clés : Cancer ; Groupe ; Médiation ; Socio-esthétique ; Psychosoma ; Travail du féminin ; Processus réflexifs ; Subjectivation.