

# Delphine PEYRAT-APICELLA

## CANCER ET FIN DE VIE : LA QUESTION DU SENS

### *Représentations de la maladie et fonction des théories étiologiques profanes*

#### TOME I

Thèse présentée et soutenue publiquement le **24/11/2017**  
en vue de l'obtention du doctorat de Psychologie de l'Université Paris Nanterre  
sous la direction du Pr François POMMIER

#### Jury :

Rapporteuse :	<b>Madame Marie-José DEL VOLGO</b>	Maître de Conférences - HDR, Universi- té d'Aix-Marseille
Rapporteuse :	<b>Madame Françoise NEAU</b>	Maître de Conférences, Université Paris Diderot
Président du jury :	<b>Monsieur Pascal-Henri KELLER</b>	Professeur Emérite, Université de Poitiers
Membre du jury :	<b>Monsieur Karl-Léo SCHWERING</b>	Professeur, Université Paris XIII
Invitée :	<b>Madame Marjorie ROQUES</b>	Maître de Conférences, Université de Caen

## RÉSUMÉ

---

À partir de la distinction opérée par G. Canguilhem (1966) entre la maladie du malade et celle du médecin, nous avons considéré les récits, constructions personnelles et représentations des patients relatifs à leur maladie cancéreuse et coexistants avec les théories scientifiques médicales. Ces éléments représentent un travail psychique d'élaboration qui peut donner naissance à un « roman de la maladie » (Gori, Del Volgo & Poinso, 1994). Cette quête de sens, que nous considérons comme un fondamental de l'existence, peut être mise à mal lorsque l'événement-maladie fait trauma pour le psychisme du patient, entravant alors l'historicisation de son vécu. Mais quid de cette quête à l'approche de la fin de vie ? Comment envisager et donner un sens à l'innommable, l'irreprésentable de sa propre mort (Freud, 1915) ?

Notre recherche vise à explorer l'évolution des processus d'élaboration en lien avec une mise en sens de l'événement-maladie, des représentations du cancer et de la mort et des processus défensifs mis à l'œuvre pour faire face à ce vécu effractant, entre deux groupes de patients, respectivement en phases curative et palliative de leurs traitements. Une première partie quantitative de notre travail a pour but d'objectiver sur le plan statistique, à l'aide d'outils psychométriques (IPQ-R et DSQ-40), des différences entre les deux groupes (composés de quarante-cinq patients chacun). La seconde partie, qualitative, consiste en une étude clinique et projective (Rorschach et T.A.T.), à partir de la rencontre avec dix patients (cinq de chaque groupe), des processus psychiques à l'œuvre face à la maladie somatique grave et à sa potentielle évolution létale. Notre questionnement touche ainsi à l'étude du « roman de la maladie » après le diagnostic et éventuellement au moment de l'approche de la fin de vie. La maladie grave peut sidérer l'appareil psychique et faire trauma dans certains cas, laissant dans certains autres des possibilités d'élaboration, malgré les représentations de cette pathologie associées socialement à la mort. Mais qu'en est-il lorsque la mort n'est plus affaire de représentation et prend valeur de réalité inéluctable (au sens d'une impossibilité de maintenir cette réalité inconsciente) ?

***Mots-clés :*** cancer, fin de vie, sens, traumatisme, théories étiologiques profanes, tests projectifs.

## ABSTRACT

---

Starting with the distinction made by G. Canguilhem (1966) between the illness of the patient and the illness of the medical doctor, we have considered the narratives, patients' personal constructions and representations regarding their cancer, co-existing with the medical and scientific theory. These elements are a psychical work of elaboration that can give birth to "a novel of the illness" (Gori, Del Volgo & Poinso, 1994). This quest for meaning, which we consider fundamental to any existence, can be tested when the illness-event creates a trauma in the psyche of the patient, hindering the elaboration of its history. What about this quest as the end of life approaches? The inconceivable of one's own death (Freud, 1915) ?

Our research explores the evolution of the elaborative processes linked to the quest of meaning of the illness-event, of the representations of cancer, of death and the defenses in place to deal with this frightening experience, comparing two groups of patients, respectively in curative and palliative phases of their treatment. Firstly, a quantitative part of our work is objectified statistically with psychometric tools (IPQ-R and DSQ-40), showing differences between the two groups (each group containing 45 patients). The second part is qualitative with clinical and projective data (Rorschach and T.A.T.) issued from 10 patients (5 of each group), showing the psychical processes of patients facing severe somatic illness and its potential lethal evolution. Our research investigates the "novel of the illness" after diagnosis and at the eventual approach of the end of life. Severe illness can freeze the psyche and be traumatic at times, leaving in certain cases elaborative capabilities, despite the social representation of the pathology associated with death. But what when death is no longer a matter of representation and becomes an undeniable fact (when it is impossible of maintaining this reality unconscious) ?

***Keywords*** : cancer, end of life, meaning, trauma, profane etiologic theories, projective tests.

## REMERCIEMENTS

---

*À mes professeurs,*

Merci à tous de me faire l'honneur de participer à ma soutenance de thèse.

**Au Pr François POMMIER,**

Pour avoir accepté de diriger ce travail : vous étiez mon enseignant en maîtrise à Paris V et c'est tout naturellement que je suis revenue vers vous plusieurs années après à Nanterre. Vous m'avez accompagnée, du Master II Recherche à la fin de cette thèse, avec confiance et bienveillance, malgré des aléas qui m'ont à plusieurs reprises mise en difficulté dans ce travail. Vos qualités humaines et intellectuelles m'ont portée jusqu'au bout de cette thèse : je vous en suis sincèrement reconnaissante.

**À Marie-José DEL VOLGO,**

Pour avoir accepté d'être rapporteuse de ma soutenance de thèse : je me suis inspirée de vos travaux depuis le début de mes réflexions en lien avec cette recherche et j'ai hâte de pouvoir échanger avec vous et d'avoir votre retour sur mon travail.

**Au Pr Pascal-Henri KELLER,**

Pour me faire l'honneur de présider mon jury de thèse : j'attends avec impatience vos retours et impressions sur la réalisation de ce travail, ainsi que nos échanges à venir.

**À Françoise NEAU,**

Pour avoir accepté d'être rapporteuse de ce travail : votre regard sur mon travail, et notamment sur son aspect projectif, va représenter un apport fondamental pour moi.

**Au Pr Karl-Léo SCHWERING,**

Pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Vos travaux sont une référence pour moi : un de vos textes m'a beaucoup marquée dans ma pratique de clinicienne hospitalière et réson-

nera en moi je pense tant que je continuerai à aller à la rencontre des patients atteints de maladies somatiques graves.

**À Marjorie ROQUES,**

Pour avoir accepté d'être présente à cette soutenance : tes conseils de début de thèse m'ont accompagnée tout au long de ce travail.

**À François-David CAMPS,**

Pour votre éclairage attentif sur l'intégralité des protocoles de projectifs de cette recherche, pour m'avoir permis de formaliser mes idées et surtout d'acquérir la confiance nécessaire pour les exprimer.

*À mes collègues « universitaires »,*

**À Ellen LORENCEAU,**

Pour ton soutien indéfectible ces huit dernières années : nos questionnements et nos doutes partagés, nos travaux communs, ton aide précieuse dans l'abord des projectifs, les analyses statistiques, tes traductions toujours dans l'urgence...

**À Géraldine BIZET et Aude LUGUÉ,**

Pour vos doubles cotations de Rorschach et de T.A.T., tout le travail et les échanges cliniques sur ces protocoles, vos remarques pertinentes et vos encouragements.

**À Luis MAZZUCCA,**

Pour ton travail tellement rapide et efficace sur les statistiques de cette recherche, merci de ta gentillesse et de ta disponibilité.

**À Romain CALVET,**

Pour ton aide dans les débuts de ce travail autour de mes réflexions statistiques et des méandres du logiciel Statistica. Ta patience et ta disponibilité m'ont permis de mettre en place ma méthodologie quantitative.

**À Frédérique ROUVEAU,**

Pour ton aide et tous tes documents de travail qui m'ont été précieux tout au long de mes analyses.

**À Jessica JOURDAN, Alexandre SINANIAN, Nicolas MENDES,**

Mes collègues doctorants et post-doctorants : pour nos échanges théorico-cliniques, mais aussi et surtout nos partages face aux difficultés et angoisses, vous avez souvent été des ressources en terme de motivation.

*À mes collègues « hospitaliers »,*

**Au Dr TUSET,**

Pour notre collaboration durant ces six années d' « équipe commune » : nos échanges et notre travail au quotidien ont été un enrichissement permanent et m'ont en partie permis de devenir la clinicienne que je suis aujourd'hui. Merci pour ta contribution à certaines réflexions de ce travail et pour toutes celles encore à venir...

**Aux Dr DEMUYNCK et à l'équipe de l'Hôpital de Jour du Centre Hospitalier de Montereau Fault Yonne, aux Drs CHAÏB, DROVETTI et BEN OUALI,**

Pour leur précieuse collaboration.

À tous mes collègues psychologues, et en particulier **Alain, Fanny, Élodie, Aurélie, Laurence,**

Pour nos échanges cliniques (mais pas que !), nos collaborations parfois, votre soutien toujours.

**Aux équipes DIAVERUM Avon & Montereau,**

Pour notre collaboration depuis des années et ce que vous m'apportez, professionnellement et humainement.

À mes anciens collègues et toutes les équipes soignantes auprès de qui je me suis enrichie et m'enrichis encore au quotidien.

*Aux patients,*

Ceux de cette recherche et tous les autres, qui m'apportent tellement dans ma clinique, qui ont représenté l'inspiration de cette recherche et qui m'ont construite et continuent de le faire en tant que professionnelle.

*À mes amis, et en particulier :*

À **Sébastien**, pour ton aide logistique, mais surtout pour ton soutien et tes « recadrages », pertinents et souvent efficaces,

À **Ellen, Mila, Idris et Ahmed**, pour votre soutien constant et ce que vous représentez dans notre vie,

À **Nathalie**, parce que beaucoup de choses deviennent possibles grâce à toi,

À l'« **Avenir** », pour nos fous-rires et nos challenges, pour vos encouragements tant sur les courses que pour ce travail, parce que la thèse, c'est un peu comme un marathon !

*À mes proches,*

**À Laure,**

Mon maître Capello, pour ce que tu es, ton soutien depuis toujours, tes encouragements constants au cours de l'élaboration de ce travail de thèse, et tes relectures, patientes et attentives. À ce qu'on a déjà vécu et à ce qu'il nous reste à vivre,

**À ma mère,**

Pour ton soutien et ton aide de tous les instants, pour les valeurs que tu m'as transmises et ce que tu m'as permis de devenir,

**À ma grand-mère,**

Tu auras été un repère presque jusqu'à la fin de ce parcours de thèse : tes conseils me suivent au-delà de ton absence,

Et aussi à ceux qui n'apparaissent pas dans ces remerciements, parce que la construction peut aussi se faire par l'absence...

*Et enfin, je dédie ce travail à Loane et Nathan, mes petits moteurs :*

*Nathan, tu es né avec ce projet et t'es vite étonné d'avoir une maman qui avait tant de devoirs, devenant très tôt attentif, encourageant et au fait de l'évolution du nombre de pages produites,*

*Loane, tu as toujours eu des mots d'encouragement d'une maturité étonnante, qui m'ont portée jusqu'au bout de ce travail,*

*Vous êtes la source de toutes mes inspirations, et j'espère vous avoir montré que vous aviez raison : « quand on veut, on peut ! »*

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>4</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>21</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THÉORIQUE</b> .....	<b>25</b>
<b>CHAPITRE 1.</b>	
<b>Approche anthropologique, sociologique et scientifique de la maladie</b> .....	<b>26</b>
I. Anthropologie de la maladie : l' « événement-maladie ».....	26
A. Modèles étiologiques de la maladie.....	26
B. De la maladie du malade à la maladie du médecin .....	27
C. Les trois aspects de la maladie .....	29
1. Disease .....	30
2. Illness .....	31
3. Sickness.....	32
II. Approche scientifique et médicale du cancer.....	34
A. Définition .....	34
B. Épidémiologie descriptive.....	35
C. Classification des cancers .....	36
1. Classifications histologiques.....	36
2. Classifications TNM.....	38
D. Étiologies et facteurs de risque .....	39
E. Du curatif au palliatif.....	40
III. La maladie « socialisée » .....	43
A. Histoire du cancer dans la société.....	43
B. La maladie comme « fait social ».....	44
C. Interprétations et représentations culturelles et sociales .....	46
D. Modèles psychosociologiques de l'étiologie du cancer.....	49
<b>CHAPITRE 2.</b>	
<b>Une nécessaire quête de sens</b> .....	<b>54</b>
I. Un fondamental de l'existence .....	54
A. La maladie comme événement.....	54
B. Le travail de la maladie .....	55
1. L'élaboration de théories étiologique profanes.....	57
2. Causes réelles, causes imaginaires.....	60
C. Du travail de la maladie au travail du trépas.....	63

II. De la « mise en sens » au « roman de la maladie ».....	65
A. Le concept de « roman de la maladie ».....	65
B. L' « instant de dire » .....	66
C. Récits de malades.....	68
III. La recherche de sens comme processus adaptatif.....	73
A. La notion de défense .....	73
B. Les différences intersubjectives .....	76
<b>CHAPITRE 3.</b>	
<b>L'irreprésentable de la mort.....</b>	<b>80</b>
I. La mort interdite .....	80
A. La mort dans nos sociétés occidentales.....	80
1. La mort du Moyen-Age à nos jours .....	80
2. La mort aujourd'hui .....	82
B. La mort à l'hôpital.....	83
II. Les soins palliatifs.....	85
A. Histoire.....	85
B. Définition et idéologie.....	87
C. La place des soins palliatifs à l'hôpital .....	88
III. La question de l'annonce .....	90
A. La notion de vérité médicale.....	90
B. Éthique et annonce de la phase palliative.....	93
IV. Les représentations de la mort .....	95
A. Penser sa propre mort.....	95
B. La mort ne s'affronte pas ! .....	97
C. La proximité réelle de la mort.....	99
<b>CHAPITRE 4.</b>	
<b>Situations extrêmes et traumatismes.....</b>	<b>101</b>
I. La maladie comme situation extrême.....	101
A. Atteinte du corps et atteinte narcissique : du corps objet au corps sujet.....	102
B. Quand l'identité est menacée .....	105
II. Définitions du traumatisme .....	107
A. Freud .....	108
B. Ferenczi .....	110
C. Bokanowski.....	111
III. La maladie comme traumatisme ? .....	113
A. L'annonce initiale de la maladie .....	113
B. L'évolution péjorative.....	115
C. L'approche de la mort .....	117
IV. Remaniement du système défensif .....	119
<b>SECONDE PARTIE : RECHERCHE.....</b>	<b>123</b>
<b>CHAPITRE 1.</b>	
<b>Méthodologie .....</b>	<b>124</b>
I. Problématique.....	124
II. Hypothèses .....	125

A. Hypothèse générale .....	125
B. Hypothèses de travail .....	125
III. Protocole de recherche .....	127
A. Procédure .....	127
1. Pourquoi associer une étude quantitative à une étude qualitative ? .....	128
2. Population .....	128
3. L'élaboration du questionnaire médical .....	129
B. Choix et présentation des questionnaires .....	130
1. Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) .....	130
2. Defense Style Questionnaire - DSQ-40 .....	131
C. L'entretien semi-directif de recherche .....	134
D. Les épreuves projectives .....	137
1. Rorschach .....	137
2. Thematic Apperception Test .....	140
E. Organisation de l'analyse clinique .....	149
IV. Éthique et déontologie de la recherche .....	150
A. Positionnement : du clinicien au chercheur .....	150
B. Questions éthiques .....	151
C. Impact de la recherche .....	154
D. Biais méthodologiques .....	155

## **CHAPITRE 2.**

<b>Analyse quantitative .....</b>	<b>157</b>
I. Analyse des données sociodémographiques et médicales .....	157
II. Analyse statistique des données des questionnaires .....	160
A. Tests préalables .....	160
B. Test de Student .....	162
C. Analyse statistique de l'IPQ-R .....	162
D. Analyse statistique du DSQ-40 .....	170
III. Discussion .....	179

## **CHAPITRE 3.**

### **Analyse qualitative des rencontres avec les patients en phase curative**

<b>de leur maladie .....</b>	<b>182</b>
• <b>ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE BORIS, 46 ANS .....</b>	<b>182</b>
I. Analyse clinique de l'entretien .....	182
A. Réalité médicale (Disease) .....	182
B. Réalité subjective (Illness) .....	184
1. Représentations de la maladie .....	184
2. Théories étiologiques .....	185
3. Processus défensifs .....	187
4. Mise en sens .....	188
C. Réalité sociale (Sickness) .....	189
II. Analyse clinique du Rorschach .....	191
A. Clinique de la passation .....	191
1. Dynamique de la passation .....	191
2. Caractéristiques de la production .....	193
B. Analyse et interprétation .....	194
1. Les processus de pensée .....	194
a. Investissement de la pensée .....	194

b. Rapport au réel.....	194
c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation.....	194
2. La dynamique affective : le traitement des conflits.....	195
a. L'axe narcissique.....	195
i. Représentation de soi : identité.....	195
ii. Représentation de soi : identification.....	196
b. L'axe objectal.....	197
i. Représentation des relations.....	197
ii. Traitement des affects.....	198
C. Évaluation de l'organisation défensive.....	198
III. Analyse clinique du T.A.T.....	200
IV. Synthèse.....	202
• <b>ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE BRIGITTE, 64 ANS .....</b>	<b>208</b>
I. Analyse clinique de l'entretien.....	208
A. Réalité médicale (Disease).....	209
B. Réalité subjective (Illness).....	211
1. Représentations de la maladie.....	211
2. Théories étiologiques.....	211
3. Processus défensifs.....	213
4. Mise en sens.....	215
C. Réalité sociale (Sickness).....	215
II. Analyse clinique du Rorschach.....	217
A. Clinique de la passation.....	217
1. Dynamique de la passation.....	217
2. Caractéristiques de la production.....	217
B. Analyse et interprétation.....	219
1. Les processus de pensée.....	219
a. Investissement de la pensée.....	219
b. Rapport au réel.....	219
c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation.....	220
2. La dynamique affective : le traitement des conflits.....	221
a. L'axe narcissique.....	221
i. Représentation de soi : identité.....	221
ii. Représentation de soi : identification.....	222
b. L'axe objectal.....	223
i. Représentation des relations.....	223
ii. Traitement des affects.....	223
C. Évaluation de l'organisation défensive.....	224
III. Analyse clinique du T.A.T.....	225
IV. Synthèse.....	228
• <b>ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE PASCALE, 55 ANS .....</b>	<b>231</b>
I. Analyse clinique de l'entretien.....	231
A. Réalité médicale (Disease).....	232
B. Réalité subjective (Illness).....	233
1. Représentations de la maladie.....	233
2. Théories étiologiques.....	236
3. Processus défensifs.....	238
4. Mise en sens.....	240

C. Réalité sociale (Sickness).....	241
II. Analyse clinique du Rorschach.....	243
A. Clinique de la passation.....	243
1. Dynamique de la passation.....	243
2. Caractéristiques de la production.....	244
B. Analyse et interprétation.....	245
1. Les processus de pensée.....	245
a. Investissement de la pensée.....	245
b. Rapport au réel.....	245
c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation.....	246
2. La dynamique affective : le traitement des conflits.....	246
a. L'axe narcissique.....	246
i. Représentation de soi : identité.....	247
ii. Représentation de soi : identification.....	247
b. L'axe objectal.....	248
i. Représentation des relations.....	248
ii. Traitement des affects.....	248
3. Évaluation de l'organisation défensive.....	249
III. Analyse clinique du T.A.T.....	250
IV. Synthèse.....	252
• <b>ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE LOUIS, 75 ANS .....</b>	<b>254</b>
I. Analyse clinique de l'entretien.....	254
A. Réalité médicale (Disease).....	254
B. Réalité subjective (Illness).....	255
1. Représentations de la maladie.....	255
2. Théories étiologiques.....	257
3. Processus défensifs.....	259
4. Mise en sens.....	259
C. Réalité sociale (Sickness).....	260
II. Analyse clinique du Rorschach.....	261
A. Clinique de la passation.....	261
1. Dynamique de la passation.....	261
2. Caractéristiques de la production.....	261
B. Analyse et interprétation.....	262
1. Les processus de pensée.....	262
a. Investissement de la pensée.....	262
b. Rapport au réel.....	263
c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation.....	263
2. La dynamique affective : le traitement des conflits.....	264
a. L'axe narcissique.....	264
i. Représentation de soi : identité.....	264
ii. Représentation de soi : identification.....	264
b. L'axe objectal.....	265
i. Représentation des relations.....	265
ii. Traitement des affects.....	266
C. Évaluation de l'organisation défensive.....	267
III. Analyse clinique du T.A.T.....	268
IV. Synthèse.....	270

• <b>ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE CHRISTIAN, 73 ANS .....</b>	<b>273</b>
I. Analyse clinique de l'entretien.....	273
A. Réalité médicale (Disease).....	274
B. Réalité subjective (Illness).....	275
1. Représentations de la maladie.....	275
2. Théories étiologiques.....	276
3. Processus défensifs.....	277
4. Mise en sens.....	278
C. Réalité sociale (Sickness).....	278
II. Analyse clinique du Rorschach.....	279
A. Clinique de la passation.....	279
1. Dynamique de la passation.....	279
2. Caractéristiques de la production.....	279
B. Analyse et interprétation.....	280
1. Les processus de pensée.....	280
a. Investissement de la pensée.....	280
b. Rapport au réel.....	281
c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation.....	281
2. La dynamique affective : le traitement des conflits.....	282
a. L'axe narcissique.....	282
i. Représentation de soi : identité.....	282
ii. Représentation de soi : identification.....	283
b. L'axe objectal.....	283
i. Représentation des relations.....	283
ii. Traitement des affects.....	284
C. Évaluation de l'organisation défensive.....	284
III. Analyse clinique du T.A.T.....	285
IV. Synthèse.....	288

#### **CHAPITRE 4.**

##### **Analyse qualitative des rencontres avec les patients en phase palliative**

<b>de leur maladie .....</b>	<b>289</b>
• <b>ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE BERNARD, 65 ANS .....</b>	<b>289</b>
I. Analyse clinique de l'entretien.....	289
A. Réalité médicale (Disease).....	289
B. Réalité subjective (Illness).....	292
1. Représentations de la maladie.....	292
2. Théories étiologiques.....	293
3. Processus défensifs.....	293
4. Mise en sens.....	294
C. Réalité sociale (Sickness).....	294
II. Analyse clinique du Rorschach.....	296
A. Clinique de la passation.....	296
1. Dynamique de la passation.....	296
2. Caractéristiques de la production.....	296
B. Analyse et interprétation.....	297
1. Les processus de pensée.....	297
a. Investissement de la pensée.....	297
b. Rapport au réel.....	297
c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation.....	298

2. La dynamique affective : le traitement des conflits .....	299
a. L'axe narcissique .....	299
i. Représentation de soi : identité .....	299
ii. Représentation de soi : identification .....	300
b. L'axe objectal.....	300
i. Représentation des relations .....	300
ii. Traitement des affects .....	301
C. Évaluation de l'organisation défensive .....	302
III. Analyse clinique du T.A.T.....	303
IV. Synthèse.....	305
• <b>ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE D'OLIVIA, 49 ANS.....</b>	<b>307</b>
I. Analyse clinique de l'entretien .....	307
A. Réalité médicale (Disease).....	307
B. Réalité subjective (Illness) .....	309
1. Représentations de la maladie.....	309
2. Théories étiologiques .....	310
3. Processus défensifs .....	312
4. Mise en sens.....	313
C. Réalité sociale (Sickness).....	313
II. Analyse clinique du Rorschach.....	315
A. Clinique de la passation .....	315
1. Dynamique de la passation .....	315
2. Caractéristiques de la production.....	315
B. Analyse et interprétation .....	316
1. Les processus de pensée.....	316
a. Investissement de la pensée .....	316
b. Rapport au réel.....	317
c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation.....	317
2. La dynamique affective : le traitement des conflits .....	318
a. L'axe narcissique .....	318
i. Représentation de soi : identité .....	318
ii. Représentation de soi : identification .....	319
b. L'axe objectal.....	320
i. Représentation des relations .....	320
ii. Traitement des affects .....	320
C. Évaluation de l'organisation défensive .....	321
III. Analyse clinique du T.A.T.....	322
IV. Synthèse.....	324
• <b>ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE SABRINA, 65 ANS.....</b>	<b>327</b>
I. Analyse clinique de l'entretien .....	327
A. Réalité médicale (Disease).....	328
B. Réalité subjective (Illness) .....	330
1. Représentations de la maladie.....	330
2. Théories étiologiques .....	331
3. Processus défensifs .....	332
4. Mise en sens.....	333
C. Réalité sociale (Sickness).....	333
II. Analyse clinique du Rorschach .....	335

A. Clinique de la passation .....	335
1. Dynamique de la passation .....	335
2. Caractéristiques de la production.....	336
B. Analyse et interprétation .....	337
1. Les processus de pensée.....	337
a. Investissement de la pensée .....	337
b. Rapport au réel.....	338
c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation.....	338
2. La dynamique affective : le traitement des conflits .....	339
a. L'axe narcissique .....	339
i. Représentation de soi : identité .....	339
ii. Représentation de soi : identification .....	340
b. L'axe objectal .....	341
i. Représentation des relations.....	341
ii. Traitement des affects .....	342
C. Évaluation de l'organisation défensive .....	343
III. Analyse clinique du T.A.T.....	345
IV. Synthèse.....	347
• <b>ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE PAOLA, 69 ANS .....</b>	<b>349</b>
I. Analyse clinique de l'entretien.....	349
A. Réalité médicale (Disease).....	349
B. Réalité subjective (Illness).....	350
1. Représentations de la maladie.....	350
2. Théories étiologiques.....	351
3. Processus défensifs .....	352
4. Mise en sens.....	353
C. Réalité sociale .....	353
II. Analyse clinique du Rorschach.....	355
A. Clinique de la passation .....	355
1. Dynamique de la passation .....	355
2. Caractéristiques de la production.....	355
B. Analyse et interprétation .....	356
1. Les processus de pensée.....	356
a. Investissement de la pensée .....	356
b. Rapport au réel.....	357
c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation.....	357
2. La dynamique affective : le traitement des conflits.....	358
a. L'axe narcissique .....	358
i. Représentation de soi : identité .....	358
ii. Représentation de soi : identification .....	359
b. L'axe objectal .....	360
i. Représentation des relations.....	360
ii. Traitement des affects .....	361
C. Évaluation de l'organisation défensive .....	361
III. Analyse clinique du T.A.T.....	362
IV. Synthèse.....	365
• <b>ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE SYLVAIN, 48 ANS .....</b>	<b>367</b>
I. Analyse clinique de l'entretien.....	367

A. Réalité médicale (Disease).....	368
B. Réalité subjective (Illness).....	369
1. Représentations de la maladie.....	369
2. Théories étiologiques.....	370
3. Processus défensifs.....	371
4. Mise en sens.....	372
C. Réalité sociale (Sickness).....	372
II. Analyse clinique du Rorschach.....	374
A. Clinique de la passation.....	374
1. Dynamique de la passation.....	374
2. Caractéristiques de la production.....	374
B. Analyse et interprétation.....	375
1. Les processus de pensée.....	375
a. Investissement de la pensée.....	375
b. Rapport au réel.....	376
c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation.....	376
2. La dynamique affective : le traitement des conflits.....	377
a. L'axe narcissique.....	377
i. Représentation de soi : identité.....	377
ii. Représentation de soi : identification.....	378
b. L'axe objectal.....	379
i. Représentation des relations.....	379
ii. Traitement des affects.....	379
C. Évaluation de l'organisation défensive.....	380
III. Analyse clinique du T.A.T.....	382
IV. Synthèse.....	384

## CHAPITRE 5.

<b>Résultats et discussion .....</b>	<b>386</b>
I. Résultats.....	386
A. Données qualitatives.....	387
B. Données quantitatives.....	388
1. Patients en phase curative de leur maladie.....	388
a. Boris.....	388
b. Brigitte.....	390
c. Pascale.....	392
d. Louis.....	394
e. Christian.....	395
2. Patients en phase palliative de leur maladie.....	397
a. Bernard.....	397
b. Olivia.....	398
c. Sabrina.....	400
d. Paola.....	401
e. Sylvain.....	403
II. Discussion.....	405
A. Ressenti clinique.....	405
B. Désinvestissement de la pensée et désobjectivation.....	407
C. L'atteinte corporelle.....	409
D. La proximité réelle ou symbolique de la mort.....	410
E. Une historicisation salvatrice ?.....	411

<b>CONCLUSION .....</b>	<b>413</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>416</b>

*« C'est une nécessité  
pour son fonctionnement  
de se poser et de s'ancrer dans une histoire  
qui substitue à un temps vécu-perdu  
la version que le sujet s'en donne,  
grâce à sa reconstruction  
des causes qui l'ont fait être,  
rendant compte de son présent  
et rendant pensable et investissable  
un éventuel futur ».*

Piera Aulagnier (1984). *L'apprenti historien et le maître sorcier*. Paris : PUF

## INTRODUCTION

---

Ce travail de recherche est né d'une expérience clinique de plusieurs années dans ce domaine de la clinique de l'extrême qu'est l'approche du patient atteint de maladie somatique grave potentiellement létale. Au cours de celle-ci, il nous est apparu clairement que la démarche réflexive de recherche représentait une nécessité psychique à l'élaboration d'une clinique potentiellement traumatique. P.H. Keller qualifiait le travail de thèse de *travail de sublimation de la sidération du clinicien face à la clinique de la maladie somatique grave et de la fin de vie* lors de la soutenance de thèse de Marjorie Roques<sup>1</sup> : cette dénomination fait écho chez nous dans le sens où ce travail nous a permis d'élaborer et de donner du sens à l'émergence de représentations, symboliques et parfois réelles, en lien avec la proximité de la mort. Par ailleurs, il nous semble opportun de faire le lien avec ce même travail de sublimation face au traumatisme de la maladie grave chez le patient que peut représenter le « *travail de la maladie* »<sup>2</sup> autour d'une nécessaire mise en sens de l'événement traumatogène, objet d'étude de ce travail de thèse.

Alors que nous avons initialement envisagé des études médicales, du fait d'un intérêt pour la médecine en général depuis le plus jeune âge, la confrontation à la réalité de ce parcours nous a très vite amenée tout naturellement vers une discipline plus adaptée à nos intérêts profonds, à savoir qui nous permettrait d'approcher de près l'articulation psyché/soma. Notre préoccupation pour l'accompagnement psychique des situations extrêmes a été immédiate, avec une orientation vers la réflexion sur l'impact psychique de la maladie somatique grave et la spécificité de l'approche palliative des situations en fin de vie. Clinicienne depuis plus de dix ans en Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, ainsi qu'en cancérologie et dans le champ plus large de la maladie somatique grave (neurologie et néphrologie essentiellement), l'émergence de questionnements quant au cheminement psychique des patients lors des différentes phases de leur pathologie s'est imposée à nous dès le début de notre pratique. Nous allons tenter d'en rendre compte dans ce travail, ayant tenté

---

<sup>1</sup> Thèse soutenue publiquement le 18 novembre 2011 à l'université Paris-Ouest Nanterre La Défense, sous le titre : *Les retentissements des effractions corporelles sur l'unité psychosomatique de l'adulte insuffisant rénal : étude clinique du traumatisme d'une maladie grave et de son traitement.*

<sup>2</sup> Pedinielli, J-L. (1994). Hypothèse d'un « travail de la maladie ». *Cliniques Méditerranéennes*, 41/42 : 169-89.

de formaliser notre réflexion en effectuant ce *travail de sublimation* par le biais de la recherche.

En cancérologie, l'atteinte pathologique du corps, au sens où elle renvoie de manière quasi directe à la mort possible du sujet, constitue un véritable raz-de-marée psychique au moment de l'annonce. Souvent frappée par le premier mouvement psychique s'amorçant chez un patient ayant reçu le diagnostic de maladie cancéreuse, à savoir celui d'interroger les causes de cette maladie (le « *pourquoi moi, docteur ?* » - Solal-Céligny, 2010), nous avons souhaité questionner le devenir de ces réflexions, leur fonction et leur évolution. Notre objectif au cours de ce travail n'est pas d'identifier les causes réelles d'apparition du cancer, mais bien d'explorer les théories élaborées par les patients, leur manière d'inscrire en quelque sorte la maladie dans leur histoire de vie, quelle que soit la réalité possible de ces théories et leur pertinence au plan scientifique. En effet, il s'agit ici d'être au plus près du vécu du malade et de ses représentations, en gardant bien évidemment à l'esprit que ces théories doivent, si ce n'est s'articuler, tout du moins coexister avec la réalité médicale et scientifique.

C'est ainsi qu'à partir de la distinction opérée par G. Canguilhem (1966) entre la maladie du malade et celle du médecin (ou maladies aux premières et secondes personnes), nous questionnerons dans un premier temps la façon dont peuvent s'articuler ces conceptions si différentes de l'approche de la maladie et la pertinence d'une écoute réciproque de ces différents points de vue. En effet, les théories construites par les patients représentent un travail de mise en sens, qui peut donner naissance à un « *roman de la maladie* » (Gori, Del Volgo & Poinso, 1994), élaboration qui peut fonctionner comme un moyen d'adaptation psychique à la réalité traumatique, voire même, comme nous en faisons l'hypothèse, comme un mécanisme défensif face à cet événement. Cette quête de sens, que nous considérons par ailleurs comme un fondamental de l'existence, peut être mise à mal lorsque l'« événement-maladie » fait trauma dans le psychisme du patient, ce qui empêche alors l'élaboration de ce roman (cf. article). Nous allons tenter dans ce travail, guidée par les paroles et écrits de patients, d'explorer le vécu de la maladie, son articulation entre psychique et somatique, scientifique et subjectif, social et personnel. Les « mots » de patients apparaissant en filigrane tout au long de cette thèse peuvent surprendre dans le cadre d'un travail universitaire mais nous ont semblé représenter un éclairage majeur des théories explorées.

Mais quid de cette quête à l'approche de la fin de vie ? Comment envisager et donner un sens à l'innommable, l'irreprésentable de sa propre mort (Freud, 1915) ? D'autant que questionner l'évolution de la mise en sens de la maladie pour le patient en fin de vie revient à parler du sens de la mort, et donc de ses représentations. Et s'il est établi que notre propre mort est un événement par essence insensé, la vie, elle, a nécessairement du sens et ce jusqu'à son extrême limite. C'est ainsi que l'on peut questionner les certitudes de certains bien-portants quant aux souhaits de mort anticipée pour ces patients gravement atteints et discuter des différences de représentations de la mort en fonction de sa proximité réelle. Par ailleurs, partant du postulat que les patients pressentent la détérioration de leur état somatique et donc leur glissement vers un pronostic péjoratif, nous ne pouvons faire l'économie de la question de l'annonce de la phase palliative au malade et/ou à ses proches par le médecin et de son éventuel impact (que cette annonce ait lieu ou pas), avec toutes les problématiques éthiques que ce type d'annonce entraîne. La question que nous nous posons ainsi touche à l'étude du roman de la maladie et plus largement à ses représentations, aux différents moments de son évolution et à l'approche de la fin de vie. En effet, est-il toujours possible de donner du sens à un événement insensé, lorsqu'il n'existe, en tous cas de manière rationnelle et pragmatique, plus d'autre issue que la mort ? Là où l'apparition de la maladie-cancer pouvait sidérer l'appareil psychique, laissant cependant la place à des possibilités d'élaboration, malgré les représentations de cette maladie associées socialement à la mort, qu'en est-il lorsque la mort n'est plus affaire de représentation, mais prend valeur de réalité inéluctable (au sens d'une impossibilité de maintenir cette réalité inconsciente) ?

Afin d'explorer ces questions, nous avons fait le choix de mener une étude comparative à différentes phases d'évolution de la pathologie cancéreuse chez les patients en regroupant ceux-ci dans deux catégories afin d'identifier les phases dites « curatives » et « palliatives » de la maladie, dans l'idée d'objectiver des différences quant au degré d'élaboration psychique autour des théories étiologiques construites et de la mise en sens de l'événement-maladie. Dans une première partie de notre travail de recherche, quatre-vingt dix patients (deux groupes de quarante-cinq patients) ont répondu aux auto-questionnaires en lien avec nos problématiques (questionnaire de représentation de la maladie - IPQ-R et questionnaire de style défensif – DSQ-40), afin de réaliser une analyse statistique nous permettant de dégager des tendances principales et d'affiner nos hypothèses. Dans un second temps, nous avons rencontré dix patients (cinq de chaque groupe) pour un entretien clinique de recherche et la passation

de tests projectifs (Rorschach et T.A.T.), afin d'explorer plus finement les processus psychiques en jeu face à la maladie grave et à sa possible évolution létale. Nous avons travaillé autour des représentations du cancer et de la mort, des remaniements défensifs chez les patients et de leur façon d'élaborer autour du vécu de l'« événement-maladie », de leur capacité à historiciser, à mettre en sens, à construire un « roman de la maladie » et des « théories étiologiques profanes ». L'association des méthodologies quantitatives et qualitatives nous a permis d'aller plus avant dans nos analyses et d'ouvrir des questionnements et perspectives que nous développerons dans la conclusion de ce travail.

*Nous faisons ainsi l'hypothèse que l'émergence de la maladie cancéreuse, de part le traumatisme qu'elle représente pour le patient (à différents titres : confrontation symbolique ou réelle à la mort, changement de statut au niveau social et sociétal, etc.), risque d'entraîner un état de sidération psychique, auquel le sujet pourrait faire face en partie grâce à une mise en sens de l'« événement-maladie ». Celle-ci passerait fréquemment par l'élaboration de théories étiologiques profanes, qui permettraient au sujet de construire son propre « roman de la maladie ».*

*Par ailleurs, nous imaginons un degré d'élaboration du vécu du patient différent en fonction de l'état d'avancement de sa maladie (peut-être plus abouti en phase palliative). Nos hypothèses questionneraient ainsi des cheminements psychiques divers en fonction du type d'évolution de la maladie, ainsi que la fonction des récits et des constructions d'éventuels « romans de la maladie ».*

**PREMIERE PARTIE :**  
**CADRE THEORIQUE**

# CHAPITRE 1. APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE, SOCIOLOGIQUE ET SCIENTIFIQUE DE LA MALADIE

---

## I. Anthropologie de la maladie : l' « événement-maladie »

---

### A. Modèles étiologiques de la maladie

En évoquant le terme d'étiologie et en recherchant la définition, la résonance médicale (et donc scientifique) est immédiate : il s'agit de l'étude des causes des maladies. Cette discipline est d'autant plus fondamentale qu'en étudiant les causes et ainsi les facteurs de risque des pathologies, il est possible d'espérer les modifier afin de tenter d'enrayer lesdites pathologies. Néanmoins, d'un point de vue subjectif, il est important d'avoir en tête que l'étiologie d'une maladie peut être pour le patient tout à fait éloignée des considérations biomédicales. En effet, d'après Herzlich, dans la préface de l'ouvrage de F. Saillant (1998, p. 11), « *l'expérience d'une maladie n'est jamais purement biologique et seulement individuelle, elle est construite socialement et symboliquement* ». En effet, alors que les traitements du cancer sont de plus en plus subordonnés à des avancées biotechnologiques majeures, le contraste avec l'archaïsme des représentations de la maladie et le fatalisme auxquelles elles sont associées est flagrant. De fait, les étiologies scientifiques de la maladie ne priment pas sur les représentations, construites à la croisée de l'individuel et du collectif.

F. Laplantine (1982) distingue différents modèles étiologiques de la maladie, soient quatre binômes étiologiques :

- **Modèle ontologique/relationnel :**

Modèle ontologique : centré sur la maladie, cartésien. La maladie est une entité (maladie comme « chose », comme « non moi »), classée et répertoriée (nosographie), qui a une cause spécifique et qui correspond à une lésion organique (anatomie, microbiologie de l'histologie, anatomopathologie).

Modèle relationnel : centré sur l'homme malade, impliqué dans un système relationnel. La maladie correspond à la rupture d'un équilibre.

- **Modèle exogène/endogène :**

Modèle exogène : la maladie résulte d'une intervention extérieure (infection, virus), de la volonté d'une puissance maléfique (sorcier, génie, Dieu, esprit, diable), d'un agent nocif externe naturel (planètes, climat, astres, environnement) ou personnel (sociogénèse : mode de vie, pollution, bruit, logement, travail, alimentation).

Modèle endogène : la maladie correspond à la part de l'intérieur d'un sujet, le malade « est » sa maladie (déséquilibres hormonaux, psychose maniaco-dépressive, cancer). Approche psychanalytique et psychosomatique.

- **Modèle additif/soustractif :**

Modèle additif : la maladie représente un corps étranger à expulser (intrusion d'un objet ennemi dans le corps, présence de chose qui nécessite l'action du sorcier, du jeteur de sort, la localisation du mal est en lien avec la symbolique de l'organe).

Modèle soustractif : la maladie représente quelque chose en moins qu'il faut restituer (absence de chose).

- **Modèle maléfique/bénéfique :**

Modèle maléfique : la maladie est une blessure, une humiliation, un non-sens, une injustice. Elle est nuisible, nocive, indésirable et correspond à une déviance biologique et sociale (a-normalité).

Modèle bénéfique : la maladie a un sens, il s'agit d'un combat, d'un exploit, elle est considérée comme une blessure physique qui guérit l'âme.

## B. De la maladie du malade à la maladie du médecin

*« En conséquence, cette médecine désérotise le corps, desubjectivise la plainte du patient et désimplique le praticien de son inclusion dans l'intersubjectivité de la relation thérapeutique.*

*Elle extrait la souffrance du patient du champ de la parole et du langage, de leurs pouvoirs symbolique et intersubjectif, de leurs effets magique et imaginaire par où la médecine restait jusqu'alors confondue à une sémiologie générale, à l'art et à l'interprétation des signes ».*

M.-J. Del Volgo, 1997, p. 44

Il découle de la distinction de Canguilhem (1966) entre la maladie du malade et celle du médecin une temporalité différente (temporalité du malade et temporalité médicale), du fait d'un décalage entre réalité psychique et réalité somatique. En effet, la maladie du malade repose sur « *son vécu, ses représentations, ses élaborations à partir des informations reçues, ses angoisses et ses espérances* », alors que celle du médecin repose sur des investigations cliniques et biotechnologiques (Zittoun, 2007, p. 40). Dans sa quête de toute-puissance, armé de machines et de traitements extrêmement puissants, le spécialiste d'organe est naturellement plus axé sur la prolifération cellulaire observée chez son patient que sur ses états d'âme. C'est ainsi qu'un médecin peut avoir la certitude que son patient va bien (médicalement, cliniquement) alors qu'il est psychiquement effondré. En effet, « *la connaissance biologique de plus en plus parfaite du corps ne s'accompagne pas de la connaissance de la souffrance du sujet qui a d'autres coordonnées que celles de la biologie* » (Raimbault, 1982, p. 5). A l'hôpital, le temps somatique prime, « *rythmé, morcelé par différents spécialistes, par les stades de la maladie et les traitements parfois mutilants qui s'inscrivent sur le corps du patient* » (Beauloye, 2010, p. 45), ne laissant que peu de place au temps psychique, celui du sujet et de sa subjectivité, nécessaire à l'élaboration, à la compréhension et parfois à l'acceptation. Souvent, les décisions thérapeutiques doivent être rapides, s'opposant par essence au temps de réflexion nécessaire au patient pour prendre ses décisions : les temporalités de la maladie et du sujet se heurtent, trop décalées pour coexister. C'est ainsi que peuvent naître ressentiment et incompréhension entre les équipes médicales et le patient.

Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que c'est de ce décalage qu'est née l'accompagnologie, terme utilisé par Michaud (2007), en référence à la mode de l'accompagnement et au rôle du psychologue à l'hôpital général auprès de patients gravement atteints. Sa fonction première se révèle alors être de pallier l'impuissance médicale, là où la demande n'émerge non pas du malade, qui exprimerait le besoin d'élaborer autour de son vécu et de sa souffrance, mais du médecin, aux prises avec sa propre souffrance de « Dieu impuissant ». Malgré cela, « *l'absence de demande préalable émanant des patients eux-mêmes n'implique pas qu'à la proposition de parler, un refus ou un discours vide soit, en retour, produit* » (Pedinielli, 1994, p. 170).

À la lumière de ce tour d'horizon des différentes perspectives de la maladie, il est important de rappeler qu'aucun de ces aspects n'est indépendant, que si le patient n'est malgré

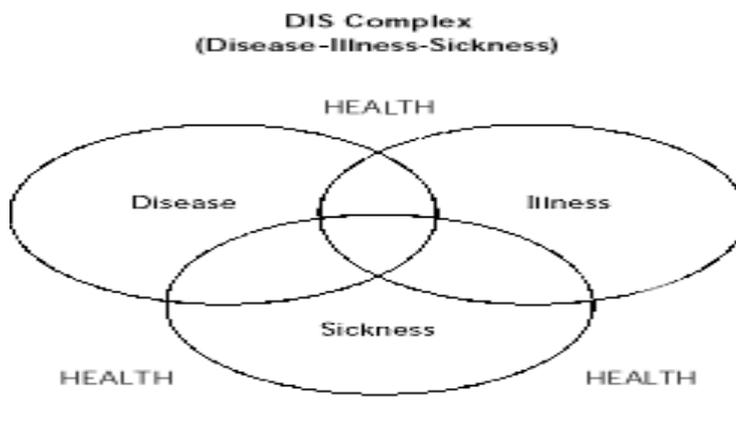
tout pas vierge de toutes connaissances médicales (parfois bien au contraire !), de même, le médecin n'est pas exempt de représentations sociales et culturelles : « *les processus d'échange entre soignants et soignés ne s'effectuent pas seulement entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin, mais entre le savoir du malade et sa maladie et l'expérience du médecin. La représentation la plus affective de la maladie chez le premier n'est jamais intégralement fictive, la compréhension la plus scientifiquement neutre du second n'est jamais intégralement scientifique, c'est-à-dire indemne de représentations* » (Laplantine, 1986, p. 23).

### C. Les trois aspects de la maladie

Alors que dans la langue française, nous ne possédons qu'un terme générique pour désigner les différents champs de la maladie, la langue anglaise permet, elle, de différencier ses trois aspects mis en évidence par le Dr Arthur Kleinman (1980), psychiatre et professeur d'anthropologie médicale à l'université d'Harvard, à savoir l'aspect objectif et donc biomédical de la pathologie (disease), son aspect culturel et social (illness) et l'expérience subjective du patient face à ce même événement (sickness). Cette distinction anglo-saxonne, classique dans le champ de l'anthropologie médicale, nous permet d'aborder ainsi les différents aspects de la maladie, ce qui nous amène à interroger le vécu de la maladie de manière plus complexe et de la nommer « événement-maladie » au sens où elle renvoie aux différents champs de la vie du sujet. Cette approche a été modélisée par Young (1980), dont le modèle de la maladie a été désigné par l'expression Complexe SID - Sickness, Illness, Disease - (De Almeida-Filho, 2006), et qui tient compte du fait que la situation sociale et psychologique du patient est déterminante au point d'impliquer que la même maladie diagnostiquée (disease) implique différentes maladies ressenties (illness) et différentes maladies vécues socialement (sickness).

Figure 3

Young model.



## 1. Disease

Le terme disease (ou maladie diagnostiquée) renvoie, selon Kleinman (1980), « aux anomalies dans la structure ou le fonctionnement des organes ou du système physiologique et à tout état organique ou fonctionnel pathologique. Il s'agit de la maladie dans son acception biologique ». Il s'agit en somme de la maladie « scientifique », au sens où nous la concevons dans nos sociétés occidentales, à savoir l'« altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution »<sup>3</sup>. D'après T. Janssen (2008), « lorsque les malades déclarent « avoir une maladie », ils parlent de l'affection-disease qui les accable. Or (...), « avoir un corps » permet d'imaginer la possibilité d'influencer l'organisme comme on contrôle un objet ; « avoir une maladie » laisse donc espérer que l'on pourra combattre et vaincre l'affection comme on s'attaque à une ennemie » (p. 90). Pour A. Young (1982), « disease » renvoie à l'entité nosologique qui est reconnue par la bio-médecine et qui entre dans une nomenclature médicale : la médecine crée des identités à travers la nosologie (étude des traits distinctifs des maladies), qui représente une maladie individualisée (grippe, rhumatisme, etc.).

<sup>3</sup> Définition de la maladie du CNRTL, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, portail lexical créé en 2005 par le CNRS.

À l'hôpital, lieu hautement spécifique de la prise en charge de toutes les maladies, la technicité et la scientificité sont bien souvent au premier plan. Il s'agit idéalement de diagnostiquer, traiter et guérir les dysfonctionnements du corps et des organes, en ne laissant souvent que peu de place au retentissement psychique et social sur le sujet et son entourage de la maladie. Néanmoins, il est fondamental de garder à l'esprit que la maladie « scientifique » revêt nécessairement le corollaire du colloque singulier médecin-malade, dont on n'a pas fini, nous dit P. Ben Soussan (dans Ben Soussan & Julian-Reynier, 2000) de découvrir « *l'exigence éthique, historicisante et subjectivante* » (p. 102). Il s'agit alors pour le médecin de tenter de s'extraire des « *œillères de la mythologie médicale* », terme de S. Freud<sup>4</sup>, repris par D. Brun (dans Ben Soussan & Julian-Reynier, 2000, p. 92), afin que le malade parvienne à habiter son corps, avec le concours du médecin et un consentement tacite, plus ou moins conscient, de ce dernier quant à ce qu'il apporte d'imaginaire à la relation. En effet, le devoir du médecin d'écouter son patient est actuellement d'autant plus négligé nous dit M.-J. Del Volgo (2003), que « *les progrès technoscientifiques renforcent tous les jours un peu plus le constat qu'on ne peut connaître la vérité objective de la maladie sans le savoir du médecin et les données des examens complémentaires* » (p. 52).

## 2. Illness

Le terme illness, ou maladie vécue socialement (Kleinman, 1980), évoque « *les perceptions et les expériences vécues par l'individu relativement aux problèmes de santé d'ordre biomédical (diseases) ou à tout autre état physique ou psychologique socialement stigmatisé* ». Il correspond au vécu subjectif individuel d'un état de perturbation pathologique et concerne des considérations peu prégnantes dans le milieu médical qui est le nôtre, à savoir comment le sujet vit sa maladie, de manière subjective, qu'est-ce qu'il parvient à en faire et comment les événements médicaux résonnent chez lui. En effet, « *dire « je suis malade » revient à parler de son malaise-illness ; ce mal-être est plus que physique, il est aussi émotionnel, intellectuel, voire spirituel* » (Janssen, 2008, p. 90).

---

<sup>4</sup> Freud, S. (1900). L'interprétation des rêves. Paris : PUF, 2001, p. 497.

Dans nos sociétés occidentales, ce n'est que dans les années quatre-vingt que les psychologues ont fait leur entrée à l'hôpital général et dans le champ de la médecine organiciste, offrant un espace de parole permettant au patient le décalage nécessaire à la réalité somatique, et ainsi une place pour ce qui peut se dire de cette maladie subjective. En effet, comme l'écrit K. Ghéniche (dans Estellon & Marty, 2012) : « *face aux progrès médico-chirurgicaux de plus en plus sophistiqués (extrêmes ?), qui repoussent sans cesse les limites du corps (et de la mort), c'est la notion même de subjectivité qui est remise en perspective. Comment le sujet peut-il éprouver sa subjectivité dès lors qu'il est soumis aux discours et techniques de la science ?* » (p. 83).

### 3. Sickness

Le terme *sickness*, ou maladie telle qu'elle est ressentie subjectivement (Kleinman, 1980), correspond à la description de la maladie socialisée, « *du fait qu'elle est abordée comme représentation sociale et charge symbolique par l'ensemble du groupe social et qu'elle sous-tend les modèles étiologiques et les comportements préventifs ou de recherche d'aide* ». Pour A. Young (1982), il désigne l'état de maladie en tant que maladie socialement reconnue. Alors que l'on sait à quel point la maladie chronique peut impacter la vie sociale du patient, cette dimension reste du moins peu prise en compte par l'univers médical. En effet, là où la priorité des équipes médicales et paramédicales est de soigner et guérir le corps malade, la réalité du patient entraîne parfois des considérations d'un autre ordre, pouvant même parfois, rendre la pathologie, même très grave, secondaire face aux difficultés rencontrées par le sujet (problèmes matériels, conflits familiaux, isolement social, etc.).

Cette terminologie s'est imposée aux chercheurs en anthropologie en raison de leur valeur opératoire. En effet, elle permet de distinguer les différents niveaux auxquels la notion de maladie peut être appréhendée dans la recherche : cette classification est d'autant plus pertinente lorsqu'il y a désaccord entre l'individu qui se pense malade et les professionnels de santé qui ne le croient pas malade et auprès desquels il va solliciter une reconnaissance de son état de malade. Or, cette reconnaissance de l'état de maladie est toujours le résultat d'une négociation. Autant les termes *Illness* et *sickness* sont universels car ils désignent l'état de la maladie, notion qui est inséparable des représentations et conséquences sociales. Les parte-

naires sociaux doivent disposer d'une définition commune et sociale de l'état de maladie et de ressources sémantiques pour traduire en des termes sociologiquement significatifs le vécu individuel. Replacer au centre de l'étude la notion même de maladie a conduit de nombreux auteurs à renoncer à la notion d'anthropologie médicale pour lui préférer la notion d'anthropologie de la maladie.

En résumé, nous allons explorer dans ce travail de recherche les trois aspects fondamentaux de la maladie, à savoir la question du dysfonctionnement du corps, mais également le retentissement psychique et social du cancer, pour ensuite nous focaliser plus avant sur le vécu subjectif des patients, l'historicisation de leur maladie et l'élaboration de potentielles théories étiologiques profanes. En d'autres termes, nous allons tenter de mettre au travail la distinction établie par P. Cazenave dans *Le livre de Pierre* (Lambrichs, 1998) entre **auto-pathie** (maladie vécue par le malade) et **hétéropathie** (vécu de la maladie par l'entourage).

## II. Approche scientifique et médicale du cancer

---

*« Cancéropolis<sup>5</sup>... Son climat à part, ses chauves, ses perfs, ses produits du terroir de toutes les couleurs, ses rayons (de soleil ?) et son immense parking censé accueillir les touristes de passage. Bref... Bienvenue à tous ! Ici on pleure, ici on meurt, ici on se bat parfois sans savoir pourquoi. Mais ici on apprend, oui, on apprend... »*

P. Huon, 2005, p. 11

### A. Définition

Le cancer est une maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique, incontrôlée et incessante, qui s'oppose à la prolifération contrôlée, harmonieuse et le plus souvent intermittente qui caractérise les tissus normaux et qui n'a lieu que pour réparer les pertes cellulaires accidentelles par plaie ou agression et les pertes naturelles par vieillissement. Le terme de cancer recouvre un vaste ensemble de maladies cataloguées selon les cellules et les tissus à partir desquels les cancers se forment. La tumeur développée dans un organe (tumeur primitive) va se greffer à distance sur d'autres organes (cerveau, poumon, foie, etc.) en passant par les voies lymphatiques ou sanguines. Ces tumeurs secondaires, qui reproduisent la structure de la tumeur mère, s'appellent des métastases. Par ailleurs, il est maintenant avéré que le développement d'une tumeur résulte d'« *un processus de mutation du matériel génétique dans les cellules d'un individu* » (Bacqué & Baillet, 2009, p. 10). Néanmoins, nous allons voir au cours de ce travail que d'une part, différents facteurs peuvent influencer ce processus et que d'autre part, cette réalité scientifique peut être très éloignée de la réalité psychique des patients et des représentations qu'ils construisent autour de l'étiologie de leur propre maladie.

---

<sup>5</sup> Référence à l'I.G.R., Institut Gustave Roussy, à Villejuif en région parisienne, premier centre de lutte contre le cancer en Europe.

## B. Épidémiologie descriptive

Selon l'Inserm<sup>6</sup>, le cancer est devenu la première cause de mortalité en France depuis 1989, représentant un tiers des décès chez l'homme et un quart chez la femme, avec une prédominance décroissante des cancers du sein, de la prostate, du côlon et rectum et du poumon. Le cancer représente donc un important enjeu de santé publique mais également, au regard des moyens humains et financiers mis en œuvre pour lutter contre, ce que l'on pourrait nommer un « défi » humain et social, mais également sociétal et économique.

Dans le rapport « *Les cancers en France – Édition 2016 : L'essentiel des faits et chiffres* » de l'Institut National du Cancer paru en février 2017, nous apprenons que :

- **le taux d'incidence** du cancer est de 385.000 nouveaux cas par an en 2015 pour la France métropolitaine, avec 211.000 nouveaux cas recensés chez les hommes (atteintes majoritairement de la prostate, du poumon et du côlon-rectum) et un âge médian de diagnostic à 68 ans et 174.000 nouveaux cas rapportés chez les femmes (majoritairement avec des cancers du sein, puis du côlon-rectum et du poumon), avec un âge médian de diagnostic à 67 ans.
- **le taux de mortalité** du cancer en France métropolitaine en 2015 est de 149.500 décès : 84.000 chez les hommes (atteintes pulmonaires au premier rang, puis côlon-rectum et prostate), avec un âge médian au décès de 73 ans et 65.000 chez les femmes (prévalence du cancer du sein, puis poumon et côlon-rectum), avec un âge médian au décès de 77 ans. Par ailleurs, il s'avère que le taux de mortalité chez les hommes a baissé de 1.5 % par an chez les hommes entre 1980 et 2012 (- 2.9 % entre 2005 et 2012) et de 1 % par an chez les femmes entre 1980 et 2012 (- 1.4 % entre 2005 et 2012).
- **La prévalence totale** des cancers en France métropolitaine représente trois millions de personnes âgées de plus de 15 ans en 2008 et ayant eu un cancer au cours de leur vie.

---

<sup>6</sup> Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale : <http://www.inserm.fr/>.

Il est à noter en lien avec ces données que les métiers de la cancérologie sont en constante progression depuis 2003 : 23 % d'augmentation du nombre d'oncologues médicaux, 10 % pour les radiothérapeutes et 9 % pour les anatomo-pathologistes.

## C. Classification des cancers

### 1. Classifications histologiques

L'histologie d'une pathologie cancéreuse correspond à l'ensemble des caractéristiques des tissus de la tumeur déterminées au microscope par l'examen anatomopathologique. L'apparence des tissus permet de déterminer s'il s'agit d'une tumeur bénigne ou maligne plus ou moins proche des tissus normaux sur lesquels la tumeur s'est développée et de la classer. Le type histologique identifié au moment du diagnostic détermine le choix des traitements : on parle parfois de type histopathologique<sup>7</sup>.

La maladie cancéreuse peut donc se présenter sous différentes formes<sup>8</sup>, normalement regroupées par catégories histologiques, que nous présentons ici afin de rendre plus lisible et compréhensible l'aspect médical des analyses cliniques de la seconde partie de ce travail :

- Le carcinome : cancer prenant naissance dans la peau ou les tissus revêtant les organes internes. Les carcinomes représentent la majorité des types de cancer (près de 90 %).
- La leucémie : cancer débutant dans les tissus sanguins (comme la moelle osseuse) et qui entraîne la multiplication de cellules sanguines anormales, se retrouvant ensuite dans la circulation sanguine.
- Les lymphomes : formations cancéreuses qui se développent dans les cellules du système immunitaire. Le lymphome (comme la maladie d'Hodgkin) est un cancer des

---

<sup>7</sup> Institut National du Cancer : <http://www.e-cancer.fr/>.

<sup>8</sup> Société de Recherche sur le Cancer : <https://www.societederecherchesurlecancer.ca/>

lymphocytes (une cellule sanguine spécialisée de notre système de défense qui nous protège des éléments étrangers à notre corps comme les virus et les bactéries).

- Le myélome : type de cancer également situé dans les cellules du système immunitaire. Les myélomes sont dérivés de la moelle osseuse, spécialement de cellules responsables de la production des anticorps.
- Le sarcome : cancer qui se développe au niveau des tissus conjonctifs, tissus servant de soutien, d'emballage, de protection ou de remplissage aux autres organes du corps : os, muscle, graisse, vaisseaux...
- Les tumeurs du système nerveux central : cancers qui se forment dans les tissus du cerveau et du système nerveux central. Plusieurs types existent : gliome, blastome, lymphome du SNC, etc.
- Le mésothéliome : forme rare de cancer qui se développe dans la membrane protectrice (appelée mésothélium) recouvrant la plupart des organes internes du corps, tels que les poumons, le cœur et la cavité abdominale. Il est presque toujours causé par l'exposition à l'amiante.

L'identification de l'histologie d'une tumeur est la première étape diagnostique lorsqu'une anomalie est repérée : tant que cette analyse n'est pas effectuée, le cancérologue ne peut avoir aucune certitude sur le type de pathologie de son patient. C'est ainsi que va être identifié le type de maladie : le spécialiste aura ainsi une idée plus précise d'une éventuelle étiologie, du traitement à mettre en place et du pronostic. Lorsque qu'un examen médical (bilan ou imagerie), effectué au décours de l'exploration d'un ou de symptôme(s) ou dans le cadre d'examens de routine met en évidence une tumeur chez un patient, l'attente des résultats histologiques prend une place fondamentale dans le vécu du malade. Ce temps incompressible nécessaire à l'obtention des résultats (qui permettront donc de dire si oui ou non il s'agit bien d'un cancer, si oui de quel type et ainsi à quel genre de traitements il faudra se soumettre) représente souvent une période de grande angoisse pour le patient qui, dans ce temps suspendu, peut tout imaginer de ce qui peut lui être annoncé. Néanmoins, cette période de stress intense représente également d'une part un temps de préparation, de digestion de ce que nous pourrions nommer la pré-annonce, d'autre part un temps d'élaboration du traumatisme. En effet, la maladie va assigner au patient une autre identité : celle d'un individu malade (Marin, 2014).

## 2. Classifications TNM

Le système de classification TNM<sup>9</sup> permet de spécifier l'étendue de nombreux types de tumeurs cancéreuses solides. Les médecins et équipes soignantes possèdent ainsi un langage commun pour décrire les pathologies cancéreuses. L'Union internationale contre le cancer (UICC) et l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) utilisent tous les deux la classification TNM pour décrire l'étendue de nombreuses tumeurs cancéreuses solides.

La classification TNM se base sur trois éléments :

- **T** - Tumeur : taille de la tumeur primitive, emplacement ou région du corps où le cancer a pris naissance et degré de propagation dans les tissus voisins (envahissement local). Le « T » est suivi d'un nombre de 0 à 4 qui décrit la taille de la tumeur et la quantité de tissu voisin qu'elle a envahi.
- **N** - Ganglions lymphatiques : propagation du cancer aux ganglions lymphatiques voisins, taille et nombre de ganglions atteints. Le « N » est suivi d'un nombre de 0 à 3 qui définit le degré de propagation dans les ganglions lymphatiques.
- **M** - Métastases : propagation du cancer vers des organes éloignés. Le « M » est suivi du nombre 0 ou 1 spécifie si le cancer s'est propagé à d'autres parties du corps.

Outre l'intérêt pratique d'expliquer brièvement ces classifications afin de caractériser les pathologies des patients participant à cette recherche, cela nous permet également de laisser entrevoir au lecteur non initié la complexité de la maladie cancéreuse sur le plan médical et ainsi d'entendre les difficultés pour les patients d'essayer de se représenter leur maladie, ainsi que les éléments auxquels ils peuvent être confrontés lors de leurs recherches personnelles. En effet, l'étude « À la recherche du ePatient », réalisée en France en 2013 par TNS Sofres (Cerisey & al., 2013), montre que l'utilisation d'internet pour des questions de santé est fréquente, 57% des internautes l'utilisant pour des questions médicales. Cette recherche a montré que l'internet santé était une réalité pour 49% des français (57% des internautes) et que plus d'un

---

<sup>9</sup> Société Canadienne du Cancer : <http://www.cancer.ca/>

patient sur trois en Affection de Longue Durée (ALD) serait potentiellement un ePatient. C'est ainsi que l'on comprend à quel point les patients ont accès à un nombre phénoménal d'informations, ce qui se révèle être à double tranchant, en tout cas dans le domaine de la cancérologie. En effet, l'accès à de nombreuses informations sur internet entraîne la possibilité pour les patients d'avoir accès à des données médicales (articles scientifiques par exemple), qui peuvent reprendre le pronostic d'une maladie, son évolution, voire les espérances de vie associées. Souvent, les patients consultent ces informations seuls et ne sont ainsi pas accompagnés par le discours médical normalement étayant et rassurant retrouvé dans les consultations, ce qui peut potentiellement majorer l'aspect traumatique de l'annonce diagnostique.

#### D. Étiologies et facteurs de risque

*« Une vague de révolte me submerge subitement : pourquoi une femme jeune ? Pourquoi cette maladie aussi agressive ? Pourquoi un diagnostic aussi tardif ? Questions stériles car sans réponse. Le « pourquoi » n'a pas sa place dans le hasard d'une mutation cellulaire qui se transforme en cancer et échappe à la vigilance du système immunitaire. La suite est implacable : la maladie se développe sournoisement, silencieusement jusqu'à l'instant où elle se dévoile sous son masque hideux annonçant la mort. »*

Dr Chasserant, chirurgien d'É. Léothaud, 2002, p. 20

L'Inserm<sup>10</sup> nous révèle que la moitié des cancers sont de causes connues, à savoir environnementales ou comportementales : tabac (25% des décès par cancer), alcool, sédentarité, surpoids, déséquilibre nutritionnel, exposition trop précoce et/ou trop longue au soleil, exposition professionnelle à des substances cancérogènes. Cependant, dans l'autre moitié des cas, il est impossible d'attribuer une ou plusieurs de ces causes à la maladie : l'hypothèse serait que ces cancers à étiologie complexe seraient dus à une addition ou à une potentialisation de risques faibles d'origine génétique, virale et environnementale.

---

<sup>10</sup> Ibid.

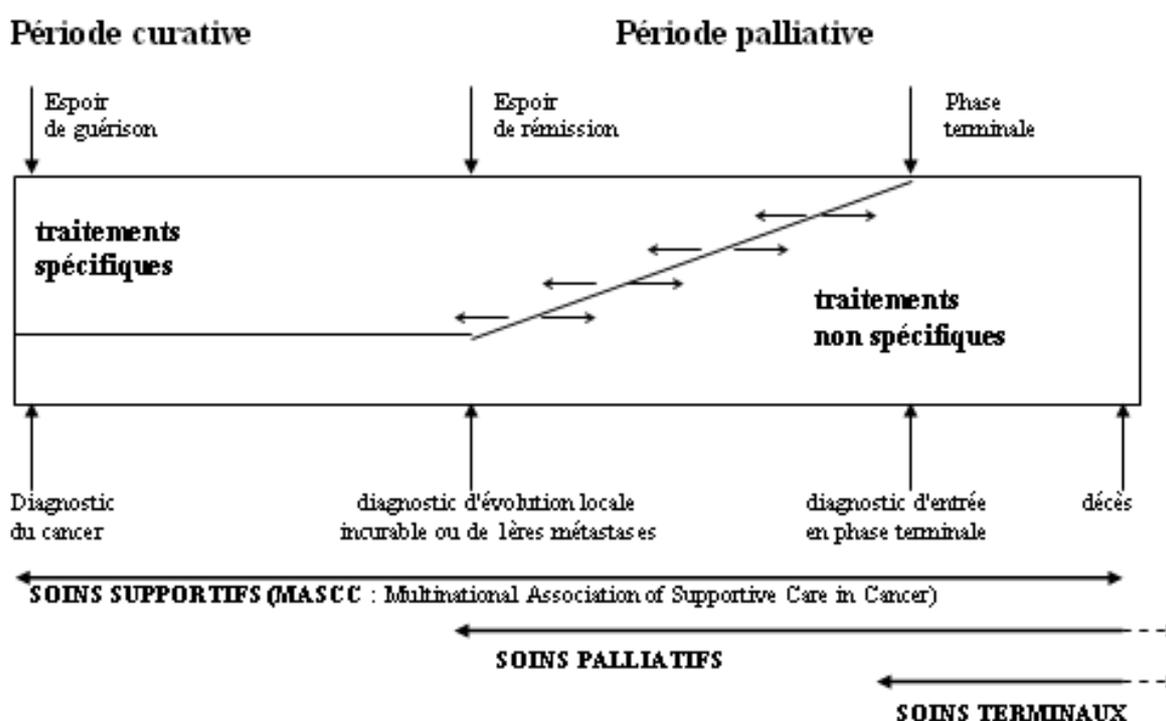
Les expérimentations, tant chez l'homme que chez l'animal, démontrent une origine la plus souvent multifactorielle de la maladie cancéreuse avec une part variable de causes génétiques et environnementales (Bacqué & Baillet, 2009, p. 22). De ce fait, excepté quelques cas rares où une cause scientifique peut-être identifiée (comportement à risque, identification génétique...), la plupart du temps, l'étiologie de la maladie est inconnue, laissant au patient la liberté d'élaborer une ou plusieurs causes qui fassent sens (ou pas) pour lui. C'est ainsi que, face à l'inexplicable, peuvent émerger des théories personnelles imputant parfois la maladie à des causes psychologiques. R.C. Martin-Du Pan et F. Bauer (1992) parlent du « *syndrome de Fritz Zorn* » pour expliquer que le patient, « *confronté à une maladie somatique grave (...) cherche à tout prix, pour maintenir un équilibre à son économie psychique (...), une conception de sa maladie qui, même au prix de la culpabilité, lui offre l'illusion d'un possible contrôle : « c'est mon inconscient qui l'a causée ; c'est moi qui l'ai causée ; je pourrais donc la maîtriser » » (p. 70).*

#### E. Du curatif au palliatif...

Nous allons dans un premier temps repreciser ce que nous entendons par phase « curative » et phase « palliative », dans le champ de la cancérologie, afin de pointer les difficultés tant pour les patients que pour les soignants à se repérer clairement dans l'évolution de la maladie. **L'étape curative** de la maladie cancéreuse associe traitements spécifiques et non spécifiques pour offrir une guérison avec la meilleure qualité de vie et le moins de séquelles possibles. Elle comprend également la surveillance des personnes en rémission complète. Les objectifs en sont la guérison (ou rémission de longue durée), la gestion des effets secondaires en phase aiguë (vomissements, aplasie...) et chronique (rééducation, réhabilitation, réinsertion...).

**L'étape palliative**, elle, associe traitements spécifiques et non spécifiques pour améliorer la qualité de vie et éventuellement retarder la mort. Ses objectifs sont de ralentir l'évolution de la maladie, de maintenir la meilleure qualité de vie possible ainsi que l'insertion sociale et éventuellement professionnelle du patient, et ce jusqu'au décès de celui-ci. Cette phase se décompose en deux étapes :

- **L'étape palliative initiale** : phase durant laquelle des traitements spécifiques sont encore appliqués avec l'objectif d'une réponse complète temporaire et/ou partielle, d'une stabilisation de la maladie et/ou d'une amélioration de la qualité de vie (ordre de durée : de quelques mois à plusieurs années...),
- **L'étape palliative terminale** : quand il n'y a pas ou plus de traitements spécifiques de la maladie causale (ordre de durée : quelques semaines), cette phase comprenant la période d'agonie (quelques heures à quelques jours).



Le schéma ci-dessus, même si non exhaustif, a le mérite de tenter de synthétiser des concepts dont la complexité entraîne beaucoup d'incompréhensions chez les soignants et les patients, complexité majorée par les représentations angoissantes liées à la maladie et à la menace de mort. En effet, il peut arriver chez certains patients que la période curative n'existe pas, la pathologie étant d'emblée diagnostiquée à un stade où il n'existe pas de moyens de la guérir. La maladie du patient est alors d'emblée catégorisée en phase palliative, ce qui est très difficile à admettre, tant pour le malade que pour ses proches et l'équipe soignante qui le prend en charge. De même, si le terme de « palliatif » renvoie, tant dans l'imaginaire collectif

que dans la tête de nombreux soignants aux derniers moments de vie, il est fondamental de préciser que le concept renvoie à une phase bien plus étendue.

Fondamentalement, « *pallier est issu du latin palliera, « couvrir d'un manteau »*. Au sens premier du terme, *pallier, c'est « dissimuler une chose condamnable sous une belle apparence »*. (...) Autrefois, en médecine, *pallier un mal, c'était le soulager sans le guérir (on parle aujourd'hui de soins palliatifs)*. De là vient le sens figuré et moderne de *pallier* : « *atténuer faute de mieux, remédier provisoirement »* » (Jaskarzec, 2006, p.55). Il s'agit ainsi de clarifier les termes utilisés dans notre travail : selon nous, la phase curative correspond au moment où il existe un espoir de guérison pour le patient, la phase palliative celle où nous savons que la maladie ne pourra pas guérir. Il existe dans le milieu médical d'importantes résistances à l'emploi du terme palliatif pour caractériser l'état de certains patients, notamment quand ils ne semblent pas arrivés aux derniers moments de leur vie. Probablement que l'idée de la mort sous-jacente associée au terme lui-même majore les résistances... Il reste néanmoins essentiel de distinguer phase palliative (qui peut parfois durer plusieurs mois, voire plusieurs années) et phase terminale, souvent associées, socialement, mais même à l'hôpital. L'amalgame est fréquent et entraîne des incompréhensions entre professionnels, d'autant plus que des moments de passage de phase curative à palliative peuvent être réversibles, du fait de l'amélioration de l'état du patient, qui permet d'envisager à nouveau des traitements ayant pour but d'obtenir une rémission prolongée.

### III. La maladie « socialisée »

---

#### A. Histoire du cancer dans la société

Comme la tuberculose ou le SIDA en leurs temps, le cancer s'apparente de nos jours à un véritable fléau, devenu une priorité de santé publique, quand 80 à 90% des lits de soins palliatifs sont occupés par des patients cancéreux (Marin, 2007). Là où les traitements s'avèrent de plus en plus pointus et techniquement innovants, la science prend alors pour objectif de repousser sans cesse les limites de la mort. Cela révèle d'autant plus le désarroi et un sentiment d'impuissance notable chez les médecins (cancérologues ou non) chargés de soigner les patients atteints de cette « terrible maladie » lorsque cette dernière échappe aux traitements.

Le cancer est ainsi devenu un véritable mythe : synonyme de mort dans l'imaginaire collectif, il véhicule un ensemble d'images très négatives et péjoratives (angoisses de mort, dégradation, dévalorisation, impact social, sentiment de honte...) dans nos sociétés occidentales, quelles qu'elles soient et quels que soient les progrès médicaux. Ce mythe continue à avoir un impact fort, malgré un nombre croissant de rémissions et de guérisons, très probablement du fait que le cancer reste la deuxième cause de mortalité dans nos sociétés « avancées ». Un vocabulaire guerrier est né du « combat » représenté par le vécu du malade face à sa maladie : face à une invasion cellulaire sournoise et impitoyable, un vocabulaire « militaire » est déployé. Des termes tels que lutte, ligue, envahissement, colonisation, défenses, invasion, premières ou secondes lignes (etc.) font partie du discours que le patient cancéreux doit intégrer. En parallèle a émergé la bonne image du patient cancéreux qui se bat face à la maladie, la dernière campagne de la Ligue contre le Cancer titrant : « Deux millions de « héros » ordinaires ». Il est ainsi fondamental d'avoir à l'esprit qu'être diagnostiqué « cancéreux » pour un patient représente une obligation implicite de se battre, de se montrer fort, de ne pas « baisser les bras » (injonctions fréquemment entendues dans les services de soins), quand il est assené au patient : « *il faut se battre, le moral représente 50% de la guérison...* ». Cette représentation fait écho il nous semble à celle du bon citoyen, actif, civique (pas malade pour limiter les dépenses de la sécurité sociale, travailler et payer des impôts...), en bonne santé. Le patient malade peut-il dans ses conditions exprimer ses souffrances et sa vulnérabilité ? La « faibles-

se » est-elle autorisée ? C'est ainsi que nous pouvons imaginer une culpabilité massive chez le patient dont les traitements ne vont pas se révéler efficaces...

Par ailleurs, l'isolement, et notamment l'isolement social, s'avère être fréquent chez le malade atteint de cancer. Ce dernier peut tout d'abord faire le choix d'annoncer ou non sa pathologie sur son lieu d'exercice professionnel, avec un risque notable dans les deux cas : celui de lire dans les yeux de l'autre la terreur ou l'effroi, à moins qu'il ne s'agisse de faire naître des rumeurs en camouflant les réels motifs d'absence... De même, il appartient essentiellement au sujet de décider ou non de poursuivre son activité professionnelle : pour certains, le travail représente une véritable bouffée d'oxygène, permettant une déconnexion d'avec l'hôpital et l'univers angoissant qui lui est associé, et parfois une distance nécessaire avec les proches et leurs angoisses trop envahissantes. Pour d'autres, leurs capacités psychiques sont tellement débordées qu'ils ne sont plus en mesure de s'adonner à une quelconque tâche intellectuelle ou nécessitant la moindre concentration.

Pour combattre ce risque de « *mort sociale* »<sup>11</sup>, il semble essentiel pour le malade d'investir les liens sociaux, tels que les groupes de malades ou les réseaux sur internet, comme forme de soutien. De ce fait, une part importante de la prise en charge et du soutien des patients a lieu en dehors du système de santé<sup>12</sup>, à travers la famille et ceux que la société nomme les « aidants naturels »<sup>13</sup>, à savoir les personnes qui vivent et agissent dans l'entourage immédiat de la personne malade mais également à travers les groupes d'auto-soutien, ou « *structures créées par des personnes confrontées à un problème commun et décidées à y faire face en s'appuyant sur leur organisation collective et leurs propres moyens* »<sup>14</sup>.

## B. La maladie comme « fait social »

Le fait social est l'objet d'étude de la sociologie selon Durkheim (1895). Il décrit tous les phénomènes, tous les comportements, toutes les représentations idéologiques, religieuses, esthétiques qui répondent à ces quatre critères :

---

<sup>11</sup> Bacqué, M.-F. et Baillet, F. (2009). *La force du lien face au cancer*. Paris : Odile Jacob.

<sup>12</sup> Adam, P., & Herzlich C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Armand Colin, 2009.

<sup>13</sup> cf. article L1111-6-1 du Code de la santé publique.

<sup>14</sup> Adam, P., & Herzlich C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Armand Colin, 2009.

- **Le collectif :** le fait social renvoie par définition à la vie d'un peuple, d'un groupe, d'une collectivité, d'une population. Il évoque un « nous » collectif et non individuel, à savoir que cette réalité sociale est une réalité objective qui s'impose à chacune et chacun de nous et est marquée d'une certaine fréquence dans une population, à un endroit et à un moment donné.
- **L'extériorité :** le fait social est extérieur aux individus, il ne se situe pas dans la sphère individuelle mais dans la sphère collective, à savoir la sphère sociale. Ainsi, les régularités ou les constantes sociales dont on parle ont une existence indépendante de la volonté de chaque individu, qu'elles s'imposent à lui ou à elle comme une réalité objective que personne ne peut ignorer et à laquelle chacun doit se soumettre.
- **Le pouvoir coercitif :** tous les fait sociaux sont contraignants pour les individus, car ceux et celles qui dérogent de ce qui est socialement accepté dans un milieu, dans un groupe ou une société se voient imposer des sanctions (des punitions) qui vont varier selon le milieu et l'époque. Cependant, on remarquera que si le fait social est bien intériorisé, l'individu ne ressent plus ces obligations comme pénibles, voire les estime naturelles.
- **Le critère historique (stabilité dans le temps) :** pour qu'un fait devienne social, il doit se généraliser. Ainsi, un fait divers nouveau ne peut être social avant une certaine période.

Selon Durkheim, le fait social dans une société est donc un phénomène suffisamment fréquent pour être dit régulier et suffisamment étendu pour être qualifié de collectif, il est au-dessus des consciences individuelles et il les contraint. Pour Derbez et Rollin (2016), celle qu'ils nomment la « *pathologie du millénaire* » (p. 3) ne peut être considérée comme un événement biologique individuel, mais bien comme un fait social à part entière. En effet, « *sa nature et sa distribution sont différentes selon les époques, les sociétés les conditions sociales* » (Augé & Herzlich, 1984, p. 189). Au regard de la définition du fait social selon Durkheim, nous envisageons par certains abords la maladie cancéreuse, à savoir le cancer au sens large, comme un fait social. Il est évident que la maladie du malade, avec ses répercussions sur toutes les sphères de sa vie (sociale, familiale, professionnelle...) est personnelle et vécue individuellement. Néanmoins, il nous semble intéressant d'envisager ici le cancer sous son acception sociale, et ainsi de remarquer que de part les représentations qu'il véhicule, il peut être considéré comme un fait social.

Sa fréquence en faisant une des maladies les plus connues et les plus effrayantes dans la population générale, le critère de la généralité est tout à fait rempli. Par ailleurs, même s'il est évident que le sujet atteint de cancer vit personnellement sa maladie, envisager le cancer comme fait social implique d'envisager la maladie comme un événement que chacun se représente, guidé par des représentations sociales implicites et non maîtrisées. Il nous semble en effet que la maladie cancéreuse fait désormais partie de la sphère collective, au sens où elle renvoie à des représentations communes et socialement implicites. Par ailleurs, la maladie existant depuis longtemps et s'étant généralisée (au sens où tout le monde la connaît très - trop ? - bien), elle fait désormais partie des représentations collectives et satisfait donc au critère historique du fait social. En effet, la « terrible maladie », connue de tous, vient à l'esprit dès qu'on évoque la mort ou la maladie. Nous pouvons enfin discuter le pouvoir coercitif de la maladie car si elle s'impose chez le patient et entraîne des contraintes majeures dans sa vie, l'impact sur les sujets non malades peut être discutable dans sa généralisation...

Il n'en reste pas moins que Marin (2014, p.8) parle de « *petite mort sociale* » face à ce que fait vivre la maladie au patient : sa vie est suspendue, dans une temporalité et un rythme spécifiques, alors que le monde continue de tourner.

### C. Interprétations et représentations culturelles et sociales

« *Un ça qui m'agresse et qui provoque une agitation à l'intérieur de moi* »

F. Laplantine, 1986, p. 60

« Annonceurs de mort, les mots « cancer » et « tumeur » sonnaient comme une sorte de glas. Le diagnostic, qui ressemble à un verdict, n'avait d'autre issue que la mort »

M. Vaillant, 2013, p. 27

Le cancer n'est pas une maladie moderne, nous dit S. Schraub (1998, p. 13), puisque des traces en ont été découvertes chez les égyptiens et incas. De même, si la référence au « crabe » remonte à l'Antiquité<sup>15</sup>, elle reste néanmoins encore tout à fait d'actualité dans le

---

<sup>15</sup> Du latin « *cancer, cancri* », à savoir cancer, cancre, puis chancre, apparenté au grec ancien *καρκινος, karkinos*, c'est-à-dire écrevisse.

discours social et les témoignages de patients, notamment dans pléthore de documents autobiographiques écrits par des malades : *K, histoires de crabe* de Marie-Dominique Arrighi (2010), *Le crabe sur la banquette arrière* d'Elizabeth Gille (1996) ou encore *Vie et mort d'un crabe* de Vincent Borrel (1999), pour ne citer qu'eux. C'est en reprenant une description clinique d'Ambroise Paré, dans ses Œuvres (1579, cité par Villaume, 1837, p.71), que l'on saisit l'horreur des représentations de ce mal : « *cette tumeur a pris le nom de chancre parce qu'elle lui ressemble beaucoup. Les veines qui l'entourent sont en manière de jambes et de pieds. Davantage cet animal, quand il est attaché de ses pieds contre quelque chose, adhère à elle si fort qu'on ne peut l'arracher, principalement de ses deux pieds de devant qui sont en manière de pincettes* ».

Si « *le savoir populaire sur le cancer est un savoir dont la finalité est avant tout de produire du sens* » (Saillant, 1990, p. 7), de nos jours les représentations du cancer ont peu évolué : synonyme de mort dans l'imaginaire collectif, le « mythe cancer » renvoie à un ensemble d'images très négatives et péjoratives (angoisses de mort, dégradation, dévalorisation, impact social, sentiment de honte...), qualifiées d' « *investissement masochiste collectif* » par M.-C. Célerier (1998, p. 65), cristallisant tout le prix à payer pour les fautes passées, tout l'interdit de jouir de la vie. Ces images sont véhiculées par les sociétés, quelles qu'elles soient et quels que soient les progrès médicaux : malgré un nombre croissant de rémissions et de guérisons, le cancer reste la première cause de mortalité dans nos sociétés dites « avancées ». Les médias parlent de fléau incontrôlable, anarchique et dévastateur, venant « *figer le temps ou l'accélérer face à l'échéance d'une mort perçue comme prochaine : lente, dégradante, mutilante, dévastatrice* »<sup>16</sup>. Face à une invasion cellulaire sournoise et impitoyable, un vocabulaire militaire est déployé avec l'emploi de termes guerriers, tels que lutte, ligue, envahissement, colonisation, défenses, invasion, premières ou secondes lignes ; transformant les patients en « *héros ordinaires* »<sup>17</sup>.

En évoquant toute l'horreur que suscite la maladie cancéreuse tant chez le patient et ses proches que de manière plus générale dans notre société, à travers cet irréprésentable - emprunt d'obscénité - qui nous confronte à ce que nous ne devrions jamais voir, N. Clement-Hryniewicz et E. Paillaud (2008) associent sur le mythe de l'inaffrontable visage de la mé-

<sup>16</sup> Clement-Hryniewicz N. et Paillaud E. (2008), Quand le mot cancer fait trauma – Réflexion autour de l'annonce diagnostique du cancer, *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2 : 44-48, Springer-Verlag.

<sup>17</sup> Campagne de la Ligue Contre Le Cancer, 2007.

duse, une des trois gorgones habitant près du royaume des morts, dont la laideur terrifiait ses ennemis et dont le regard transformait en pierre quiconque osait l'affronter ou la regarder. Quand la simple énonciation terrifie et pétrifie, nous sommes là très proches des réactions suscitées par le simple mot « cancer ».

H. Hamon-Valanchon (2010, p. 63-79) parle de « *monstre du cancer* » en décrivant les représentations imaginaires qui lui sont associées, à partir de paroles de patients :

- un animal dangereux : un crabe, un serpent ;
- une figure du diable : le cancer envahit, il ravive des angoisses de possession magique ;
- qui envahit le corps de la personne malade : le cancer prolifère, renvoyant à un véritable scénario de science-fiction ;
- qui a la capacité de se déplacer dans tout l'organisme,
- qui dévore les chairs de l'individu : la maladie cancéreuse renvoie à la souillure, à la pourriture ;
- qui dort et se réveille parfois : le cancer est une grossesse diabolique.

Pour S. Sontag (1977, p. 11), le cancer est « *le mal qui s'installe sans frapper ; c'est lui qui tient le rôle de la maladie éprouvée en tant que qu'invasion sournoise et impitoyable, rôle qu'il conservera jusqu'au jour où son étiologie deviendra aussi claire que celle de la tuberculose et qu'on le soignera avec autant de succès* ». En effet, il semble évident que toutes ces représentations massives et angoissantes précédemment citées sont issues d'un imaginaire collectif qui tente de donner du sens à un fléau incompréhensible de par l'insuffisance des explications scientifiques, notamment au niveau de l'étiologie de la maladie. Ainsi, « *une maladie grave, dont l'origine demeure obscure et qu'aucun traitement ne réussit à guérir sera, tôt ou tard, totalement envahie par le sens qu'on lui donnera* » (Sontag, 1977, p. 77-78).

De même, V. Lettre (2012, p. 148-149) parle de caractère absurde du cancer : « *C'est une maladie si discrète et sournoise qu'on ne se doute pas de sa présence. Elle nous confronte à la mort, exige des traitements qui minent nos forces, mais en bout de ligne elle ne laisse pas de traces apparentes, à tout le moins chez ceux qui réussissent à la combattre (...). C'est vrai*

*que le cancer, quand il n'est pas à un stade avancé, n'est absolument pas douloureux. On ne sent rien. C'est très curieux. Quand on y pense, ce sont les traitements qui nous rendent le plus malades ».* Le paradoxe énoncé ici et repris par de nombreux patients, à savoir qu'il est très fréquent que la maladie soit asymptomatique au moment du diagnostic et que ce soient les traitements qui rendent (souvent excessivement) malade, donne ce caractère insidieux au cancer et majore très probablement le caractère angoissant des représentations qui y sont liées.

#### D. Modèles psychosociologiques de l'étiologie du cancer

*« Pourquoi ? Pourquoi toi ? Quel sens ? Que pourrait bien t'apporter cette maladie, une fois que tu en serais sortie ? Quelle leçon la vie essayait-elle de te donner ? Peut-être seulement de vivre mieux, de vivre plus, de vivre pour toi. Tu avais toujours tellement côtoyé le sacrifice, le déni de tes propres désirs... Tu t'étais toujours tellement effacée, niée, peu considérée, mal aimée, tu avais ignoré ton corps... À présent lieu de souffrances, tu ne pouvais que l'entendre ».*

S. Ducceschi, 2011, p. 24-25

Dans son ouvrage « *Cancer : à qui la faute ?* », F. - B. Michel (1987) reprend dans le chapitre Des cancéreux m'ont dit (Explications des malades à la genèse de leur cancer) les neuf catégories de théories étiologiques reprises par les patients (p. 157-195) :

- Causes s'articulant autour des notions de **culpabilité-punition** et des sentiments de **mérite/immérite** ;
- Conséquences de la **perte d'un être cher** ou d'un **deuil** ;
- Conséquences d'une **répétition d'échecs et de souffrance** ;
- Conséquences de **situations conflictuelles**, ayant entraîné des difficultés d'élaboration psychique, que le sujet n'a pas pu ou voulu gérer ;
- Les patients « à **pressentiment** » : groupe singulier de malade qui « savaient » qu'ils tomberaient malades ;
- La **perte des « racines »**, qui donnaient du sens à la vie ;

- Conséquences de **chocs émotionnels** et/ou de **stress** ;
- Maladie vécue comme un **épisode critique de vie** ;
- **Aucune relation de cause à effet** établie entre un événement de vie et la maladie.

Nous retrouvons ici l'éventail d'hypothèses étiologiques fréquemment évoquées par les patients dans notre pratique clinique auprès de malades cancéreux depuis plus de dix ans. En effet, la maladie « entraîne toujours la formulation de questions ayant trait à ses causes – qui ne se réduisent pas, dans notre conscience, à un germe ou à des facteurs génétiques – et plus encore à son sens<sup>18</sup> : « pourquoi moi », « pourquoi lui », « pourquoi ici », « pourquoi maintenant » » (Augé & Herzlich, 1984, p. 201). Les représentations profanes de la santé ne sont pas réductibles aux conceptions scientifiques de la maladie : elles se situent bien sur un autre plan et répondent à d'autres questions. Il s'agit de supports de représentations construits collectivement et socialement, mais également d'élaborations s'appuyant sur des ressources collectives, mais « utilisées et modulées différemment en fonction des expériences de chacun et des contextes dans lesquels s'effectue ce travail interprétatif » (Adam & Herzlich, 1994, p. 70). Ainsi, pour interpréter les phénomènes corporels, les patients s'appuient sur « des notions, des symboles et des schèmes de références intériorisés du fait de leur appartenance sociale et culturelle » (Ibid, p. 69), les construits étiologiques étant au carrefour d'une appartenance sociale et d'une histoire subjective.

Pour exemple, S. Tabet (2010) se questionne : « *Se rend-on malade comme on se fait du mauvais sang ou de la bile ? Nos cancers sont-ils la somme d'un abus de toxicités industrielles ou bien d'une cuisine « maison », suprême autodérision d'un corps d'adulte équipé d'un cœur d'enfant ? Par exemple : ces sucrées glissées dans un café chaud plusieurs fois par jour, dont on dit qu'elles truffent les rats de tumeurs... Bref, tout ce que l'on ne veut pas croire – ou entendre – tant que l'on est indemne, tout se trouve diabolisé et montré dans un miroir grossissant. Eaux chlorées, citadines, rurales, désinfectées, zones géographiques irradiées car jouxtant une centrale atomique ou une zone de retraitement, régions touchées en grand secret par le survol de nuages apocalyptiques ; fruits et légumes modifiés ou secrètement irradiés, publiquement exposés à la vente au marché... Peines incommensurables et*

---

<sup>18</sup> Cf. Bury, M. R. & Wood H. N. (1979). Problems of communication in chronic illness. *International Rehabilitation medicine (Bâle)*. 1/130-134.

*cachées, chocs, secrets enfouis, divorces et deuils, déchirures familiales, tous ceux-là... Tout cela. Êtes-vous responsables de nos maux ? » (p. 52-53).*

Néanmoins, comme le dit P.-H. Keller (1997), l'exploration d'une économie psychique qui serait responsable du processus cancéreux n'a pour le moment pas donné de résultats concluants. Il cite ainsi F. - B. Michel (op. cit), pour qui il est fondamental d'éloigner toute approche psychosomatique de la cancérologie sur le versant d'un schéma causaliste : *« c'est le maniement sommaire et abusif (des) facteurs psychologiques que je récus. (...) Le « psychologisme », c'est le prêt-à-porter de la psychologie, alors que celle-ci n'admet que le sur-mesure et le singulier. (...) Appliquer la vérité d'un sujet à un autre, ou déduire de son histoire des règles générales, n'est ni possible ni honnête. Lorsqu'un cancéreux se met à parler de l'histoire de son cancer, qui est aussi celle de sa vie, il y repère très souvent un sens. (...) Le contredire serait rater l'essentiel puisque ce « sens » peut être pour lui le point de départ d'une réaction créatrice et seule son histoire peut le faire accéder à ce que sa maladie symbolise » (p. 234).* Et pour aller plus loin, reprenons les mots de R. Gori (2008) : *« l'interprétation d'un « fait psychosomatique » - dès lors qu'on imputerait sa cause à une carence de la mentalisation (...), ou à un dysfonctionnement du préconscient – résulte en psychanalyse d'une extrapolation » (p. 216).*

*Nous avons vu dans ce premier chapitre à quel point le terme de maladie revêt différents sens, selon que l'on se place du point de vue du médecin, du patient ou de la société. Dans le cas du cancer en particulier, objet de notre travail, il est important d'avoir en tête la complexité scientifique qu'elle représente, en faisant un défi scientifique pour les médecins et engendrant des difficultés de compréhension quant à ses mécanismes, son évolution et ses caractéristiques chez les patients et dans la société en général. Pour résumer ces idées, nous repreneons ci-après le tableau de F. Saillant (1990, p. 10), adaptation de Good et Delvecchio-Good dans Eisenberg et Kleinman (1981, p. 179) : tableau 1 - Comparaison des modèles biomédical et culturel de la clinique.*

*La question de la mort et des soins palliatifs se retrouve ainsi directement liée à la prise en charge en cancérologie, ce qui suscite de nombreuses réactions défensives des professionnels de santé et bien évidemment beaucoup d'angoisses chez les patients. Néanmoins, la connaissance de la maladie et de ses représentations nous aide à penser le vécu des patients qui y sont confrontés et la manière de pouvoir y faire face psychologiquement.*

Tableau 1 : Comparaison des modèles biomédical et culturel de la clinique

	<b>Caractéristiques du modèle biomédical de la clinique</b>	<b>Caractéristiques du modèle culturel de la clinique</b>
<b>Entité pathologique</b>	Lésion ou dysfonctionnement somatique ou psychophysiologique	Réalité de l'expérience et de la signification de la maladie du point de vue du patient
<b>Pertinence des signes cliniques</b>	Données pertinentes signalant un désordre somatique	Données pertinentes révélant le sens de l'expérience de la maladie
<b>Procédure de recueil des données cliniques</b>	Revue des systèmes, tests de laboratoire	Évaluation des modèles explicatifs du patient, décodage des réseaux sémantiques
<b>But de l'interprétation des données cliniques</b>	Diagnostic et explication	Compréhension
<b>Stratégies d'interprétation</b>	Exploration de la dialectique symptôme-désordre somatique	Exploration de la dialectique symptôme-réseau sémantique
<b>But thérapeutique</b>	Intervenir sur le processus somatique de la maladie	Aider le patient à comprendre les aspects cachés de la réalité de l'expérience de sa maladie

## CHAPITRE 2. UNE NÉCESSAIRE QUÊTE DE SENS

---

### I. Un fondamental de l'existence

---

#### A. La maladie comme événement

Le verbe latin *evenire* (« venir hors de », « arriver ») et le substantif *eventus* (« issue », « succès ») nous rappellent que le monde de la vie ne se laisse pas décomposer en faits et en états de choses : il se présente comme une suite ininterrompue d'événements<sup>19</sup>, arrivant à un moment donné et en un lieu déterminé, apportant du neuf qui nous affecte par son effet de surprise, qu'il soit positif ou négatif. L'événement, c'est d'abord « tout ce qui arrive » d'une manière ou d'une autre : le passage d'une comète dans le ciel, la pluie et le beau temps, un tremblement de terre, une naissance, une maladie ou un décès. Cet effet de surprise lance un défi à la pensée soucieuse de régularité, de loi et d'ordre. Dans la tradition philosophique, le caractère rare et surprenant d'un fait lui confère son statut d'événement<sup>20</sup>, mais également de défi à la pensée humaine, soucieuse de régularité et d'ordre. Plus précisément, E. Fiat (2013) reprend le caractère à la fois rare, surprenant et singulier qui qualifie l'événement : « *L'événement fait effraction, il est incalculable, imprévisible, intempestif, il sature d'emblée nos capacités de réception. Et ceci, parce qu'il ne se présente jamais face à nous. Il le ferait que nous pourrions nous préparer à sa venue par des parades, des stratégies. Mais ce n'est pas ainsi que se manifeste l'événement. Car c'est d'en haut qu'il vient (et alors on dit « qu'une tuile nous tombe sur la tête »), ou de derrière (et il nous « prend en traître »), ou d'en dessous (et « on sent le sol se dérober sous nos pieds »). Il n'y a donc pas d'horizon de l'événement, il ne se profile pas sur quelque fond que ce soit* » (p. 183).

Alors que la plupart du temps, les événements « font désordre » en raison de leur contingence et de leur caractère imprévisible, la quête de sens peut être envisagée comme un processus universel, permettant à l'homme de s'arracher au hasard aveugle qui le priverait de toute élaboration psychique. Lévi-Strauss (1962) nous guide vers cette quête de sens à travers

---

<sup>19</sup> <http://www.universalis.fr/>

<sup>20</sup> Fiat, E. (2011, Mars). L'amour plus fort que la mort, ou la mort plus forte que l'amour ? Approche philosophique du deuil. Journées du Réseau Pallissy, Agen.

sa conceptualisation de la pensée sauvage : alors que « *tout classement est supérieur au chaos* », il est impossible pour l'Être Humain de considérer que seul l'insensé guide notre monde, sa création et la direction qu'il prend et qu'il est ainsi fondamental de considérer que le monde entier, et donc chaque événement, n'est qu'un message, un code qui permet de donner du sens au Tout.

Ainsi, l'événement-maladie représente bien un fait rare, surprenant et singulier, mais « *L'expression « tomber malade » ne dit pas seulement le caractère accidentel de la maladie, elle dit aussi implicitement la chute, la dégradation symbolique que la maladie engendre* » (Marin, 2014, p.20). De même, l'incertitude face à l'évolution de la maladie et l'impuissance ressentie sont souvent évoquées par les patients : « *Me voilà donc de nouveau dans la situation de la patiente, à attendre – les rendez-vous, les résultats, les décisions thérapeutiques, les explications. Cette impuissance sur le cours des choses me tue. Je n'ai pas choisi ce cancer, je ne sais pas si je pourrai choisir mon médecin. Je ne sais rien. Je hais cette incertitude* » (Wyler, 2015, p. 19). C. Marin (2014) parle de catastrophe intime, de blessure identitaire, au sens où la maladie est « *rupture, fracture dans la continuité de l'expérience, mais aussi violente perturbation, brouillage de la représentation du monde et de soi, perte de repères* » (p. 6). Elle parle également de « *maladie de compagnie* » (Ibid, p. 8), « *de celles qui continuent la route avec vous jusqu'à ce qu'elles vous dévorent* ».

## B. Le travail de la maladie

*« La production de sens est ce qui permet de négocier notre impuissance devant le destin, comme de symboliser l'insymbolisable »*

Bertrand, 2000, p. 13

Quatre questions fondamentales ont été identifiées par Zempléni (1985), ethnologue, psychologue et linguiste, autour de la survenue d'une maladie, questions émergentes chez tout sujet, qu'il s'agisse ou non du patient :

- De quelle maladie s'agit-il ?
- Comment est-elle survenue ?

- Qui ou quoi l'a produite ?
- Pourquoi est-elle apparue à ce moment, sous cette forme et chez cet individu ?

À la lumière de ces questionnements, il apparaît clairement que la question du sens de la maladie demeure au cœur de la problématique des patients. De même que « *le présent réactualise le passé en le modifiant alors même que le passé agit sur le présent, voire sur le futur dans sa résonance. C'est ainsi que les expériences passées viennent à conditionner le comportement des uns et des autres face à la maladie et qu'elles donnent naissance à une représentation symbolique subjective qui peut rapidement venir prendre le pas sur la réalité* » (Clement-Hryniewicz, N., & Paillaud, E., 2008). La nécessité d'affronter une situation extrême impose au sujet de le recouvrir de sens ou d'intégrer ce non-sens dans son histoire personnelle<sup>21</sup>. En effet, c'est dans sa capacité à penser les événements douloureux, en leur redonnant du sens et en les incluant dans son histoire personnelle, que l'homme puise sa résistance et sa survie psychique aux dits événements. On assiste alors à l'élaboration d'un certain nombre de théories personnelles expliquant l'apparition de la maladie et son évolution et s'inscrivant dans le vécu et le développement psychique du sujet. À ce moment-là, l'histoire des troubles entre en résonance avec celle du patient, prenant ainsi une fonction nécessaire à son travail d'acceptation et donc d'appropriation subjective<sup>22</sup>.

Pour J.-L. Pedinielli (1994), le « travail de la maladie » correspond à « *un processus assurant la transformation de l'atteinte organique en atteinte narcissique et en douleur psychique et qui permet un réinvestissement libidinal de soi, du corps, de l'extérieur* » (p. 180), à savoir un long travail d'élaboration qui aboutit à une restitution des investissements libidinaux après qu'ils ont été retirés sur le Moi (Pedinielli, Bertagne & Montreuil, 1996). En effet, l'irruption de la maladie dans la vie du sujet n'entraîne pas une immobilisation des processus psychiques, mais « *suscite une économie spécifique (« économie de maladie») et une modification de la subjectivité, tant dans le rapport au corps et à la maladie que dans la relation à l'histoire personnelle. Cette modification reflète bien un ensemble d'opérations psychiques réalisant une forme d'élaboration de l'événement qu'est la maladie pour le psychisme qui*

<sup>21</sup> N. Bendrihen (2008), En cancérologie : l'épreuve du réel ; in Doucet, C. (Dir.) (2008). *Le psychologue en service de médecine : les mots du corps*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-masson.

<sup>22</sup> Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord*. Paris : PBP, 2003.

*tente de la représenter et de lui prêter d'autres significations* » (Ibid, p. 24), à travers le « *travail de la maladie* » (Pedieli, 1994), le « *texte de la maladie* » (Pedieli, 1990), ou encore le « *roman de la maladie* » (Del Vogo, Gori & Poinso, 1994). Ainsi, face à une maladie qui propulse le patient dans un espace interstitiel entre la vie et la mort, « *pour essayer de faire basculer leur destinée de la mort vers la vie (ils) produisent, à partir de leur expérience du cancer, de véritables récits mythiques leur permettant de trouver une origine au mal et de vivre cette expérience sous une forme ordonnée et intelligible. Le mythe (...) donne sens à l'apparent chaos des événements parce qu'il tente de relier entre elles des expériences en apparence contradictoires : telle ici l'irruption de la mort au cœur même de la vie* » (Hamon-Valanchon, 2010, p. 46).

Ainsi, nous pouvons dire que la mise en sens, par ce qu'elle représente d'une construction psychique nécessaire à une subjectivation de l'expérience est personnelle, ne doit en aucun cas représenter une « causalité psychique » assénée qui, elle, a contrario, « *ouvre la route à la culpabilité, à la traque d'un coupable, et barre la voie à la question du sens, qui ne peut s'élaborer que sur l'énigme d'un désir pris dans un destin qu'il a contribué à forger et auquel il est soumis à la fois. La question du sens du passé n'a de sens vivifiant que s'il reste équivoque et s'il éclaire le « sens des nécessités à venir* » » (Deschamps, 1997, p. 11).

## 1. L'élaboration de théories étiologiques profanes

*« Pour cette raison, parce qu'il existe un décalage important entre l'évolution du savoir scientifique concernant cette maladie et la nécessité immédiate des êtres humains, dès lors que le cancer existe de lui attribuer un sens, les personnes touchées par cette pathologie vont élaborer à partir d'elle de véritables récits explicatifs »*

H. Hamon-Valanchon, 2010, p. 46

*« Non, je ne dirais pas que tous les cancers ont une origine psychique. Mais, s'agissant de moi, je suis persuadée que mes cancers tirent leur origine principale de mon histoire personnelle. D'ailleurs, lors de l'annonce de K1<sup>23</sup>, j'ai pu penser : « Enfin ! ». J'étais quasi guille-*

---

<sup>23</sup> K pour cancer.

*rette. Voilà qui donnait sens à des décennies de mal-être et de dépression. Tout prenait forme. J'avais moi-même donné forme au mal en laissant se développer une très grosse tumeur. Une tumeur qui figurait la douleur ancienne ».*

M.-D. Arrighi, 2010, p. 249

Pour F.-B. Michel (1987, p. 16), après l'annonce diagnostique « *apparaît le second cancer du cancer : pourquoi ?* » « *Je ne comprends pas, disent beaucoup de cancéreux. Je ne bois pas, ne fume pas, ne fais aucun excès, et c'est sur moi que ça tombe* ». « *Ça tombe* », *comme par faiblesse ou maladresse, on « tombe » malade, ou « ça me tombe dessus » à la façon de la tuile détachée du toit. Pourquoi ce cancer ? Et surtout : pourquoi moi ?* ». Ce besoin de donner du sens à la maladie et de tenter l'expliquer prend la forme de théories profanes, qui sont en réalité plutôt des représentations originales ou groupes de représentations, existantes dans toutes les cultures<sup>24</sup>. La plupart du temps, « *le malade sait parfaitement ce qu'est l'étiopathogénie « officielle » de sa maladie mais il cultive « en secret » une autre « théorie » (partiellement) contradictoire ou complémentaire de la conception médicale* » (Pediñielli, 1999). Les descriptions de la maladie ne s'apparentent finalement qu'assez peu à des théories mais plutôt à de simples descriptions, même si celles-ci impliquent une production de la réalité que le patient s'approprie par des opérations de substitution, de déplacement et de transformation. Les explications en revanche, elles, en introduisant des liens entre l'apparition de la maladie et sa cause ou ses mécanismes, représentent un raisonnement logique, de type inductif<sup>25</sup> : « *J'ai su récemment que, parmi les femmes ayant écrit sur leur cancer du sein, il en existait une qui affirmait que sa tumeur était située exactement à l'emplacement de l'étoile jaune que durent porter les juifs sous l'Occupation. Et, lorsque je songe aux femmes tondues de la Libération, j'ai l'intuition qu'il existe des liens muets entre les choses, muets mais si parlants. Le sens que l'on tend à leur donner est une grande source d'étonnements et de perplexité* » (Tabet, 2010, p. 89). Ce travail de recherche s'attache tout particulièrement à l'étude de ces constructions par le patient, aux conditions de son émergence, à leur fonction et à leur devenir avec l'évolution de la maladie. Nous tenterons de mettre en lumière d'éventuels liens entre les étiologies médicales (scientifiques) et profanes, afin d'observer les interactions ou contradictions qui pourraient émerger.

---

<sup>24</sup> Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris : Payot.

<sup>25</sup> Pediñielli, J-L. (1999). *Les « théories » personnelles des patients*. Pratiques Psychologiques, 4.

Néanmoins, pour certains patients, cette recherche de sens ainsi que certaines croyances en lien avec la maladie se révèlent insupportables :

*« Tous ces livres sur le pouvoir de guérison, sur ce qu'il faut manger pour prévenir le cancer et sur les habitudes de vie m'irritent d'une certaine façon. Je mangeais déjà tous ces aliments, j'avais de bonnes habitudes de vie, auxquelles je crois toujours d'ailleurs, ce qui n'a pas empêché la nature de faire son oeuvre. Mais les livres qui me hérissent le plus sont ceux qui prétendent nous aider à découvrir la signification de notre cancer.*

*Ah, le beau sujet ! Car voyez-vous, ma croyance à moi est – tenez-vous bien – que ça ne veut rien dire. Vous avez bien lu. Rien. Je ne crois pas que ce soit la manifestation d'une vieille blessure non guérie, ou la punition venant d'une vie antérieure ou une façon pour la vie de nous remettre sur le droit chemin, ou quoi que ce soit de similaire.*

*Non. Je pense que ça arrive et c'est tout. La vie distribue ses cartes. Certains auront des accidents de voiture, d'autres des accidents vasculaires, d'autres perdront un être cher et certains, comme moi, auront le cancer.*

*Avez-vous remarqué que les êtres humains éprouvent le besoin de trouver une signification à tout ce qui leur arrive ? Nous avons besoin de comprendre, de rationaliser, d'expliquer, de trouver une raison à tout. Je crois que c'est pour cela qu'il s'écrit tant de livres explorant toutes sortes de théories. Les enfants atteints n'analysent pas leur cancer. Ils ne se demandent pas ce que ça veut dire. Ils le vivent et c'est tout. C'est probablement pour ça qu'ils sont tellement plus sereins devant la maladie que nous, les adultes.*

*Sans essayer de tout décortiquer, d'analyser, ils continuent à vivre malgré la maladie, tout simplement, avec beaucoup plus de légèreté. Nous devrions prendre exemple sur eux. »*

Lettre & Morrow, 2012, p. 128-129.

À travers ce refus de questionner, nous pouvons nous demander à quel point il serait justement nécessaire de ne pas penser, de ne pas mettre en mot le cancer, justement pour ne pas lui donner de réelle existence... Il s'agirait ainsi d'une défense psychique, car au même titre que donner du sens peut être synonyme d'une illusion de maîtrise, le lâcher-prise à ce même sujet se révèle tout autant une quête de contrôle des affects et représentations angoissants. D'autant qu'un peu plus loin dans son écrit, V. Lettre nous expose un conte taoïste tra-

ditionnel chinois, expliquant à sa suite que, fondamentalement, la maladie peut représenter une occasion unique de faire une pause dans sa vie, d'examiner si on est satisfait de ce qu'on a accompli et de réajuster le tir si ce n'est pas le cas. Il nous semble ainsi que la maladie est bien envisagée ici comme prenant sens et même fonction dans l'histoire de vie du sujet... Elle pourrait même être enviagée, au regard de ce conte, comme un événement positif et constructif pour le patient :

*« Il était une fois un vieil homme pauvre, qui vivait à l'écart du village avec son fils unique et son cheval, qui était leur seule richesse. Un jour, le cheval brisa son enclos et s'enfuit. Apprenant la nouvelle, tout le village monta voir le pauvre homme pour le plaindre : « Quelle catastrophe ! Vous venez de perdre votre unique cheval ! C'est terrible ! »*

*Et le vieux de répondre : « Comment pouvez-vous savoir que c'est une mauvaise chose ? »*

*Le lendemain, le cheval revint avec une horde de chevaux sauvages que le fils captura dans un nouvel enclos. Du coup, ils devinrent riches, car ces chevaux valaient une fortune. Alors, tout le village monta voir le vieux et son fils, pour les louer : « Quelle chance ! C'est merveilleux toute cette richesse qui vous tombe dessus ! »*

*Et le vieux de répondre : « Comment savez-vous si c'est une bonne chose ? »*

*Le lendemain, en essayant de monter un cheval sauvage, le fils tomba et se brisa la jambe. Encore une fois, le village monta plaindre le vieux : « Votre fils unique va devenir invalide ! Quelle catastrophe, comment allez-vous survivre ? »*

*Et le vieux de répondre encore : « Comment savez-vous que c'est une mauvaise chose ? »*

*Une semaine plus tard, le seigneur de guerre de la région passa au village et réquisitionna tous les jeunes hommes valides pour partir en guerre contre le royaume voisin... Mais pas le fils du vieux : il avait la jambe cassée ! » (Lettre & Morrow, 2012, p. 130)*

## 2. Causes réelles, causes imaginaires

*« Une maladie mortelle n'est pas un paratonnerre qui protège de toute foudre. Je l'ai espéré tout au début, lors de la découverte de mon cancer initial. Une vague de pensée magique et un moment de dépression m'ont fait accepter cette épreuve comme si c'était la dernière et*

*comme si elle pouvait se négocier, servir à payer la paix, la douceur et la protection des miens.*

*J'ai reconnu là une bouffée d'omnipotence – c'est accorder bien de l'importance à sa vie que de croire pouvoir la négocier avec le destin -, ainsi que de dépression – céder à la tentation d'en finir, baisser les bras, ne plus lutter.*

*Aujourd'hui, je suis bien plus modeste. Je sais que mon cancer n'a pas le pouvoir de protéger ma famille. Ce n'est ni une punition ni une monnaie d'échange.*

***Il ne sert à rien. Il est là, c'est tout ».***

M. Vaillant, 2013, p. 104

La question que l'on peut se poser, à la lumière de tous les éléments précédemment évoqués, est de savoir comment le patient peut psychiquement naviguer entre la réalité scientifique (qui prend toute la place dans le milieu médical) et sa propre réalité ? Comment peut-il faire co-exister les deux ? En réalité, la construction des théories explicatives de sa maladie par le patient revêt de multiples aspects selon C. Doucet (2000, p. 12-13) : il peut s'agir de causalité externe (phénomènes naturels, socio-économiques ou événementiels) ou interne (hérédité, origine pré ou postnatale, facteur psychologique). Au-delà de ces aspects, le scénario dépend également de la sévérité de la maladie, de ce que le patient en sait d'un point de vue médical, de ses représentations, de son vécu, de ses sensations, mais également de facteurs sociaux et culturels.

Pour illustrer ce paragraphe, voici les premières lignes du témoignage de ce jeune zurichois décédé à 32 ans d'un lymphome, qui écrit son témoignage autour de la maladie dans le célèbre Mars, sous le pseudonyme de Fritz Zorn :

*« Je suis jeune et riche et cultivé ; et je suis malheureux, névrosé et seul. Je descends d'une des meilleures familles de la rive droite du lac de Zurich, qu'on appelle aussi la Rive dorée. J'ai eu une éducation bourgeoise et j'ai été sage toute ma vie. Ma famille est passablement dégénérée, c'est pourquoi j'ai sans doute une lourde hérédité et je suis abîmé par mon milieu. Naturellement j'ai aussi le cancer, ce qui va de soi si l'on en juge d'après ce que je viens de dire. Cela dit, la question du cancer se présente d'une double manière : d'une part*

*c'est une maladie du corps, dont il est bien probable que je mourrai prochainement, mais peut-être aussi puis-je la vaincre et survivre ; d'autre part, c'est une maladie de l'âme, dont je ne puis dire qu'une chose : c'est une chance qu'elle se soit enfin déclarée. Je veux dire par là qu'avec ce que j'ai reçu de ma famille au cours de ma peu réjouissante existence, la chose la plus intelligente que j'ai jamais faite, c'est d'attraper le cancer. Je ne veux pas prétendre ainsi que le cancer soit une maladie qui vous apporte beaucoup de joie. Cependant, du fait que la joie n'est pas une des principales caractéristiques de ma vie, une comparaison attentive m'amène à conclure que, depuis que je suis malade, je vais beaucoup mieux qu'autrefois, avant de tomber malade. Cela ne signifie cependant pas que je veuille qualifier ma situation de particulièrement agréable. Je veux dire simplement qu'entre un état particulièrement peu réjouissant et un état simplement peu réjouissant, le second est tout de même préférable au premier » (Zorn, 1977, p. 33-34).*

À la lecture de ce témoignage, nous pouvons entendre à quel point la survenue du cancer représente pour ce jeune homme l'occasion de lutter contre des conflits psychiques difficilement élaborables, la maladie lui offrant alors « *un objet de contre-investissement, un objet de lutte dans laquelle s'engageraient les pulsions revivifiées – ce qui provoquerait paradoxalement un certain degré d'intrication pulsionnelle comme de réobjectalisation – garrottant ainsi le vide dépressif et le défaut d'investissement* » (Peruchon, 2009, p. 147). De la même façon, il nous semble que ce contre-investissement se retrouve dans le témoignage de G. Corneau (2010), à travers la recherche de ressources pour faire face à la maladie : « *on peut voir la maladie comme un théâtre intime qui vient exprimer une vieille tristesse, un conflit non résolu, ou encore une blessure psychique qui n'est pas guérie. Cette mise en scène a l'avantage de donner à voir à la personne ce qui l'affecte et à quoi elle n'a pas su porter suffisamment d'attention. Nos états intérieurs possèdent ainsi une sorte de pouvoir attractif. Ils attirent les circonstances qui leur permettront de se manifester pour que nous puissions les observer et nous en délivrer* » (p. 130).

Dans *Le livre de Pierre* de Louise Lambrichs (1998), le psychanalyste Pierre Cazenave décrit le cancer comme une maladie des liens affectifs, ou « *maladie du nourrisson dans l'adulte* », cette « *maladie qui donne le cancer* » (Bigras, Cazenave & Bessis, 1994, p. 56), c'est-à-dire lorsque le narcissisme primaire n'a pas été suffisamment solidement construit et laisse un noyau fissuré (cf. Holding de D.W. Winnicott). Il nous dit : « *chez tous les patients*

*cancéreux que j'ai suivis, j'ai retrouvé un trouble fondamental de l'identité, une détresse essentielle, archaïque je dirais, et que personne n'avait jamais vue* » (Lambrichs, 1998, p. 75), responsable d'une maladie psychique résultant d'un défaut de construction psychique (de la personnalité, du narcissisme primaire). Les carences rencontrées chez ces patients seraient extrêmement profondes, remontant à la toute petite enfance, et toujours les mêmes, comme si, à l'intérieur de ces adultes cancéreux gisait toujours « *un nourrisson menacé de mort* » (Ibid, p. 115). Le décalage serait ainsi flagrant chez ces patients entre une normalité trop adaptative, associée à une pauvreté de symptômes psychiques manifestes, et une très grande vulnérabilité aux aléas de la vie relationnelle (conflits, abandons, deuils), avec souvent une très forte répression de la vie émotionnelle et affective (Bigras, Cazenave & Bessis, 1994). P. Cazenave fait ainsi l'hypothèse qu'un psychisme mieux construit, moins « troué », rendrait moins vulnérable et plus apte à lutter contre les atteintes somatiques (Lambrichs, 1998, p. 111).

#### C. Du travail de la maladie au travail du trépas

*« Ce processus de mentalisation permet de « tamponner » l'effraction du réel que constitue la maladie, en liant la représentation à l'affect produit »*

D. Doucet, 2000, p. 13

Le travail psychique que la menace létale met en route, brutalement ou progressivement selon les patients, répond au choc initial et à la sidération qui suit parfois ce choc écrit De Hennezel en 2000. Cette dernière parle alors d'ébranlement intérieur, qui révèle à chacun sa vulnérabilité et sa mortalité : « *ainsi, la menace de mort est un révélateur de notre véritable intériorité, dans la mesure où elle nous renvoie à notre capacité de nous ressouvenir de ce que nous sommes réellement, un être humain voué à la mort, confronté à la question de son origine et de son devenir. Nous sommes alors renvoyés aux vraies questions concernant le sens de notre vie, concernant les valeurs sur lesquelles notre vie repose* ». Le travail de la maladie, au même titre que celui du rêve ou du deuil, correspond à un processus d'élaboration et de remaniement psychique, à un phénomène inconscient qui accapare tout ou partie de l'énergie du sujet. Dans tous les cas, nous assistons à une transformation de l'atteinte organique en atteinte narcissique, mais également du contenu latent au contenu manifeste ou encore d'un détachement progressif à un objet d'investissement perdu.

Enfin, nous pouvons également établir un parallèle entre le travail du trépas, celui du rêve, ainsi que celui du deuil, répondant tous à une exigence du même ordre. Pour De M'Uzan (1977), ce travail du trépas, qui impose de considérer la mort comme un événement psychique, est caractérisé par une sorte d' « *expansion libidinale* » et d' « *exaltation de l'appétence relationnelle* » dans un mouvement d'allure phagocytante, comparable à une avidité affective, à un fort élan pulsionnel. Le mourant charge l'objet de libido narcissique jusqu'à ce que la frontière entre l'objet et le sujet se confondent : il tente de « *se mettre complètement au monde avant de disparaître* ». Ce travail du trépas, dernier travail que tout être doit accomplir au cours de ce passage qu'est littéralement le trépas pourrait commencer très tôt, possiblement dès que le patient se retrouve confronté à sa propre mort, à savoir dès l'annonce de la maladie potentiellement létale.

## II. De la « mise en sens » au « roman de la maladie »

---

*« La psychanalyse peut-elle trouver une place aux côtés des bio-pouvoirs ? Si oui, comment peut-elle aider le patient gravement malade et/ou en fin de vie, à se dégager du discours objectivant dans lequel il est pris ? »*

J. Alric, 2016, p. 105

### A. Le concept de « roman de la maladie »

*« Question 1 : est-ce que mon nouveau cancer a un sens ? Finalement, je pense que oui. »*  
*« Il y a plus de vingt ans, je me suis empoisonné la vie avec « le tas ». C'est ainsi que je le nommais. Un morceau de courrier non ouvert qui enflait gentiment. Comme une tumeur je me dis aujourd'hui (...). Comme mon KI<sup>26</sup>, quand j'avais laissé grandir un carcinome parfaitement visible »*

M.-D. Arrighi, 2010, p. 7 & 61

La « mise en sens » de la maladie permet donc la construction de ce que Del Volgo, Gori et Poinso (1994) nomment le « roman de la maladie » ou mise en mots du symptôme somatique, à savoir « *une révélation des coordonnées imaginaires et symboliques de la maladie, les circonstances de son apparition, les coïncidences de dates ou des différents événements de l'histoire, l'équivocité de certains mots, les lapsus, les méprises et les lacunes de la maladie, qui tissent dans le récit la trame d'une histoire subjective et intersubjective en train de se dire* ». Cette élaboration permet une continuité de la vie psychique, ébranlée par la proximité d'avec la mort, et apparaît ainsi comme une réaction défensive, un moyen de survie psychique. C'est donc cette construction du patient du « *texte de sa maladie* », comme le nomme Pardinielli (1994), qui va très largement contribuer au « travail de la maladie », à savoir l'« *ensemble des procédures économiques et signifiantes spécifiques qui assurent la transformation de l'atteinte organique en atteinte narcissique et en douleur psychique, et qui permettent un réinvestissement libidinal de soi, du corps, de l'extérieur* ». Les témoins de ce tra-

---

<sup>26</sup> K pour cancer.

vail sont justement le texte de la maladie, ou encore la représentation du symptôme et de l'organe malade, les théories étiopathogéniques individuelles de la maladie, l'inscription de la maladie dans l'histoire du sujet...

M. Bertrand (1996) ajoute que « *Le fantasme, et le « roman de la maladie » auquel il donne son empreinte, sont des constructions palliatives. Par la satisfaction que donne en elle-même cette construction, par le renversement de la passivité en activité, par sa communication enfin à un tiers, elle ouvre l'accès à une résolution possible du trauma, à condition évidemment d'élaborer fragment par fragment chacun de ses éléments* » (p. 40). Cet ensemble d'opérations psychiques réalise en fait une forme d'élaboration de l'événement a-sensé, comme le nomme Pedinielli (1994), que représente la maladie pour l'appareil psychique, qui ne peut que lui prêter d'autres significations. Un parallèle est ainsi envisageable entre ce travail de la maladie et le travail du rêve, celui du deuil, ou encore celui de l'interprétation, de par son caractère de nécessité et le fait qu'il soit composé d'une succession de phases qui entraînent une production après transformation de l'état antérieur.

La construction du « roman de la maladie » représente donc une quête de sens qui comprend plusieurs axes : l'axe métaphorique (qui dépend des représentations de la maladie chez le patient ou *sickness*), la maladie comme objectivité (la maladie du médecin ou *disease*), et la maladie comme subjectivité (la maladie du malade ou *illness*), dans le cadre des rapports soma-psyché (Échard, 2006, p. 208).

#### B. L' « instant de dire »

*« Je suis prête à sauter dans l'arène ; et à jouer, selon mes moyens, l'impitoyable ronde du picador, du cheval et du taureau. Du toréador qu'est ce ça, le cancer, et toutes ses représentations. Tout cela pour ouvrir cette aventure à d'autres horizons et juguler la rate qui monte : rage face à cette impuissance de la volonté face au corps (...). Rage devant tant d'indicible que l'on se doit, pour le moins, de tenter d'élucider puisque nous sommes humains. Ce qui fait un deuxième drame de l'insupportable, c'est de renoncer à y mettre des mots. »*

S. Tabet, 2010, p. 14

L' « instant de dire » est le dispositif de travail psychanalytique mis en œuvre par M.-J. Del Volgo (1997) dans des consultations spécialisées de médecine où, justement, la place de la subjectivité pouvait être mise à mal. L' « instant de dire », écoute offerte aux patients pendant une durée brève lors d'une consultation médicale, peut se définir comme un « *temps qui prend son sens et qui trouve sa limite dans la situation d'une brève rencontre. Il inclut le « temps pour comprendre » lequel, lui-même, peut se réduire à ce temps du dire* » (p. 37). Il s'agit d'un temps de genèse, créateur d'événement psychique et ouvre à l'amorce d'une élaboration et d'une construction autour du vécu et de l'histoire de la maladie. Ce temps du « dire », instauré sur un temps médical, est d'autant plus fondamental que « *la parole s'articule au corps, le corps à la parole. Le corps n'est pas qu'une masse de cellules, il est habité par la parole* » (Bressolette, 2013, p. 9). Il s'agit d'utiliser la règle fondamentale des associations libres pour laisser le travail d'élaboration de la plainte se dérouler, ainsi qu'un autre moyen, à savoir « l'historisation », ou histoire narrative, artifice au sens instrumental et méthodologique du terme nous dit M.-J. Del Volgo (1995).

Recueillir le discours du patient en « *terre médicale* »<sup>27</sup> n'a pas pour objectif de faire coïncider la parole subjective avec le discours médical, mais au contraire de pointer que c'est « *justement dans cet écart que peut venir se loger la part désirante du sujet* » (Alric, 2015, p. 21). Il s'agit d'entendre et d'éventuellement accompagner la construction du sens par le patient, à savoir ce que nomme J. Alric (2015) la « *construction fantasmatique qui va tenir lieu de vérité pour un sujet* » (p. 23). Ainsi, le récit des patients qui peut émerger lorsque leur est offert un espace de parole en milieu somatique se situe au carrefour du réel et du symbolique, de l'imaginaire : « *Récit du rêve, roman familial récit de la plainte ou du symptôme, énoncé de fantasmes, le narratif se présente donc dans le discours comme le lieu d'intersection (au sens logique), où s'affrontent une consistance imaginaire prêtée aux éléments qui tissent l'histoire du sujet, et les fragments du discours – les signifiants – qui en sont pourtant le réseau symbolique. S'y déchire le **parlêtre**, souvent dans une souffrance corporelle du parler, souvent dans l'angoisse de la proximité d'une jouissance pulsionnelle et de son objet ; et la parole y montre d'une part la coupure entre le symbolique et l'imaginaire, et d'autre part l'existence du réel par rapport à l'un comme à l'autre* » (Weil, dans Bertrand, 2000, p. 21-22).

---

<sup>27</sup> Expression reprise à R. Gori par J. Alric dans l'ouvrage qu'il a dirigé en 2015 (Rester vivant avec la maladie, p. 19).

L'être humain est un corps parlant, c'est ainsi que J. Lacan introduit la différence entre le « je » de l'énonciation et le « moi » du sujet, abordant le corps en disant qu'il est la seule consistance du parlêtre (Lacan, 1975-76, p. 66) : « *le parlêtre, c'est l'être parlant dans sa singularité de jouissance, ce qui implique la façon dont l'inconscient produit ses effets au niveau du corps* » (Izcovitch, 2008, p. 43). C'est ainsi que la notion d'activité narrative permet au sujet de prendre de la distance avec l'aspect scientifique de sa maladie et de sortir des logiques causales et médicales. En effet, « *la question du sens est centrale et n'a rien de rationnel ni de logique ; donner un sens, c'est créer une sorte de mythe personnel plus ou moins ancré dans des réalités socioculturelles* » (Chahraoui, 2014, p. 42).

### C. Récits de malades

*« J'ai découvert avec humilité combien une maladie peut déstabiliser, mais combien elle permet aussi de se pencher sur ses valeurs, la trajectoire de son existence. Elle offre la possibilité de se promener dans son jardin secret, pour y scrire les zones sombres, les contradictions, les conflits en suspens dans la psyché. En prendre conscience et tenter de les dépasser. »*

Pr Hammel, 2008, p. 200

La revue de littérature concernant les récits de maladie cancéreuse est conséquente et ancienne : la première publication du célèbre Pavillon des Cancéreux en 1968 de A. Soljenitsyne pointait déjà le caractère imprévu et inattendu de la maladie cancéreuse, ainsi que la terreur relative au fait d'être admis dans ce fameux pavillon n°13. Au fil de ce travail apparaissent des extraits de discours et écrits de patients ou de leurs proches face au cancer et/ou à la fin de vie, parfois en collaboration avec leur médecin, à partir desquels nous avons travaillé. Il nous semble que ces récits disent, « *mieux que quiconque ne saurait le faire, la nécessité de nommer la maladie. Nommer une maladie ne se résume pas à énoncer un mot : cancer, diabète, cardiopathie... Nommer la maladie est une manière d'en tracer les contours, le poids, les répercussions et l'évolution* » (J.-P. Olié, dans la préface du livre d'É. Balez, 2015, p. 8-9). Notre revue de littérature à ce sujet n'est pas exhaustive, tant il existe pléthore de témoignages et de récits de tous ordres au sujet de la maladie, et plus particulièrement du cancer. Néanmoins, notre panel d'ouvrages est conséquent.

Récits de patients :

- **Marie-Dominique Arrighi ; *K, histoires de crabe*, 2010** : dans ce journal, reprise du blog du même nom, la journaliste atteinte d'un cancer du sein en 2005 et qui récidivera quatre ans après, nous raconte sa maladie, sur un ton drôle et léger.
- **Guy Corneau ; *Revivre !*, 2010** : psychanalyste, atteint d'un cancer à un stade avancé, il relate sa traversée du cancer à travers une recherche de sens, psychologique et spirituel.
- **Marie Deroubaix ; *6 mois à vivre*, 2012** : le témoignage de cette femme de 56 ans, atteinte d'un cancer du poumon incurable, est particulier en ce sens où il se veut investi d'une mission, à savoir de dénoncer certaines pratiques hospitalières et thérapeutiques, ainsi que de militer en faveur de l'euthanasie. La couverture de son ouvrage est sous-titrée : « J'ai choisi de mourir dignement ». Sans rentrer dans un débat qui n'aurait pas sa place ici, nous pouvons nous interroger néanmoins sur la fonction de ce récit dans ce contexte, à travers une médiatisation salvatrice face à la menace de mort ?
- **Élisabeth Gille ; *Le crabe sur la banquette arrière*, 1994** : « Elle tient le rôle principal d'une pièce de théâtre qui se joue sans sa participation. Alors elle décide d'en rire. Et, si possible, d'en faire rire les autres » (extrait de la quatrième de couverture).
- **Pr Pascal Hammel ; *Guérir et mieux soigner – Un médecin à l'école de sa maladie – Chronique d'un cancer*, 2008** : témoignage d'un médecin dans un discours qui croise l'expérience du professionnel et celle du malade.
- **Perrine Huon ; *Trop jeune pour mourir*, 2005** : jeune étudiante à qui a été diagnostiqué une leucémie à l'âge de 18 ans. Elle raconte son vécu de la maladie, le diagnostic, les examens, les traitements, la greffe de moelle qui lui a permis d'entrer en rémission puis d'être considérée comme guérie.
- **Auguste Le Breton ; *Monsieur crabe*, 1995** : éloge du moral et de l'attitude combative face au cancer, ce livre défend selon son auteur l'idée qu' « il ne faut jamais désespérer, ni lever les bras, JAMAIS. »

- **Ève Léothaud & Dr Philippe Chasserant ; *L'im-patiente*, 2002** : récit à deux voix d'une patiente atteinte d'un cancer du côlon et de son chirurgien, devenu un ami au fil des quatre années où il l'a soignée et accompagnée.
- **Véronique Lettre & Christiane Morrow ; *Plus fou que ça... tumeur !*, 2012** : Véronique, brillante publicitaire québécoise de trente-sept ans a trois enfants en garde partagée, deux chats à temps plein et... un cancer cérébral, diagnostiqué en 2009. Elle a écrit cet ouvrage avec sa mère, universitaire spécialisée en orthophonie et en psychopédagogie.
- **Claude Roy ; *Permis de séjour 1977-1982*, 1983** : premier volume du journal de cet auteur, qui inaugure son ouvrage par la phrase suivante : « *Au début de l'été 1982, je fus menacé de me voir retirer mon permis de séjour sur la terre* » (p. 11).
- **Christiane Singer ; *Derniers fragments d'un long voyage*, 2007** : alors qu'un jeune médecin lui a annoncé un délai de six mois à vivre, la patiente raconte ce « fragment » de vie, pour conclure qu' « *à partir de demain (...) tout est neuf* ».
- **Sylvia Tabet ; *Les patientes*, 2010** : sous la forme d'un journal intime, l'auteur examine la question de la nécessité d'écrire pour affronter la maladie, interrogeant ainsi l'histoire collective, le sens du cancer, la filiation et l'enfance.
- **Maryse Vaillant ; *Voir les lilas refleurir...*, 2013** : psychologue clinicienne, elle raconte son vécu face à un cancer du sein à un stade avancé, dont elle est morte quelques semaines après avoir terminé la rédaction de cet ouvrage.
- **Manuela Wyler ; *Fuck my cancer*, 2015** : sous-titré d'un « *Chronique garantie sans eau de rose* », cet ouvrage est le témoignage d'une femme de 55 ans, atteinte d'un cancer du sein métastatique. Tiré du blog énervé et humoristique *fuckmycancer.fr*, elle reprend son témoignage sur un ton provocant: « *Ce livre n'est pas le chemin de ma rédemption, c'est une chronique de mon expérience de Cancerland, qui n'est pas un monde merveilleux parce qu'à la fin, on meurt souvent* » (extrait de la quatrième de couverture).

Nous avons décidé également de travailler avec les récits de proches, tant ils nous semblent similaires dans leur fonction de celle des témoignages de malade, dans ce qui nous appa-

raît comme une tentative d'élaboration face au traumatisme de la maladie potentiellement létale :

- **Amélie Antoine, *Combien de temps*, 2011** : journal intime d'une jeune femme de 27 ans, qui raconte la maladie de sa mère, un cancer du poumon, du diagnostic jusqu'à sa mort.
- **Sophia Ducceschi, *Neuf mois pour mourir – Récit d'un accompagnement*, 2011** : psychothérapeute analyste, son témoignage est simple, sincère et néanmoins cinglant, cet ouvrage s'adresse « à tous ceux qui ont été, sont ou seront un jour confrontés à la déchéance puis à la mort d'un être cher... Portrait d'une famille meurtrie où chacun aura grandi, où tous auront ressenti l'urgence de vivre, où certains même auront vu s'inscrire, sur l'écran sombre de ce drame, le sens de l'existence en lettres de couleur » (extrait de la quatrième de couverture).
- **Alice Kuipers ; *Ne t'inquiète pas pour moi*, 2007** : récit pudique d'une correspondance mère-fille par post-it interposés sur le frigo de la cuisine, qui se poursuit durant toute la maladie de la mère, jusqu'à son décès.

P. Forrest écrit dans *Tous les enfants sauf un*, son troisième roman après *l'Enfant éternel* et *Toute la nuit*, traitant du décès de sa fille Pauline d'un cancer à l'âge de trois ans : « Si le livre soigne de la souffrance de vivre, s'il guérit de la douleur du deuil, alors il opère ce tour de passe-passe poétique qui consiste à faire disparaître le scandale dont il naît, à le résoudre en effet et à **prohiber toute parole de révolte**. Seule une telle littérature est jugée conforme par la société de consolation parce qu'elle accomplit très précisément le programme qui définit celle-ci » (Forrest, 2007, p. 165). Il nous semble que ceci vaut pour tout témoignage autour de la maladie, qu'il s'agisse de patients ou de proches. Par ailleurs, la question du sens se pose également pour les médecins : pour exemple, l'ouvrage du Dr Solal-Céliney, *Cancer – Pourquoi moi, docteur ?*, dans lequel ce dernier relate à travers treize cas cliniques vingt-cinq années de travail en tant que cancérologue, s'interrogeant sur le sens de la maladie pour ses patients, de même que T. Janssen, dans son ouvrage *La maladie a-t-elle un sens ?*.

P. Ben Soussan (2004) dénonce, dans son « Le cancer est un combat – même pas vrai », ce qu’il nomme le « show » des malades du cancer, comme un « *soi exposé*<sup>28</sup>, *des histoires vraies, bien réelles et bien trempées dans le pathos* » (p. 34). Néanmoins, il semble que l’historisation, et ainsi la subjectivation, aient une fonction élaborative pour le patient, nous renvoyant au concept d’identité narrative développé par P. Ricoeur (1988). En effet, « *ces « histoires de vie » ne sont-elles pas à leur tour rendues plus intelligibles lorsque leur sont appliqués les modèles narratifs – les intrigues – empruntés à l’histoire ou à la fiction (drame ou roman) ? Le statut épistémologique de l’autobiographie semble confirmer cette intuition* » (p. 295). En effet, comme le dit N. Bendrihen (2015, p. 12), tous les patients n’ont pas accès ou ne souhaitent pas une prise en charge psychologique. Ainsi, le recours à la parole n’est pas possible uniquement dans le bureau du psychologue ou du psychiatre. Certains se retrouvent plus dans la participation à des groupes de patients, ou encore en intégrant des communautés virtuelles, qui mènent d’ailleurs parfois à des rencontres. Enfin, d’autres écrivent... Évidemment, tous ces moyens d’expression ne s’excluent pas les uns les autres.

---

<sup>28</sup> Dans l’intimité surexposée (Paris, Ramsay, 2001), S. Tisseron parle de cette « ex-timité », soit la « volonté de faire valider son intimité par un très grand nombre de personnes, qu’on ne connaît pas, via internet ou la télévision ».

### III. La recherche de sens comme processus adaptatif

---

*« La vie reste discrète lorsque l'existence va de soi. Ainsi vécue sur le mode de l'évidence, elle n'a pas à être questionnée. Elle reste une entité abstraite, un chapitre de manuel. Elle n'est pas un problème, mais le postulat ininterrogé de notre présence »*

Marin, 2008, p.7

#### A. La notion de défense

Un travail d'acceptation de la maladie dans le cadre du cancer s'avère nécessaire pour le patient, travail qui s'apparente à un travail de deuil selon Grimaldi (2006) et qui demande du temps. Ce temps va, par essence, s'opposer au temps médical : celui des examens, des traitements, des bilans... Du savoir. En effet, *« à l'instar de la civilisation qui lui a donné naissance, la médecine moderne n'accorde pratiquement plus de place au questionnement philosophique et métaphysique ; soucieuse de performance et d'efficacité, elle chasse le malade de son corps pour mieux objectiver les maux dont il souffre ; et, pendant ce temps, les patients manquent de réponses aux interrogations qui constituent l'essence même de leur humanité. Réduits à l'état de corps-objets, de plus en plus de malades demandent à être soignés comme des corps-sujets »* (Janssen, 2008, p. 338).

Face au traumatisme que représente l'entrée dans la maladie cancéreuse du patient, de nombreuses défenses se mettent en place pour faire face à une très forte angoisse. Les mécanismes de défense sont les mécanismes psychologiques d'ajustement mis en place par le patient. Ils vont lui permettre de gérer cette confrontation violente à l'angoisse de mort et à réagir, de manière plus ou moins adaptée en fonction de l'efficacité de ces défenses, à la violence que représente l'effraction de la maladie dans sa vie. En effet, *« toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui, engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui, s'instaurant à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité intolérable parce que trop douloureuse. Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et inconscients, ont*

*pour but de réduire les tensions et l'angoisse, et s'exacerbent dans des situations de crise et d'appréhension extrêmes »<sup>29</sup>.*

Selon Laplanche et Pontalis (1967), les mécanismes de défense correspondent aux « *différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense. Les mécanismes prévalents sont différents selon le type d'affection envisagée, selon l'étape génétique considérée, selon le degré d'élaboration du conflit défensif, etc.* ». Les mêmes auteurs argumentent que les mécanismes de défense « *sont utilisés par le moi, la question théorique restant ouverte de savoir si leur mise en jeu présuppose toujours l'existence d'un moi organisé qui en soit le support* ». Enfin, la défense porte de manière générale sur la pulsion et électivement, sur des représentations auxquelles la pulsion est liée, sur des situations capables de déclencher des pulsions déplaisantes pour le moi ou sur des affects déplaisants.

D'après Anna Freud (1949), le terme de défense désigne « *la révolte du moi contre des représentations et des affects pénibles ou insupportables* », à partir du travail de son père *Les psychonévroses de défense* (1894), dans laquelle le mot apparaît pour la première fois. Il est ensuite abandonné, puis remplacé par le terme de refoulement et enfin réemployé dans l'appendice à *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926) où le refoulement est considéré comme un mode particulier de défense. Dans *Le moi et les mécanismes de défense*, Anna Freud (1949) énonce les deux cibles contre lesquelles se défend le moi : les pulsions du ça et les affects liés à ces pulsions, en raison de la peur du surmoi, de la peur réelle, de la crainte que l'intensité des pulsions ne devienne trop importante et du besoin de synthèse du moi (chez l'adulte). En réalité, « *le moi décide son attitude à l'égard de l'affect d'après le principe de plaisir : il accueille avec empressement l'affect agréable et se défend contre l'affect pénible* » (Ionescu, 2001). De plus, « *l'activité de défense devrait créer un état d'équilibre entre le monde intérieur et extérieur, entre les demandes intérieures et les demandes extérieures* » (Anna Freud, repris par Ionescu, 2001, p. 19), comprenant quatre idées de base :

- L'efficacité d'une défense doit être considérée du point de vue du moi et pas en terme de monde externe, d'adaptation à ce dernier ;

---

<sup>29</sup> Ruzsniewsky, M. (1999). *Face à la maladie grave*. Paris : Dunod.

- Les buts suivants doivent être atteints : empêcher la pulsion interdite d'entrer dans la conscience, éloigner l'angoisse associée à la pulsion, échapper à toute forme de déplaisir ;
- Toute prise de conscience disparaît, dans le cas du refoulement ;
- Elle restreint excessivement le domaine de la conscience ou de la compétence du moi, ou elle falsifie la réalité : elle est donc toujours potentiellement dangereuse, pouvant avoir des conséquences néfastes pour la santé ou pour le développement ultérieur.

Enfin, les mécanismes de défense jouent un rôle primordial dans le fonctionnement psychique normal et pathologique et leur diversification, et leur utilisation est telle qu'ils donnent beaucoup d'éléments sur la compréhension psychologique de l'individu.

L'annonce de la maladie chronique grave s'apparente à un séisme dans la vie du sujet, événement mobilisant les ressources psychiques et initiant un processus d'intégration de la perte nécessaire pour réanimer les pulsions de vie, nécessaire à l'acceptation d'une réalité à potentiel tellement traumatique et envahissante psychiquement. N. Bendrihen (2008)<sup>30</sup> évoque deux niveaux coexistant dans le processus d'appropriation de ce type de traumatisme : la recherche de sens, ou transformation de ce réel en réalité<sup>31</sup> et l'intégration de la scène traumatique, à savoir une prise de distance par rapport à l'événement. En effet, « *la quête étiologique est souvent le symptôme d'un trauma* » écrit M. Bertrand (1996, p. 38), renvoyant à une attaque de l'identité et de l'intégrité corporelle qui nécessite la recherche d'une cause originaire.

Les mécanismes de défense sont repérables chez les patients, les soignants et les proches, ici un exemple de rationalisation, à travers le discours de la fille d'une patiente : « *Tu avais l'air toute petite dans ta chambre hier soir, maman. Oh, mon Dieu, je n'arrive pas à croire que tout ça soit vraiment en train d'arriver. Je ne comprends pas comment les choses ont pu se passer si vite. Je croyais que tout allait s'arranger. Je pensais que ça n'arrivait qu'aux autres. J'ai une amie au lycée dont la grand-mère a survécu. Elle mangeait beaucoup de brocolis et faisait beaucoup de gym. Comme toi. Tu vas t'en sortir. ET TU ES BEAU-*

---

<sup>30</sup> En cancérologie : l'épreuve du réel, in Doucet, C. (dir.) (2008). *Le psychologue en service de médecine : les mots du corps*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.

<sup>31</sup> Silvestre, D. (1993). Dépression et maladie organique. *La Cause Freudienne*, « L'Autre sexe », 24 : 127-132.

*COUP PLUS JEUNE QUE LA GRAND-MÈRE DE MA COPINE !!!!!* » (Kuipers, 2007, p. 149).

Au regard des éléments précédemment évoqués, nous pouvons nous questionner sur la pertinence de considérer la recherche de sens et le « travail de la maladie » de manière générale, à travers l'élaboration d'un « roman de la maladie » et de « théories étiologiques profanes », d'une historicisation de l'événement, comme des mécanismes défensifs permettant de faire face à une réalité difficilement élaborable...

## B. Les différences intersubjectives

*« Entre mon cancer et moi, c'est une espèce de course. Une course amicale, car je n'aime pas la compétition. Je n'ai aucune envie d'avoir l'humeur chagrine et de m'épuiser dans la rage de vaincre ou de gagner. J'ai plutôt l'impression que lui et moi formons une bonne équipe.*

*Comme tout cancer, il veut progresser, c'est dans sa nature de cancer. Et il progresse. Il voudrait pouvoir développer à sa guise ses petites cellules malignes et les envoyer occuper tous mes organes. Donc il va de l'avant. Il s'étend. Les métastases, doucement s'étendent.*

*Doucement et inexorablement.*

*De mon côté, je résiste. Je ne veux pas le laisser faire. Je sais quel est son but et qu'un jour, il finira par l'atteindre. Car malgré les traitements, ce que dit le progrès des métastases, c'est qu'il poursuit sa colonisation sans faillir à sa tâche. Mon cancer est comme moi, assidu, courageux, obstiné. Il va de l'avant. Nous allons de l'avant.*

*Je l'ai bien compris, il n'est plus question de l'extraire de ma vie et de le bouter hors de mon corps. Ce temps-là est révolu. Il est toutefois encore possible de ralentir son avancée et de limiter ses ambitions hégémoniques. Je ne peux le faire disparaître, mais j'ai les moyens de ralentir sa prolifération. Ce que je fais.*

*Il y consent, je crois. Il a même l'élégance de m'éviter de trop grosses souffrances. Je lui en suis reconnaissante. Mon cancer et moi nous allons bien ensemble. Je ne le rejette pas, il ne me fait pas souffrir ».*

M. Vaillant, 2013, p. 95-96

En parlant de la maladie, C. Marin (2000) expose : « Elle introduit un nouveau rythme. Non pas, comme on pourrait le croire, le rythme lent de ceux dont le corps est freiné par les douleurs. Mais au contraire, elle accélère l'existence, elle contraint à une philosophie de l'instant présent, **qui doit être intense, fort et sans concession**. Elle impose à notre vie le mode de présence de la douleur vive : amplifier les sensations, précipiter les rapports aux autres. Ne pas s'attarder. (...) La maladie exalte et excite. Tout devient plus violent. Le coeur bat trop fort » (p. 9). La maladie nécessite ainsi de vivre autrement, et pour certains davantage encore quand il s'agit d'évoquer la rémission et/ou guérison : « Je veille à entretenir avec mon cancer et avec mes traitements une relation intelligente et pacifiée. Je sais que c'est bon pour mon moral et que le moral soigne tout autant que les traitements » (Vaillant, 2013, p. 97). Cette certitude, par ailleurs très souvent entendue dans le milieu hospitalier, nous renvoie à une attitude défensive qui sonne comme une tentative de reprendre le contrôle sur l'immaîtrisable.

M. Deroubaix (2012), elle, a employé toute son énergie lors de ses derniers mois de vie avec la maladie à mener un combat législatif en faveur de l'euthanasie. Pour cela, elle témoigne dans un ouvrage, *6 mois à vivre*, de pratiques de soins qu'elle qualifie de scandaleuses. Sans vouloir trahir sa pensée, nous nous questionnons sur le déplacement du « scandale » de l'irruption de la maladie létale chez une femme jeune et en bonne santé, absolument pas prête à envisager la fin de sa vie, sur une problématique sociétale<sup>32</sup>. Avec beaucoup de colère, elle a en effet pu faire face à ses derniers mois de vie, déployant son énergie faiblissante à mener un autre combat que celui déjà perdu contre la maladie. L'avant-propos du livre de Marie, signé par son mari, Bertrand Deroubaix, donne à réfléchir :

« Quand Marie comprit que son cancer ne lui laissait aucune chance, elle me dit qu'elle avait un dernier combat à mener, et qui, celui-là, pouvait être gagné : raconter son parcours afin qu'un jour une loi, en France, permette aux gens qui se trouvaient dans son cas de choisir leur mort.

Elle se mit à écrire de manière compulsive, dans l'urgence, car elle ne pensait pas disposer d'« autant de temps ». Tout ce qu'elle avait lu dans la littérature médicale lui suggérait

---

<sup>32</sup> Ce qui n'est pas sans nous rappeler le « Je vous demande le droit de mourir » de V. Humbert en 2003.

qu'elle n'en avait que pour quelques semaines ou un tout petit nombre de mois. (...) Je lui ai acheté aussitôt un portable. Elle travaillait dans son lit, à son bureau. **Elle n'en dormait plus. Elle se réveillait en pleine nuit pour se mettre à écrire.** Elle cherchait sans cesse la bonne traduction de ce que nous vivions tous les deux. Elle aimait à m'en lire des passages.

Le matin, elle était exténuée. Pourtant, à aucun moment, elle n'a pensé arrêter d'écrire ce livre, qui sera une obsession jusqu'à la fin. **Marie était révoltée par toutes les injustices et son indignation concernant la mort était à ses yeux la plus importante de toutes.**

Il y avait des passages où elle était en pleurs. Je lui disais parfois : « Laisse un peu tomber, Marie, allons nous promener tous les deux. » Non que j'aie voulu réellement qu'elle arrête d'écrire, mais ça me faisait du mal de la voir si bouleversée.

Il est vrai que je me souciais parfois plus de sa santé, de son « bien-être », que de son livre. Nous aurions pu parler, pendant qu'elle écrivait. **Quelque part, ce récit que vous allez lire nous a enlevé des heures si rares, si comptées »** (p. 7-8)

En effet, à la lecture de ce témoignage, il nous semble que la plus grande révolte de Marie est bien celle concernant la mort, l'injustice qu'elle vit de se savoir condamnée. Son époux nous dit bien à quel point ce combat qui lui a permis d'exprimer sa colère, leur a également amputé du temps. Cette obsession de témoignage décrit comme un combat a probablement été pour Marie un support, une construction lui permettant de faire face à l'inaffrontable. En effet, « le mot « euthanasie » (...) est toujours utilisé de façon provocante : pour qu'il se passe quelque chose, pour être écouté, pour provoquer une rupture dans une prise en charge » (Pommier, 2010, p. 43-44).

A contrario, A. Le Breton (1995), lui, ne tarit pas d'éloges à propos des soignants et des équipes médicales, qui selon lui sont responsables de sa victoire sur sa maladie : « Au fil des séances, je me suis pris d'une sacrée admiration pour le milieu médical qui soigne, tente, se bat. Passer son temps, son existence dans un tel climat, la chair blémie par l'éclairage « électrique sans s'offrir au soleil, à l'air, même pollué, du dehors ? Chapeau » (p. 132). De même, il décrit le leitmotiv suivant : « Dans la vie, pleurnicher sur son sort ne sert à rien. Il faut se battre. Ensuite, on a tout le temps de pleurer dans son cercueil » (p. 7). Étant bien entendu que l'issue de la maladie peut modifier les représentations et investissements...

*Dans ce chapitre émerge l'idée fondamentale que face à l'innommable que représente l'irruption de la maladie cancéreuse dans la vie du sujet, dans le sens où elle est symboliquement tellement associée à la menace de mort, il est absolument nécessaire pour le patient d'opérer en quelque sorte une subjectivation de l'événement, en passant par la recherche de sens et donc d'historicisation de son vécu. Le travail psychique nécessaire face à la menace létale, appelé « travail de la maladie », permet, notamment à travers l'élaboration de théories étiologiques profanes, de construire un récit, un mythe, de s'appropriier l'événement et d'y mettre du sens. Ces mouvements psychiques, observés chez les patients aux prises avec la maladie cancéreuse, peuvent selon nous être considérés comme des mouvements défensifs face à une réalité traumatique.*

*La question qui se pose alors concerne l'évolution de ces processus lorsque la mort ne prend plus simplement valeur de menace, mais bien de réalité. Quid de ces constructions face à la fin de vie ? Quelles sont les conséquences de l'évolution péjorative de la maladie et du passage en phase palliative ?*

## CHAPITRE 3. L'IRREPRÉSENTABLE DE LA MORT

---

*« La mort perd peu à peu la force de sa dimension symbolique personnelle et collective, ce qui place chacun dans une situation d'évitement. La mort est devenue une maladie que l'on peut reprocher à la médecine de mal soigner »*

D. Sicard

### I. La mort interdite

---

Dans le cadre de cette recherche, il nous semble important de rappeler quelques points essentiels sur l'histoire de la mort en occident (Ariès, 1975), afin de dégager des éléments d'explications sur les représentations actuelles que nous pouvons observer dans la société en général et à l'hôpital plus particulièrement, en lien notamment avec les prises en charges palliatives de patients atteints de pathologies cancéreuses. De la mort « tue » (la mort interdite, taboue, qu'il faut cacher) à la mort assenée ou « bonne mort », socialement véhiculée, tout un panel de réactions et d'affects sont véhiculés par la question de la maladie létale et donc de la proximité avec la mort.

#### A. La mort dans nos sociétés occidentales

Historiquement, l'évolution des attitudes devant la mort du Moyen-Age à nos jours peut se décomposer selon P. Ariès (1975) en quatre phases : la mort apprivoisée, la mort de soi, la mort de toi et la mort interdite.

##### 1. La mort du Moyen-Age à nos jours

Au début du Moyen-Age et jusqu'aux XIème-XIIème siècles, la mort ne semble pas poser de problème aux vivants : elle est familière, « *apprivoisée* ». En effet, à cette époque, le mourant attend la mort au lit en étant accompagné, cette dernière représentant une cérémonie pu-

blique très investie par tous (les enfants y sont naturellement conviés) et organisée par le mourant lui-même : les rites de la mort sont acceptés et accomplis avec simplicité, de manière cérémonielle, mais sans caractère dramatique ni émotion excessive. La mort n'est donc, à ce moment de l'histoire, ni rejetée, ni retardée : elle représente une étape qui correspond à un soulagement correspondant à une résignation familière face au destin collectif de l'espèce (exempte de peur). Enfin, il existe à cette époque une co-existence des vivants et des morts, qui co-habitent dans une grande proximité : les cimetières et les églises se trouvent à proximité des lieux d'habitation, le rapprochement d'avec les morts ne dérange pas et les vivants sont finalement tout aussi familiers avec les morts qu'avec leur propre mort.

Durant la seconde partie du Moyen-Age, soit entre le XI<sup>ème</sup> - XII<sup>ème</sup> siècle et le XVIII<sup>ème</sup> siècle, cette image de la mort va se trouver altérée : il ne s'agit pas du surgissement d'une attitude nouvelle, mais plutôt de modifications subtiles qui, peu à peu, vont donner un sens personnel et dramatique à la mort. Tout d'abord, l'apparition du jugement dernier entraîne un destin différent pour chaque individu au contraire des anciens rites collectifs qui étaient identiques pour tous. De plus, une certaine horreur de la mort physique émerge, un dégoût de la décomposition, l'idée se formant dans les esprits que chacun est un mort en sursis. Il se construit à cette époque « *un rapprochement entre trois catégories de représentations mentales : celles de la mort, de la connaissance par chacun de sa propre biographie, de l'attachement aux choses et aux êtres possédés pendant la vie. La mort est devenue le lieu où l'homme a pris le mieux conscience de lui-même* » (Ariès, 975). Enfin, les sépultures s'individualisent et les inscriptions funéraires réapparaissent, ce qui a pour but de perpétuer le souvenir du défunt : l'identité de ce dernier revêt une importance qu'elle n'avait pas auparavant. Depuis la seconde moitié du Moyen-Age, l'homme occidental se reconnaît donc lui-même dans sa mort, il peut se représenter « *la mort de soi* ».

À partir du XVIII<sup>ème</sup> siècle, soit depuis la fin du Moyen-Age à nos jours, la mort prend un sens nouveau : elle devient exaltée, dramatisée, impressionnante et accaparante. L'homme des sociétés occidentales est de moins en moins occupé par sa propre mort mais plutôt par « *la mort de l'autre* » du fait de l'émergence d'une nouvelle intolérance à la séparation entraînant une certaine solennité de la mort, de la complaisance et des émotions exacerbées face à cette dernière. L'exagération des deuils s'explique alors par le fait que la mort de l'autre n'est plus acceptée mais devient redoutée.

## 2. La mort aujourd'hui

Tandis que l'évolution de l'attitude devant la mort a évolué très lentement du Moyen-Age jusqu'au milieu du XIX ème siècle, une révolution brutale des idées et des sentiments traditionnels prend forme au milieu du XX ème siècle. Petit à petit, la mort s'efface et disparaît, elle devient honteuse et objet d'interdits. Sous prétexte de protéger le malade et de prendre en charge son épreuve, d'éviter à la société et à l'entourage de trop fortes émotions, la vérité est cachée. Les cérémonies rituelles tendent à disparaître du fait du déplacement du lieu de mort du domicile à l'hôpital : la mort est dissimulée pour éviter que la société, le voisinage, les amis, les collègues et les enfants, ne voient qu'elle est passée. Les cérémonies et formalités doivent être discrètes, l'émotion doit être minimale, le deuil devient solitaire et honteux. Cependant, il ne s'ensuit pas pour autant une indifférence à l'égard de la mort. Au contraire, il semble que « *le refoulement de la peine, l'interdiction de sa manifestation publique, l'obligation de souffrir seul et en cachette aggravent le traumatisme dû à la perte d'un être cher* »<sup>33</sup>. L'attitude moderne devant la mort est donc son interdiction pour préserver le bonheur et la suppression radicale de tout ce qui peut l'évoquer.

Dans les années soixante-dix, de nombreux auteurs, dont Ariès<sup>34</sup> et Vovelle<sup>35</sup>, publient des ouvrages dont le constat est unique : la mort devient un sujet qui embarrasse et que l'on fuit. Ces auteurs ont en commun de critiquer une société qui évacue la mort, le mourant et le mort, ou qui ne sait plus leur accorder de place, de rôle ou de statut. La mort est refoulée, maudite, « interdite », « *la mutation capitale qui affecte notre société occidentale contemporaine est celle qui nous a fait passer d'un rapport socialisé aux morts à une relation individualisée à « la » mort* »<sup>36</sup>. On peut donc dire que ce que l'on nomme « déni de la mort » dans notre société n'est pas déni de la mort elle-même, mais déni de la nécessité d'une solidarité et d'une ritualisation qui oblige la société à se situer devant la limite qui la fonde. Il s'agit du constat que la mort comme occasion de consolidation des liens entre les vivants n'est plus ce qu'elle était. Cette absence de rapport socialisé aux morts est une rupture culturelle survenue en un laps de temps très court et c'est ce que l'on peut nommer désormais le « *tabou de la mort* ».

---

<sup>33</sup> Ariès, P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en occident*. Paris : Seuil.

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> Vovelle, M. (1983). *La mort en occident*. Paris : Gallimard.

<sup>36</sup> Ibid.

Enfin, le rapport de la famille à la mort a été mis à mal ces dernières décennies : le déficit certain quant aux expressions et aux manifestations lors de l'épreuve de la mort et du deuil devient préoccupant culturellement et socialement, pouvant même être préjudiciable aux individus et aux familles et à terme, devenir déshumanisant. En effet, « *les normes sociales de nos civilisations incitent à l'extrême solitude des mourants et de leurs proches* » (Gori & Del Volgo, 2011), entraînant une demande latente de reprise d'un débat public sur la mort et le deuil<sup>37</sup>, à travers de multiples évolutions quant aux attentes des familles confrontées à la mort de leurs membres, ainsi que celles des pratiques et des réponses professionnelles qui en découlent.

## B. La mort à l'hôpital

Le rapport I.G.A.S. de novembre 2009<sup>38</sup> nous apprend que plus d'un français sur deux meurt à l'hôpital, mais que la prise en charge de la mort ne figure pas explicitement parmi les missions de l'hôpital. En effet, dans le code de la santé publique, elle n'est abordée qu'à partir de questions juridiques particulières, au chapitre des prélèvements d'organes, ou comme un simple mode de sortie de l'hôpital, voire en tant que complication iatrogène, mais jamais en tant que futur inéluctable de l'espèce humaine. Ainsi, « *à l'exception des réanimateurs ou des responsables de soins palliatifs qui la fréquentent tous les jours et se sont forgés des comportements adaptés, le personnel hospitalier, et notamment médical, la vit comme un échec : il souhaite rarement s'appesantir ou communiquer sur le sujet* » (p. 4). Un des chapitres de ce rapport met d'ailleurs en avant à quel point la mort à l'hôpital est occultée. De manière anecdotique, nous pouvons rappeler que lors de la construction d'un grand hôpital parisien dans les années 2000, après des mois de réunions autour de l'architecture et de la conception de l'institution, il a été constaté bien tardivement qu'aucune chambre funéraire ne figurait sur les plans... Dans un hôpital si moderne et représentatif d'une technicité de haut niveau, comment pouvait-on imaginer que l'on pourrait y mourir ?

---

<sup>37</sup> Dechaux, J.-H. ; Hanus, M. & Jesu, F. (1998). La mort dans le nouveau paysage familial, in *Les familles face à la mort*. Paris : L'Esprit du Temps.

<sup>38</sup> Lalande, F. & Veber, O. (2009). Rapport I.G.A.S. (Inspection Générale des Affaires Sociales) sur la mort à l'hôpital.

Cette mise à distance et ce refus de la mort, y compris dans des institutions de soins où elle est tellement présente, nous renvoie aux nouvelles formes de « *neutralisation et de dissimulation des moments où la vie se termine* » (Gori & Del Volgo, 2011). Face à la tension que représente l'accompagnement des fins de vie à l'hôpital du fait de l'impuissance médicale qu'elle met en avant, « *les soignants vont rechercher, selon leurs termes, « la moins mauvaise solution », en affirmant avec conviction que « la solution indiscutable n'existe pas ». Seul le doute, l'incertitude est un état normal quand on prend soin de personnes mourantes et les certitudes y sont décrites comme dangereuses* » (Schepens, 2013, p. 218).

## II. Les soins palliatifs

---

### A. Histoire

En France, le mouvement des soins palliatifs a vu le jour il y a une quarantaine d'années, « à une époque qui faisait le rêve qu'un jour l'homme viendrait à bout de ses derniers ennemis : le vieillissement et la mort. Une époque qui, du coup, ne voulait plus voir les mourants, les marginalisait, les laissait démunis face à leur douleur, leur angoisse et leur solitude » (Lamau, 1995). En effet, depuis 1930, l'hôpital, en se médicalisant, ne garde plus pour lui que les patients que l'on peut encore espérer guérir. Il se distingue alors de l'hospice, terme utilisé par Jeanne Garnier, en France, autour de 1842, pour désigner les institutions de soins aux mourants qu'elle créait à Lyon avec la communauté dont elle était la fondatrice (« les Dames du Calvaire »), établissements qui deviennent destinés à accueillir des cancéreux en phase terminale (à une époque où le cancer représente le symbole même de la maladie mortelle).

Cecily Saunders (médecin, ancienne infirmière et assistante sociale), pionnière des soins palliatifs au Royaume-Uni, prend conscience à cette époque, en travaillant au sein de l'hôpital St Luc, où sont accueillis des cancéreux et des tuberculeux en fin de vie, qu'une toute autre dimension que dans les autres établissements de santé est donnée aux soins. L'attitude des soignants est différente, les douleurs mieux maîtrisées, du fait de leur prise en charge globale, à savoir dans leur dimension psychologique, familiale, sociale et spirituelle (concept de « douleur totale »). La prise de conscience de la nécessité de s'occuper du patient dans sa globalité entraîne la naissance du concept de soins palliatifs. En 1967, Cecily Saunders ouvre en Angleterre le premier hospice moderne et pionnier du mouvement des soins palliatifs : le St Christopher Hospice (Lamau, 1995).

À la même époque, Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre américaine d'origine Suisse, débute un séminaire intitulé « *On Death and Dying* », qui servira de base en 1969 au livre du même titre. Il s'agit d'une approche psychologique et non soignante du vécu des mourants et de leur entourage. Elle est célèbre pour sa description des cinq stades de l'acheminement vers la mort : dénégation ou choc initial ; irritation, rage et colère ; marchandage ; dépression et acceptati-

on (Kübler-Ross, 1969), description encore enseignée dans les Institut de Formation en Soins Infirmiers de nos jours. Dans une humanité qui refuse de se savoir mortelle et qui marginalise ceux qui s'approchent de la mort, elle cherche à transmettre le message que le mourant n'est pas un être d'une autre espèce, mais bien un vivant jusqu'au bout, demeurant un sujet, un être de parole, une personne.

C'est finalement en 1975 qu'est inauguré au Canada le premier service de soins palliatifs par le chirurgien Balfour Mount, démarquant sa structure de l'hospice, à connotation sinon péjorative, tout du moins caritative et chrétienne. En France, le mouvement des Soins palliatifs a émergé de manière un peu différente. Alors qu'en 1923, le Dr Bergonié exprime le point de vue de l'élite médicale de son temps (« *lorsque la maladie est estimée incurable, le patient ne nécessite plus l'intervention du médecin et ne présente plus d'intérêt au plan médical* »), à savoir que les cancéreux n'ont aucune « *valeur sociale* », la notion d'incurabilité va être remise en cause par quelques médecins des hôpitaux publics à partir de 1930. Ainsi, Robert Le Bret précise en 1937, que la question des incurables sera résolue le jour où les hôpitaux publics auront pour devoir d'accueillir les patients cancéreux, quel que soit le stade d'évolution de la maladie. C'est chose faite dans les années quatre-vingt, alors que certains commencent à s'intéresser aux soins palliatifs et que les hôpitaux accueillent les incurables (60% des malades meurent alors à l'hôpital) : les soins palliatifs s'imposent alors comme la « troisième voie » entre l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie.

Par la suite, tout s'accélère avec les créations d'associations qui promeuvent les soins palliatifs (JALMALV<sup>39</sup>, l'ASP<sup>40</sup>), la dénonciation de l'euthanasie pratiquée dans les hôpitaux (Verspieren, 1984), la publication de la circulaire du 26 août 1986 (premier document officiel qui recommande les soins palliatifs), l'ouverture du premier Diplôme Universitaire de soins palliatifs à Paris XIII en 1989, la création de la SFAP<sup>41</sup>, la loi du 31 Juillet 1991 sur le droit d'accès aux soins palliatifs dans les hôpitaux, ainsi qu'une série de lois et d'arrêtés en faveur du développement des soins palliatifs et de leur reconnaissance en tant que soins nécessaires et essentiels au mourant (Delbecque, 1995).

---

<sup>39</sup> Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie

<sup>40</sup> Association pour les Soins palliatifs

<sup>41</sup> Société Française d'accompagnement et de Soins Palliatifs

## B. Définition et idéologie

D'après la SFAP, les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, au domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables (communément appelés « acharnement thérapeutique »). Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués.

En résumé, les soins palliatifs, qui peuvent parfois revêtir un aspect militant, cherchent à promouvoir la lutte contre le pouvoir médical absolu, l'euthanasie, la douleur, la société du déni de la mort, la déshumanisation des hôpitaux, l'acharnement thérapeutique... Selon Juranville (1994), les soins palliatifs se révèlent être un symptôme de la société moderne, ne pouvant être considérés « *hors du cadre de l'humanitarisme sécrété par les sociétés occidentales caractérisées par le phénomène inédit de la détraditionnalisation* ». Selon elle, l'analyse du concept de soins palliatifs doit se faire selon deux grands pôles : un pôle « paternel » concernant ce qui touche au symbolique et un pôle « maternel » concernant ce qui touche au réel du corps (nursing, « maternage », etc.). La véritable mission des soins palliatifs, qui se réclament d'une pratique indissociable d'une philosophie, représente en réalité un moyen de s'allier (et/ou de s'y fondre) au système de soin français en toute simplicité et au-delà, d'espérer modifier les représentations de vie et de mort dans la société. A terme, le but des Unités de Soins palliatifs (USP) et des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) seraient de disparaître, chaque soignant, infirmier(e), médecin, devant être formé à la pratique des soins palliatifs.

### C. La place des soins palliatifs à l'hôpital

Les soins palliatifs rencontrent de nombreuses résistances à l'hôpital. Tout d'abord de la part d'un certain nombre de médecins. En effet, il est difficile pour le spécialiste d'organe d'assumer l'impuissance ressentie face au patient incurable : *« formé à guérir, il voit presque instinctivement la mort comme un échec »* (De Hennezel, 1995, p.30). C'est ainsi qu'il n'est pas rare au sein des équipes soignantes, médicales et paramédicales, que la dimension palliative d'une prise en charge soit difficile à accepter. En réalité, les soins palliatifs *« proposent aux patients et aux familles des interlocuteurs investis d'un savoir. Ils expliquent l'inconnu. Face à la détresse, les médecins incarnent une figure paternelle qui dirige et signifie le sens des soins jusqu'au bout. Une maxime souvent répétée par les équipes, inspirée par Cicely Saunders, est celle-ci : les soins palliatifs, c'est tout ce qu'il y a encore à faire quand il n'y a plus rien à faire »* (Van Lander, 2015, p. 30).

Ainsi, les soins palliatifs prennent une place de plus en plus importante à l'hôpital, et dans la médecine en général. Tout d'abord, le CNEFUSP<sup>42</sup>, instance de la SFAP<sup>43</sup>, a été créé en septembre 2001 : son objectif est de contribuer à développer, à un niveau national, une formation universitaire de qualité en soins palliatifs afin de diffuser des pratiques de soins adaptés aux patients. Le conseil scientifique de la SFAP a été créé en 2010, ainsi qu'un master de médecine palliative en 2014, le master de « recherche clinique en médecine palliative : soins, éthique et maladie grave ». Enfin, la question de la création d'une spécialisation en médecine palliative était discutée depuis des années, Burucoa (2008) pointant la spécificité de cette spécialité, dans le sens où *« les soins palliatifs (...) engagent des interrogations fondamentales sur le sens de la vie, de la mort, de la relation et du soin »*. C'est en 2014 qu'est déposé le projet de création d'une filière de spécialité dans les études universitaires en médecine : un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine palliative sur quatre ans (Alric, 2015).

Les dernières données concernant le recensement des structures de Soins Palliatifs sur le territoire français datent de 2013<sup>44</sup> :

---

<sup>42</sup> Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs (que nous avons rejoint en 2015).

<sup>43</sup> Pour rappel, Société Française d'accompagnement et de Soins Palliatifs.

<sup>44</sup> Sources : Centre National de la Fin de Vie et des Soins Palliatifs ([www.spfv.fr](http://www.spfv.fr))

- **130 Unités de Soins Palliatifs (USP)**, qui sont des structures d'hospitalisation d'environ 10 lits en moyenne, accueillant pour une durée limitée les patients en soins palliatifs. Les USP sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elles réservent leur capacité d'admission aux situations les plus complexes. Elles assurent ainsi une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche,
- **4663 Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP)**, issus du schéma général de l'offre de soins défini par la circulaire n° 2002/98 du 19 février 2002, « *les LISP se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. L'individualisation de LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches.* »,
- **431 Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP)**, qui ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie dans différents services de l'hôpital. La mission des EMSP concerne : la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien à domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique.

Les fondateurs des EMSP avaient pour ambition de permettre l'accès aux soins palliatifs à tous (tous les patients hospitalisés et atteints d'une pathologie chronique évolutive) et pratiqués par tous (tous les soignants doivent être capables de les prodiguer). Ils voulaient ainsi « *induire un changement de mentalité grâce à :*

- *la diffusion d'une « culture soins palliatifs » par imprégnation de toute une institution hospitalière;*
- *la réconciliation de la médecine curative et de la médecine palliative pour une « médecine continue » centrée sur le malade et alliant les compétences de chacune tout en évitant les excès de l'une et de l'autre;*
- *L'accroissement de la compétence, de l'autonomie et de la responsabilité des équipes de première ligne face aux malades en fin de vie et à leurs proches » (Hélin, 1995, p.70).*

### III. La question de l'annonce

---

*« De facto, la violence contenue dans le constat d'un échec des traitements est violence subie par celui même qui est en charge de l'annoncer »*

S. Amar, 2012, p. 142

#### A. La notion de vérité médicale

*« Toute souffrance implique la préexistence d'une autre souffrance secrète, fondamentale, fantasmatique et souvent antérieure à toute douleur physique. C'est celle de l'homme qui préexiste au malade, de l'homme non (encore) atteint, repéré ou catalogué dans son corps, volontairement hors d'atteinte et irrespectueux de l'unité de temps – désaveu implicite de sa propre mort – et de l'unité d'espace – refus de se vivre dans un monde à part, à l'écart des vivants, emmuré dans une geôle de détresse physique et humaine. Car cette souffrance psychique d'une mort fantasmée, subodorée et présumée, si massivement enfouie mais toujours en suspens, lui appartient en propre : elle est un préalable, douloureux mais indispensable, à l'édification de l'angoisse originelle d'un esprit encore libre de se créer sa propre image de la mort ».*

M. Ruzniewski, 1999, p. 16

En préambule, il nous semble fondamental de rappeler que l'échec thérapeutique renvoie tout d'abord le médecin à sa « *condition humaine frappée du sceau symbolique de la castration, le destituant de la toute-puissance imaginaire dont il pouvait être investi* » (Amar, 2012, p. 142). Ainsi, la difficulté d'une annonce létale, rendue obligatoire par le devoir d'information et la nécessité de considérer le patient comme un être autonome à qui doivent être transmises toutes les informations médicales le concernant, afin qu'il prenne les meilleures décisions pour lui-même (Mira, Peyrat-Apicella & Pommier, 2014, p. 198-199), est majorée par cet « *outrage narcissique* » (Amar, 2012, p. 142) et par la réactualisation de l'angoisse de mort qu'elle peut susciter chez le professionnel. Au moment de l'annonce, le médecin se retrouve bien dans une impasse. En effet, « *comment dire au mieux quelque chose qui nécessairement dit le pire ?* » (Ruzniewski, 2015, p. 17). Giraudet (2006) parle de « mi-

nute éternelle » qui laisse une « *empreinte indélébile* », à savoir un acte si court aux répercussions si longues.

L' Article 35 du code de déontologie médicale de 1995<sup>45</sup> stipule que « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.*

*Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.*

*Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite ».* La loi du 4 mars 2002<sup>46</sup> relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, elle, précise que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et que cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver ».*

Nous voyons bien qu'existe entre le code de déontologie médicale et la loi relative aux droits des malades, un impératif flou autour de la question de l'information : il faut informer, mais tenir compte du souhait du patient, de sa personnalité et de ses capacités à intégrer et à faire face à la réalité. Or, la volonté d'être tenu dans l'ignorance du diagnostic n'est jamais si claire et énoncée distinctement. L'ambivalence est de mise, et pour pouvoir avoir un discours

---

<sup>45</sup> Article qui n'a pas évolué dans l'édition d'avril 2017

<sup>46</sup> Loi n°2002-2003 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Art. L. 1111-2.

au plus près des attentes de son patient, le médecin se doit d'être à l'écoute. Mais que revêt ce terme ? D'après Richard (2003), l'écoute est sous-tendue par le respect de l'autre et implique :

- la bienveillance et le non-jugement, qui mettent en confiance celui qui parle ;
- la distance par rapport à soi-même, pour limiter les mécanismes de projection et d'identification (entre autres<sup>47</sup>) ;
- une attitude empreinte de patience et de silence pour laisser à la parole le temps d'advenir ;
- La discrétion par rapport à ce qui a été confié ;
- L'humilité d'accepter de ne pas tout comprendre de l'autre et de consentir à un travail en soi-même, ou sur soi, avec l'aide des autres ;
- la reconnaissance de l'autre comme *maître du jeu*.

Tous ces éléments mettent bien en évidence la difficulté majeure que représente l'information du patient et éventuellement de ses proches, notamment lorsqu'il s'agit d'annoncer un pronostic létal. D'autant que parfois, la famille énonce des exigences contraires à celles du patient, ce qui peut encore majorer la difficulté du médecin à se positionner et à adapter sa posture et le contenu des informations délivrées. Nous pensons ici aux multiples situations cliniques vécues où un membre de la famille (souvent le conjoint, mais parfois un parent, un enfant, voire un ami), somme le médecin de ne pas annoncer l'évolution péjorative de la maladie ou le mauvais pronostic d'un diagnostic, mettant en avant le risque de découragement et d'« abandon » du patient face à la maladie. L'idée sous-jacente étant que le patient risque de « baisser les bras » s'il apprend la vérité. En réalité, ce type de situations plonge chacun (patients, proches et équipe médicale) dans une situation impossible où la communication se fige, où plus personne ne peut s'exprimer et où souvent, la prise en charge et l'accompagnement deviennent extrêmement complexes et problématique. Là où il n'existe évidemment pas de règle de la « bonne » annonce, nous constatons au quotidien que l'accompagnement de chacun (patient, proches et équipe médicale) est fondamental pour permettre la prise en charge la plus fluide possible.

---

<sup>47</sup> C'est nous qui soulignons.

## B. Éthique et annonce de la phase palliative

*« Établir un pronostic de fin de vie en cancérologie repose sur l'intégration de données statistiques qui établissent des médianes de survie par pathologie à des données pronostiques liées à la personne (réponse aux traitements antitumoraux, état général, état nutritionnel, état inflammatoire, comorbidités). Les médecins sont réticents face à la formulation d'un pronostic, en raison de l'incertitude qui persiste souvent et de l'arrivée toujours possible d'innovations thérapeutiques. La crainte, compte tenu de l'incertitude, est de ne plus être dans une position de médecin mais de « prophète<sup>48</sup> » ; l'incertitude alléguée est également une protection qui permet d'éviter de dire, en raison de la difficulté ressentie dans ces annonces ».*

P. Vinant, 2012, p. 250

Depuis une vingtaine d'années en France, « nous sommes passés d'une attitude qui cachait aux malades la gravité de leur état et la proximité de leur mort, à une attitude radicalement inverse qui consiste à leur dire « qu'il n'y a plus rien à faire » » (Shaerer, 2011). Selon J. Alric (Ibid), cette attitude fait le lit de la demande d'euthanasie, dans le sens où elle représente le paradigme de la parole traumatique, au regard de la recherche d'exactitude scientifique qui engendre une blessure psychique.

L'expression « éthique du non savoir » (Alric, 2010), spécifique de l'approche palliative, signifie qu' « il est important, en clinique de fin de vie, de réhabiliter les mécanismes (quels qu'ils soient) de protection psychique, et qu'il est même crucial que les médecins et les équipes soignantes dans leur ensemble puissent accepter toutes les formations de parole trouvées-crées par le patient. L'idée sous-jacente est de véritablement prendre en compte l'imaginaire et la rêverie. Ces dimensions sont (...) les seules issues pour le sujet de décoller de l'éternel présent, éternel présent dans lequel le sujet est bien souvent englué, voire pétrifié » (Alric, 2015, p.46). Il s'agit donc de respecter chez le patient en échappement thérapeutique, c'est-à-dire dont la maladie n'est pas ou plus curable, le clivage du Moi nécessaire à la

---

<sup>48</sup> Christakis, N.A. (1999). *Death Foretold : Prophecy and Prognosis in Medical Care*. Chicago : University of Chicago Press.

survie psychique, qui a pour conséquence « *le cheminement de deux lignes de pensées contradictoires dont chacune s'exprime indépendamment de l'autre* » (De M'Uzan, 1976, p. 195). En effet, R. Zittoun (2004) explique que « *l'annonce de la mort s'adresse à une conscience mais procède dans le même temps de l'effraction de l'inconscient* » (p.309) et qu'avec son caractère d'irrévocable certitude, elle rend le moi impuissant à provoquer son refoulement, instaurant un état de détresse renvoyant « *au danger le plus originel, à l'insurmontable Hilfflosigkeit, à la détresse absolue de l'entrée au monde* » (Lacan, 1963 ; cité par Basolet, 2011).

Pour J. Alric (2016), « *parler la mort, donc l'anticiper, revient à « l'annoncer », c'est-à-dire à la faire psychiquement advenir et que cette dynamique communicationnelle constitue un véritable forçage qui crée de toutes pièces un conflit psychique insoluble* » (p. 152). C'est ainsi que les annonces, quelles qu'elles soient (annonce du diagnostic initial, annonce d'une récurrence, annonce d'un échappement thérapeutique ou de la phase palliative), doivent dans tous les cas se faire dans « *le souci de l'autre* » (De Hennezel, 2004), c'est-à-dire en respectant les besoins du patient, en prenant le temps, en adaptant son discours : M.-S. Richard (2004) parle d'« *éthique dialogique* » pour pointer l'importance du dialogue dans toute prise de décision éthique. Il s'agit ainsi d'« *écouter, guider, lâcher, décider, orienter sans influencer, à partir de données ou vécus personnels des patients qui sont à prendre en compte. Beaucoup de discernement, de subtilité, de culture, sont attendus pour qu'un dialogue constructif puisse s'installer quel que soit le niveau de l'échange* » (Plon, 2000, p. 27-28). P. Ricoeur (1990) définit la visée éthique de la façon suivante : « *celle de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes* », à savoir le moyen de prendre en compte et de respecter à la fois le souci de soi, le souci de l'autre et celui de l'institution.

Enfin, si la question du débat de la révélation d'un diagnostic, mais surtout d'une évolution péjorative, fait toujours débat et renvoie à des questions éthiques complexes, il est important de rappeler que la relation médecin/malade, dans ses interactions, relations et transmission d'informations est insérée dans un contexte culturel spécifique, et donc contraint par des normes culturelles et sociétales (Fainzang, 2006, p. 47).

#### IV. Les représentations de la mort

---

*« Personne au fond ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité »*

Freud, 1915

##### A. Penser sa propre mort

*« Je doute que l'on puisse réaliser pleinement le deuil de sa propre vie. Mais je vois bien qu'il est possible d'en inaugurer le processus alors qu'on est encore bien vivant. Accepter sa finitude, imaginer sa mort prochaine, penser à sa vie, anticiper de la perdre, consentir à lâcher tout ce à quoi l'on tient, c'est envisageable ».*

M. Vaillant, 2013, p. 142

F. De Masi (2010), dans son ouvrage dont nous avons repris le titre pour nommer cette sous-partie de notre travail, pointe le fait que S. Freud ne parle pas d'immortalité mais bien d'« *amortalité* », c'est-à-dire d'« *une sorte de cécité à l'égard de l'écoulement du temps de l'existence* » (p. 102), qui implique le fait que même si notre propre mort est par essence impensable, cela ne signifie pas qu'elle ne suscite pas angoisse et terreur. En effet, ne pas pouvoir penser ne signifie aucunement ne pas pouvoir symboliser. Il affirme d'ailleurs que notre mort personnelle se constitue en événement traumatique par excellence, du fait des caractéristiques de notre appareil psychique, conçu pour se défendre de tout ce qui peut faire effraction (trauma) grâce à des mécanismes invalidés face à l'angoisse de mort. Ainsi, « *la perception de la mort doit<sup>49</sup> être clivée car elle constitue un traumatisme excessif pour la pensée* » (Ibid, p. 104) : elle est impensable et doit être niée. Enfin, « *pour être oublié, un événement doit pouvoir être élaboré, transformé, rendu digérable par notre appareil à penser les pensées. On ne peut oublier que ce qu'on peut digérer : à l'instar des rêves, qui servent à intégrer les pensées et qui, pour cette raison même, sont oubliés. La mort est un objet **indigestible** et satu-*

---

<sup>49</sup> C'est nous qui soulignons.

*ré d'angoisse traumatique, comme le délire ou la psychose. Cette angoisse non manifeste est continûment présente : la menace traumatique à l'égard du Soi est comme un feu qui couve sous la cendre, un feu que toute association, tout souvenir, toute allusion, est susceptible de réveiller et de rallumer. C'est pourquoi nous nous gardons bien d'en parler en public ou d'en rappeler le souvenir aux personnes qui nous sont chères. Le trauma psychique et l'angoisse de mort constituent une rupture insupportable de cette membrane qui protège la vie et qui s'arrime au mystère insondable du corps. Par conséquent, le trauma de l'angoisse de mort, qui doit être immédiatement **nié**, ne peut être **oublié** » (p. 105). Ainsi, le patient atteint d'une maladie à fort potentiel létal est « menacé en son corps dont il éprouve le morcellement et l'impossible maîtrise, menacé en son identité sociale et familiale, (...) éprouv(ant) l'angoisse d'une désintégration qui atteint son être même » (Richard, 2003).*

Néanmoins émerge en parallèle de ces conceptions, l'idéal d'une « bonne mort », que l'on pourrait regarder en face, voire apprivoiser. M. De Hennezel par exemple, dénonce que dans notre société, « *on cache la mort comme si elle était honteuse et sale. On ne voit en elle qu'horreur, absurdité, souffrance inutile et pénible, scandale insupportable, alors qu'elle est le moment culminant de notre vie, son couronnement, ce qui lui confère sens et valeur. Elle n'en demeure pas moins un immense mystère, un grand point d'interrogation que nous portons au plus intime de nous-mêmes* » (1995, p. 13). De même, les cinq phases décrites par E. Kübler-Ross dans *Les Derniers Instants de la Vie* (1969) face à la maladie grave ou au deuil restent fréquemment enseignées, notamment dans les I.F.S.I.<sup>50</sup> : elles comprennent le choc, la colère, le marchandage, le relâchement, et enfin, l'acceptation, emprunte de sérénité. Or, nous sommes en accord avec P. La Marne lorsqu'elle écrit qu'il faut se garder de représentations trop idéalisées de la fin de vie, qu'ont tendance à véhiculer les livres de Marie De Hennezel<sup>51</sup> et de l'iconographie de la main tendue : « *les soins palliatifs doivent être regardés comme une tentative de maintenir une relation humaine, non la méthode infaillible pour obtenir une belle mort* » (1999, p. 115).

---

<sup>50</sup> Instituts de Formation aux Soins Infirmiers

<sup>51</sup> Pour exemples, parmi d'autres : *L'amour ultime* (1997), *L'art de mourir* (2000), *Nous ne nous sommes pas dit au revoir* (2002), *Le souci de l'autre* (2005), *La mort intime* (2006), *Mourir les yeux ouverts* (2007), etc.

## B. La mort ne s'affronte pas !

*« Si j'évoque aussi souvent la mort, c'est surtout par superstition : j'en parle de peur qu'elle ne me prenne de vitesse. Au fond de moi, une petite voix intérieure m'ordonne de ne pas y croire. »*

P. Huon, 2005, p. 122

Malgré le fait que la mort est « un phénomène démographique, médical et (...) la chose la plus banale du monde » (Jankélévitch, 1994, p. 16), le titre de cette sous-partie de notre propos est une acception qui reprend la thèse de l'ouvrage de J. Alric et J.-P. Bénézech (2011) : « braver la mort » reviendrait à « regarder le néant en face, le rien, la disparition intégrale de nous-même, l'absence de projection vers l'à-venir... » (p. 24). Ainsi, à ce propos, P. Ben Soussan y écrit dans la préface : « *« Sois seul face à ta mort, nous serons nombreux autour de toi à t'accompagner, sans souffrances et sans douleur, jusqu'au bout » semblent énoncer les soins palliatifs. Manque plus que « Sois grand et fort », « Réussis ta mort ». « Sois performant jusqu'au bout ». Les soins palliatifs seraient-ils le nouvel étalon néolibéral du vivre ensemble ? Tu vivras comme tu mourras, tu t'es affronté à la vie, comme un Homme, tu t'affronteras pareillement à la mort. Il y a là comme un affront à l'humanité »* (p. 20). Il s'agit nous semble-t-il ici de dénoncer l'idée véhiculée couramment d'une potentielle « bonne mort », tentant d'en faire un événement banal justement. En effet, les soins palliatifs peuvent renvoyer au fantasme d'une pacification de la mort (Castra, 2010), alors que l'idéal de bonne mort a bien plus la valeur d'une réponse culturelle aux angoisses du mourir, dans l'illusion d'une possible maîtrise, nous dit A. Van Lander (2015, p. 29).

P. Ben Soussan conclut sa préface (Alric & Bénézech, 2011, p. 21) par ces mots : « *et la parole, toujours, pour dire que la vie est là, que personne n'y renonce comme ça, que l'on ne peut s'éduquer à renoncer à être vivant, que ça s'appelle le désir et que comme la mort, ça ne meurt jamais vraiment* ». Et en effet, l'invention du mourant dont parle R.-W. Higgins (2003) incarne ce fantasme d'un mourant qui pourrait « accepter » la mort, la dire et s'y confronter, comme pour mettre à distance nos propres angoisses face à l'irreprésentable : « *Nous sommons le mourant de dire, de parler la mort, nous le mettons en position d'incarner réellement l'Autre absolu, le tiers que nous ne savons plus réellement instituer, pour ne pas en-*

*tendre en fait l'énigme de la mort* ». R. Gori et M.-J. Del Volgo (2011) mettent en lumière les nouvelles formes de dissimulation des moments où la vie se termine, dans nos civilisations individualistes et individualisantes qui exigent des sujets un auto-contrôle. Par ailleurs, E. Morin (1970) évoque la question de l'individualité, qui par essence s'oppose à la notion de disparition : « *La violence du traumatisme provoqué par ce qui nie l'individualité implique donc une affirmation non moins puissante de l'individualité, que ce soit la sienne ou celle de l'être cher ou proche. L'individualité qui se cabre devant la mort est une individualité qui s'affirme contre la mort* » (p. 47).

V. Jankélévitch (1977), qui parle de la mort en troisième, seconde et première personne, expose bien que la mort en troisième personne, la mort-en-général, abstraite et anonyme, est conceptualisable, mais que la première personne est une mort qui bouleverse le monde, source d'angoisse. En effet, « *en première personne, la mort est un mystère qui me concerne intimement et dans mon tout, c'est-à-dire dans mon néant (...) : j'y adhère étroitement sans pouvoir garder mes distances à l'égard du problème* » (p. 26). Néanmoins, il semble que pour certains patients, « *réussir leur mort* » (Servan-Schreiber, 2011, p. 72) devienne une priorité qui leur permet de garder le contrôle jusqu'au bout. D. Servan-Schreiber, auteur des best sellers *Anticancer*<sup>52</sup> et *Guérir*<sup>53</sup>, argumente dans son ouvrage « *On peut se dire au revoir plusieurs fois* » (2010) autour du fait qu'il doit affronter une rechute de sa tumeur cérébrale, malgré son mode de vie « *Anticancer* ». Il finit ainsi par dire, après avoir développé une méthode complète et très suivie par de nombreux patients de combat contre la maladie, que « *quand on a renoncé à se battre contre la maladie, il reste encore un combat à mener, celui pour réussir sa mort : bien dire au revoir aux personnes à qui on a besoin de dire au revoir, pardonner aux personnes auxquelles il faut pardonner, obtenir le pardon des personnes dont on a besoin de se faire pardonner. Laisser des messages, arranger ses affaires. Et partir avec un sentiment de paix et de « connexion »* » (p. 72-73). Il s'agit en somme, là encore, d'être actif jusqu'à la fin de sa vie.

---

<sup>52</sup> Servan-Schreiber, D. (2007). *Anticancer*. Paris : Robert Laffont.

<sup>53</sup> Servan-Schreiber, D. (2011). *Guérir*. Paris : Pocket.

### C. La proximité réelle de la mort

*« Qu'un instant avant de mourir, l'homme est encore immortel »*

É. Wiesel, 2011, p. 86

*« Bien souvent, les patients parviennent à situer un avant et un après l'annonce de maladie grave à pronostic létal. Ce dire constitue, selon eux, un instant charnière pour la subjectivité : ils ne sont plus totalement les mêmes qu'avant. En effet, la menace de mort semble installer le patient dans une sidération psychique qui empêche tout mouvement de pensée. La temporalité se ferme et, dans le même temps, la mort à venir devient le point central, l'organisateur de la pensée »*

Alric, 2016, p. 47

La proximité réelle de la mort, dans ce qu'elle représente de traumatique et d'inélaborable, peut entraîner une véritable sidération psychique, que J. Alric & al. (2010) proposent d'accompagner en « *défascinant* » la mort, afin de la rendre plus familière et moins effrayante. Ainsi, si la plainte du patient est la conséquence de l'effroi de la mort annoncée, il s'agit pour l'accompagner au mieux sur le plan psychothérapeutique de « *créer du sens pour tenter de sortir du trauma produit par la parole médicale* » (Alric, 2008, p.159). La co-construction du sens par le patient et le thérapeute, va ainsi pouvoir « *éponger les effets de non sens* » (Ibid, p. 158) secondaires à la proximité de la mort, dont l'impossibilité de la représentation est constitutive de la psyché humaine.

Les représentations de la mort en fonction de différences intersubjectives, mais aussi de la proximité réelle que nous entretenons avec elle (sujets bien-portants, malades curables et incurables, soignants) sont inexorablement différentes et ont un impact sur le vécu personnel du patient et l'accompagnement des proches ou des soignants. En dehors de ces variations, la peur de la mort en général pourrait-elle, au-delà d'une légalisation de l'euthanasie, nous emmener vers une « gestion » contrôlée de la fin de vie, sur le modèle romancé, imaginaire et provoquant de C.-H. Wijkmark, dans *La Mort Moderne*, parue en Suède en 1978 : « *Nous*

*naissons tous au même âge, n'est-ce pas, pourquoi ne pourrions-nous pas tous mourir au même âge ? ».*

*Nous être interrogée sur l'évolution de la place de la mort du Moyen-Âge à nos jours, mais aussi et surtout de manière interindividuelle et en fonction de la place de chacun (patient, proches, soignants), nous a tout naturellement amenée à questionner la place de la mort à l'hôpital, ses modalités de prise en charge, ses répercussions et la manière d'y faire face, tant chez les professionnels que chez les patients.*

*Il nous a semblé fondamental d'aborder ces questions afin de pouvoir approcher au mieux la réalité des patients de notre étude faisant face à une maladie à potentiel léthal, voire les confrontant de manière directe au réel de la mort à venir.*

## CHAPITRE 4. SITUATIONS EXTRÊMES ET TRAUMATISMES

---

### I. La maladie comme situation extrême

---

*« Les situations extrêmes confrontent à des affects qui vont bien au-delà de l'impuissance et de la détresse, elles présentent des formes « dégénérées » de celles-ci, voire « déshumanisées ». On évoque souvent en premier l'intensité de la souffrance psychique, mais la souffrance est un affect qui possède un sens, elle appartient à l'humaine condition ; les situations extrêmes confrontent plutôt à un affect qu'il vaudrait mieux définir comme « douleur extrême », une douleur aiguë, corporelle parfois, mais surtout douleur psychique, douleur sans « sens » acceptable, en ceci qu'il s'agit d'une douleur déshumanisante, absurde »*

Roussillon, dans Estellon & Marty, 2012, p. 290

L'expérience de la maladie grave, et du cancer en particulier, représente une « *cassure biographique* » selon H. Hamon-Valanchon, au sens où elle va entraîner un changement brutal de mode de vie, rythmé par les examens médicaux, les consultations, les interventions et les traitements, perturbant voire interrompant de ce fait soudainement la vie professionnelle, sociale et familiale. Il s'agit d'une situation extrême, au sens où « *elle réactive un conflit psychique en actualisant l'opposition entre pulsions de vie et pulsions de mort* » (Pommier, dans Marty, 2009, p. 148). Le sujet est alors « *plongé dans un monde privé de sens. Tout devient incertain, il n'est plus possible d'être dans une temporalité, de faire des projets, de penser au lendemain* » (Bertrand, 2004, p. 30<sup>54</sup>). R. Roussillon parle ainsi de « *mort psychique* » (dans Estellon & Marty, 2012, p. 290) et P. Marty de détresse psychique : « *Au carrefour de cette clinique de l'extrême (...), se tient encore et toujours la détresse, cette souffrance de ne pas pouvoir mettre en sens la violence de nos éprouvés* » (dans Estellon & Marty, 2012, p. 309). Enfin, nous reprendrons les mots de K.-L. Schwering (2014) pour évoquer la dimension extrême du vécu des malades : « *enfer du corps, déchéance, lassitude et épuisement, ennui et marasme...* » (p. 43).

---

<sup>54</sup> Citée par Pommier, dans, Marty, 2009, p. 147.

## A. Atteinte du corps et atteinte narcissique : du corps objet au corps sujet

*« C'est bien parce que le corps du malade se révèle primordialement une souffrance de la chair que le sujet éprouve sa maladie comme l'intrusion d'un étranger menaçant ou comme l'imputation causale d'une malignité personnelle apte à nourrir la culpabilité fondamentale. La souffrance ou l'annonce d'une maladie létale font interprétation sauvage pour le sujet qui s'en attribue bien souvent la cause ou tente de la déporter à l'endroit d'un Autre auquel il prête une puissance menaçante »*

R. Gori & M.-J. Del Volgo, 2005, p. 108-109

La maladie cancéreuse et ses traitements vont mettre en péril chez le patient à la fois son **identité corporelle** (image de soi), à travers les déformations, mutilations et transformations subies, et son **identité psychologique** (conscience de soi), de par l'atteinte de l'intégrité narcissique que représentent la déchéance physique, la souffrance physique et morale, ainsi que la peur de l'abandon et de la mort (Reich, 2009). M. Reich (Ibid) évoque différents corps atteints par le cancer (p. 249-250) :

- Le corps réel : corps objet subissant les contraintes médicales (examens, soins, traitements, interventions chirurgicales, effets secondaires des traitements), il est également le corps de sensations désagréables comme la douleur ou la fatigue ;
- Le corps de besoin : corps objet de dépendance aux soins médicaux et à autrui (perte d'autonomie et non satisfaction des besoins) ;
- Le corps identitaire : corps de l'image de soi, de l'identité et des repères identificateurs, mis à mal par la maladie ;
- Le corps imaginaire : corps fantasmé, catalyseur de toutes les pertes de l'intégrité corporelle subies ;
- Le corps de douleur : corps qui perçoit la douleur physique, générée par les examens, les effets de la maladie elle-même ou les conséquences des traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie).

La métaphore du Moi-peau de D. Anzieu (1985) maintient le lien entre psyché et corps. En effet, la peau n'est selon lui pas qu'une enveloppe physiologique, elle a aussi une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. Il décrit huit fonctions du Moi-peau qui permettent d'éclairer davantage le concept :

- Fonction de maintenance du psychisme : elle renvoie au holding psychique de Winnicott (1967), intériorisation du holding maternel : « *Le Moi-peau est une partie de la mère – particulièrement ses mains – qui a été intériorisée et qui maintient le psychisme en état de fonctionner, du moins pendant la veille, tout comme la mère maintient en ce même temps le corps du bébé dans un état d'unité et de solidité* » (Anzieu, 1985, p. 97). Cette fonction permet, grâce à cette intériorisation, l'érection de la pensée.
- Fonction contenante : elle renvoie principalement au handling maternel, « *la sensation-image de la peau comme sac est éveillée, chez le tout-petit, par les soins du corps, appropriés à ses besoins, que lui procure la mère* » (Ibid, p. 100). Cette fonction permet le marquage des limites entre le dedans et le dehors.
- Fonction de pare-excitation : fonction de protection des agressions de l'autre et du monde extérieur, il s'agit de protéger le psychisme des excès d'excitation.
- Fonction d'individuation du Soi : le Moi-peau permet l'émergence du Soi (sentiment d'existence des frontières du Soi), du sentiment d'être un être unique (unicité de l'individu).
- Fonction d'intersensorialité : le Moi-peau est une « *surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originnaire qu'est l'enveloppe tactile* » (Ibid, p. 103), jouant ainsi un rôle d'intégration des diverses sources sensorielles.
- Fonction de soutien de l'excitation sexuelle : les contacts peau à peau avec la mère et les soins maternels préparent l'autoérotisme et le plaisir, le Moi-peau assurant une continuité entre les plaisirs auto-érotiques, les plaisirs narcissiques du Moi et les plaisirs intellectuels de la pensée.
- Fonction de recharge libidinale : le Moi-peau assure un maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques.

- Fonction d'inscription des traces : le Moi-peau représente le lieu d'inscription et de trace des premiers signifiants, choses, mots et formations symboliques.

Ainsi, D. Anzieu donne la définition de l'enveloppe psychique qui comprend « *deux couches différentes dans leur structure et leur fonction. La couche la plus externe, la plus périphérique, la plus durcie, la plus rigide est tournée vers le monde extérieur. Elle fait écran aux stimulations, principalement physico-chimiques, en provenance de ce monde. C'est le pare-excitation. La couche interne, plus mince, plus souple, plus sensible, a une fonction réceptrice. Elle perçoit des indices, des signaux, des signes, et elle permet l'inscription de leurs traces. C'est à la fois une pellicule et une interface : une pellicule fragile à double face, l'une tournée vers le monde extérieur, l'autre vers le monde intérieur : une interface donc séparant ces deux mondes et les mettant en relation. L'ensemble du pare-excitation et de la pellicule sensible constitue une membrane. La pellicule a une structure symétrique ; la membrane une structure dissymétrique : il existe un seul pare-excitation, tourné vers l'extérieur ; il n'y a pas de pare-excitation tourné vers l'intérieur ; d'où, pour la personne, une plus grande difficulté à affronter l'excitation des pulsions que celle provenant des stimuli exogènes. Le fonctionnement du pare-excitation est à penser en termes de force ; celui de la pellicule en termes de sens. Ces deux couches de la membrane peuvent être considérées comme deux enveloppes, plus ou moins différenciées, plus ou moins articulées selon les personnes et les circonstances : l'enveloppe d'excitation, l'enveloppe de communication ou de signification* » (1990, p. 32-33).

À la lumière de ces éléments théoriques, nous pouvons aisément mesurer l'impact psychique et corporel de l'atteinte que représente la maladie grave, en ce sens où elle effracte les enveloppes psychiques : « *l'effraction qui s'opère dans le cadre de la maladie cancéreuse se fait de façon d'autant plus délétère et globale qu'elle prend forme sur un double étayage, somatique et psychique : les points d'ancrage que sont pour tous le fonctionnement homéostatique du corps et du Moi-peau volent en éclats, car les mondes internes de ces patients – aux plans psychique, émotionnel et physiologique – sont soumis non seulement au séisme dévastateur du diagnostic, et donc de l'entrée dans la maladie, mais également à ses ondes de choc, imprévisibles et répétées, qui maintiennent ouverte l'effraction traumatique initiale. En effet, la situation avec laquelle ces patients doivent composer est d'autant plus complexe que le choc traumatique premier est maintenu vivace par certains éléments propres à la situation*

*de soin (gestes invasifs, voire effractants, étapes de la maladie, effets des traitements, etc.), qui donc, d'une certaine façon, contribue pratiquement à maintenir active la déstructuration à l'œuvre. Dans ces conditions, s'efforcer de retrouver une forme de permanence de fonctionnement et d'accéder à une amorce de « cicatrisation psychique » s'avère une tâche extrêmement complexe » (Du Colombier, 2011, p. 96). L'atteinte corporelle consécutive à l'irruption de la maladie et à ses traitements correspond à une atteinte narcissique qui vient amoindrir la confiance de base du sujet. D. Anzieu (1995) nous dit bien que « l'instauration d'un Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la Constance d'un bien-être de base » (p. 61), mis à mal dans le cadre de la pathologie cancéreuse. De même, les conséquences de la maladie, des traitements, des douleurs physiques et morales, de la menace de mort et des atteintes psychiques et corporelles, entraînent une régression psychique, dont les rêves peuvent se révéler un reflet (Missenard, dans Anzieu, 1987, p. 82).*

#### B. Quand l'identité est menacée

*« La maladie devient parfois la nouvelle habitude d'être du sujet, trace les lignes d'une autre identité ».*

C. Marin, 2011, p. 24

S. Freud (1914) nous dit que dans la maladie organique, le malade retire ponctuellement tout son « intérêt libidinal » du monde extérieur et de ses objets d'amour tandis que s'opère un repli de la libido sur son moi : il s'agit d'un repli narcissique imposé par la maladie. La limite des potentialités du sujet secondaires à son statut de malade et la confrontation à une image de soi différente représentent une atteinte narcissique : « *la perception de son impuissance, de sa propre incapacité d'aimer par suite de troubles psychiques ou somatiques, agit au plus haut degré pour abaisser le sentiment d'estime de soi* » (Freud, 1914, p. 102). Par ailleurs, face au cancer, prédateur interne qui se développe de manière insidieuse et invisible, l'identité est menacée, puis remaniée au cours du parcours de soin (interventions, traitements, altérations physiques). Le corps, garant, siège et manifestation de l'identité est attaqué : « *l'angoisse est au coeur du soma, figurée par le cancer, elle altère le sentiment de continuité de soi (Winnicott, 1958), ce sentiment d'être nous-même, ce fil retissé en permanence entre*

*notre monde interne et l'impact avec la réalité » (Destandau, dans Ben Soussan, 2004, p. 323).*

Cette atteinte du corps entraîne donc une véritable rupture d'identité ou rupture l'illusion d'identité, c'est-à-dire une rupture du lien avec soi-même et avec son propre corps : « *Outre que les identifications imaginaires et symboliques du sujet vacillent, la perte de la conviction possible d'un ancrage de l'identité corporelle dans un socle fiable et persistant s'ouvre sur une impasse de figurabilité où le corps propre en tant que schéma de représentation rend problématique toute projection, toute pensée de l'imaginaire, toute représentation du temps (à venir). La confiance n'est plus possible dans un « corps-trahison ». S'en suit la rupture du lien habituel avec le corps sous la forme d'une désorganisation de l'espace et du temps (corporels). S'en suit également la rupture avec le rêve : le corps désapproprié paraît inscrire la relation au corps dans une spécularité avec ce double narcissique impensable qu'est le cadavre, hors temps, dans une effarante et infinie reduplication d'un même tout à fait inquiétant » (Derzelle, 2008, p. 238).*

## II. Définitions du traumatisme

---

*« Mais la vie n'offre pas les pauses qu'on voudrait. Lorsqu'elle construit des arrêts temporels, c'est pour nous imposer la version traumatique d'un événement qui s'est vu figé à défaut d'avoir pu être pensé. C'est souvent une blessure, une agression psychique, l'irruption violente d'une réalité inacceptable. Elle fait effraction dans le tissu mental et émotif de nos pensées et peut y rester coincée, revenant inlassablement dans les rêves, les cauchemars ».*

M. Vaillant, 2013, p. 68-69

Le terme de traumatisme (physique) a été emprunté à la médecine par la psychanalyse, en conservant sur le plan psychique la définition associée, à savoir le choc violent, l'effraction et les conséquences sur l'ensemble de l'organisation. Il s'agit d'une lésion de l'intégrité du corps, externe ou interne. De fait, *« la séquence du trauma peut être comparée à la séquence stimulus-réponse de l'arc réflexe : son impact provoque une désintégration fonctionnelle ou structurelle et ceci conduit à une nécessaire ré-intégration, ou guérison »* (Lothane, 2008, p. 38). La question est alors de savoir si l'intensité du trauma est telle que les processus défensifs sont débordés, ne permettant pas la métabolisation de l'événement.

Le traumatisme psychique, au même titre que le traumatisme physique, est une blessure infligée par des événements extérieurs (Garland, 2001). Il met à mal *« la temporalité psychique et le sentiment continu d'exister, désorganise les capacités de travail psychique et compromet les processus d'autohistorisation »* (Neau, 2014, p. 109). D'après Laplanche et Pontalis (1967), le traumatisme correspond à un *« événement 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 »*. L. Crocq, désignant son approche du trauma comme *« phénoménologique »* parle lui d'*« une expérience de « non-sens » qui amène le « chaos » »* (Behagel, 2010, p. 97). Pour D. Vallet (2008), *« les effets de la rencontre avec l'événement traumatique ne trouvent à se lier dans aucune chaîne de représentation. Ils indiquent un au-delà de la représentation qui trouve sa dimension traumatique dans ce qu'elle vient révéler au sujet un savoir interdit, qui pourtant le concerne »* (p. 129). De fait, comme l'écrit M. Bertrand (1990) : *« le trauma proprement dit est le choc initial qui n'a pu trouver issue ni sous forme de décharge, ni sous forme d'une*

*élaboration (symbolisation), et de ce fait est resté comme un corps étranger interne/externe, une sorte de poche enkystée dans le psychisme, attendant de pouvoir se libérer »* (p. 28). Dans le contexte qui nous occupe, nous entendons bien à quel point la maladie se révèle un événement traumatique, du fait de l'absence de sens qu'elle revêt pour le sujet, mais également car elle renvoie le sujet à ce savoir connu mais refoulé qu'est son statut de mortel. Face à la discordance produite par l'événement traumatique, l'historicisation de son vécu par le sujet, intégrant le récit de l'expérience traumatique, peut permettre de remettre en concordance, d'introduire du sens. Ainsi, face au débordement des capacités narratives du sujet par le trauma, c'est bien la restauration de celles-ci qui peut permettre de *reconstruire « la concordance nécessaire à la suture de la béance du réel ouverte par le trauma »* (de Villers Grand Champs, 2008, p. 184). Ce *« tissage entre corps somatique et corps d'écriture »* (Cabassut & Marty, 2014, p. 8), par le récit de l'histoire traumatophilique, va permettre de *« psychiser »* les événements du corps.

#### A. Freud

*« (...) le traumatisme psychique et, par suite, son souvenir agissent à la manière d'un corps étranger qui, longtemps encore après son irruption, continue à jouer un rôle actif ».*

Freud, 1895, p. 4

De 1895 à 1920, S. Freud s'est essentiellement intéressé à la nature sexuelle du phénomène traumatique (séduction passive de l'enfant et « après-coup »). En 1920, il remet l'accent sur l'aspect économique du traumatisme, pointant le débordement économique qui effracte psychiquement le sujet. En effet, selon lui, le traumatisme psychique correspond aux excitations externes assez fortes pour porter atteinte à l'enveloppe protectrice de l'appareil psychique : le pare-excitation. Ce dernier sert notamment de bouclier protecteur aux stimulations excessives difficilement gérables par le sujet, fonction tout aussi importante pour l'équilibre psychique que la capacité à intégrer ces excitations. Quand la stimulation est trop importante, *« submergeant les défenses existantes contre l'angoisse sous une forme qui confirme aussi les angoisses universelles les plus profondes »* (Garland, 2001, p. 21), ce système est dépassé : nous pouvons alors parler de traumatisme. Le sujet ressent alors un sentiment d'incapacité à s'adapter à cette situation de déplaisir et *« tous les moyens de défense sont mis en mouvement*

*afin d'accomplir le travail de maîtrise et de liaison psychique des excitations qui ont pénétré par effraction, pour les emmener ensuite à la liquidation* » (Thomé-Renault, 1995).

De plus, Freud (1915-17, dans Laplanche et Pontalis, 1967) met l'accent sur l'aspect économique du traumatisme : « *nous appelons ainsi une expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échoue, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique* ». De plus, dans *l'analyse avec fin et l'analyse sans fin* (1937), il écrit : « *c'est l'imprégnation du psychisme, en particulier l'absence d'angoisse anticipatrice qui constitue le propre de la situation traumatique : la détresse (Hilflosigkeit) manifestée par le sujet nous rappelle que le traumatisme est avant tout une atteinte de l'ordre de l'effraction et du débordement : effraction du pare excitation, mais aussi gel des affects, paralysie des fonctions de représentation, débordement de l'appareil psychique et des mécanismes de défense habituels, qui se manifestent par un état d'apathie et d'impuissance, associé à une forte anxiété, et plus généralement, à un état dépressif, même si, dans ce contexte, parler de dépression peut sembler une tautologie* » (Waintrater, 2008). Du reste, comme le reprend F. Neau (2014), S. Freud (1915-17) précise bien que « *l'événement n'a pas le même impact traumatique selon les constitutions des individus qu'il frappe* » (p. 112).

Enfin, S. Freud a plusieurs fois fait allusion à la capacité de l'appareil psychique de s'ouvrir et de se resserrer, de restreindre ou au contraire d'étendre ses aptitudes processuelles et sa mobilité. Ainsi, face au traumatisme, il est fréquent de constater une restriction du Moi, ce dernier se réfugiant grâce à l'inhibition et la répression : « *l'inhibition (Freud, 1926) est la limitation d'une activité qui représente la gratification d'un vœu pulsionnel. Il s'agit donc de réduction par rapport à un souhait précis, interdit, afin d'éviter le conflit que comporterait la réalisation de ce souhait* » (Potamianou, 2001, p. 87). Néanmoins, tous les processus psychiques étant ambivalents, positifs et négatifs, effracteurs et protecteurs, les traumatismes ont deux sortes d'effets : « *des effets positifs et des effets négatifs. Les premiers constituent des tentatives pour remettre le traumatisme en valeur, c'est-à-dire pour ranimer le souvenir de l'incident oublié ou plus exactement pour le rendre réel, le faire revivre. (...) Les réactions négatives tendent vers un but diamétralement opposé. Les traumatismes oubliés n'accèdent plus au souvenir et rien ne se trouve répété* » (Freud, 1939, p. 116).

## B. Ferenczi

*« La commotion psychique survient toujours sans préparation (...). Une commotion peut être purement physique, purement morale, ou bien physique et morale. La commotion physique est aussi toujours psychique ; la commotion psychique peut, sans aucun apport physique, engendrer le choc. »*

Ferenczi, 1934, p. 33-34

S. Ferenczi introduit sa réflexion sur le traumatisme (1927-33) par les deux phrases suivantes : *« le « choc » est équivalent à l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le soi propre. Il se peut aussi que les organes qui assurent la préservation du soi abandonnent, ou du moins réduisent, leurs fonctions à l'extrême »* (p. 33). Pour lui, la conséquence immédiate du traumatisme est fatalement une angoisse massive, assortie d'une sidération du Moi, ainsi que de l'asphyxie, voire l'agonie de la vie psychique. Il analyse les effets du traumatisme sur le psychisme du sujet et les stratégies psychiques déployées pour survivre en terme de processus économiques, ce qui lui fait dire que ce *« choc inattendu, non préparé et écrasant, agit pour ainsi dire comme un anesthésique (...) par l'arrêt de toute espèce d'activité psychique, joint à l'instauration d'un état de passivité dépourvue de toute résistance. La paralysie totale de la mobilité inclut l'arrêt de pensée. La conséquence de cette déconnexion de la perception est que la personnalité reste sans aucune protection. Contre une impression qui n'est pas perçue, il n'est pas possible de se défendre »* (p. 143).

Ainsi, le sujet peut faire face au traumatisme en adoptant des stratégies de survie psychique telles que la sidération, la fragmentation du moi ou le clivage, ce dernier mécanisme permettant de refuser un événement inélaborable puisque non symbolisable. Ces défenses extrêmes sont nécessaires pour atténuer l'effet du trauma et permettent par exemple, grâce à la fragmentation ou au clivage, de rendre le traumatisme moins intense et de permettre à la partie du Moi demeurée intacte de se rétablir plus rapidement. Il s'agit ici pour S. Ferenczi de *« réanimer » la partie clivée, « morte », qui, mise en hibernation, peut se trouver néanmoins aussi dans l' « agonie de l'angoisse »*. Le moyen de lever le clivage doit se faire par la capacité de l'analyste à pouvoir *« penser » l'événement traumatique »* (Bokanowski, 1997, p.

76). Ces mécanismes, au service de la pulsion de vie, permettent de rendre compte des aspects positifs du trauma, en ne l'envisageant pas comme uniquement un chaos et une extinction de la vie psychique.

### C. Bokanowski

Selon T. Bokanowski (2011), il est nécessaire de considérer trois « versions » métapsychologiques du traumatisme, à savoir le traumatisme lui-même, le traumatique et le trauma, en lien avec l'évolution du concept dans l'œuvre freudienne. Pour lui :

- **Le traumatisme** désigne la conception générique du trauma, à savoir les effets représentables, figurables et symbolisables de l'effet traumatique de l'organisation fantasmatique du sujet (fantasmes originaires, c'est à dire le fantasme de « séduction », associé aux fantasmes de « castration » et de « scène primitive »), ainsi que du poids du sexuel sur celle-ci ;
- **Le traumatique** désigne plus spécifiquement l'aspect économique du traumatisme (notamment le défaut de « pare-excitant »), qui entraîne un type de fonctionnement à propos duquel on pourrait parler de fonctionnement à « empreinte traumatique » ou « en traumatique » (même si une partie de ses effets peuvent être représentables, figurables et symbolisables, ils ne le sont jamais totalement) ;
- **Le trauma** désigne l'action positive, mais surtout négative, du traumatisme sur l'organisation psychique : comme S. Freud le suggère, il peut entraîner des « **atteintes précoces du Moi** » sous forme de « **blessures d'ordre narcissique** ». Ces traumas viennent perturber et renforcer les premiers opérateurs défensifs tels le déni, le clivage, la projection (l'identification projective), l'idéalisation, l'omnipotence, etc. Ils peuvent organiser des « zones psychiques mortes » faites de l'absence de représentation, de figuration et de symbolisation qu'ils entraînent. Ce qui est ainsi désigné par « trauma » intéresse donc les catégories du primaire et de l'originaire en articulation avec les catégories oedipiennes classiques, ce qui, de ce fait, situe ce concept au centre des préoccupations de toute l'analyse contemporaine.

Face au traumatisme, Bokanowski (2011) évoque également des moyens de défense de « survie » où le sujet se retire de son expérience subjective pour survivre narcissiquement, en se clivant lui-même, mécanisme que nous retrouverons chez les patients rencontrés dans le cadre de notre recherche.

### III. La maladie comme traumatisme ?

---

#### A. L'annonce initiale de la maladie

*« Lorsque j'ai reçu mon diagnostic de cancer, j'ai eu un choc. Mais je n'ai pas senti le monde s'écrouler autour de moi. Confronté au spectre de la mort, l'être humain peut curieusement devenir très fort. Bien sûr, on se demande : « Pourquoi moi ? ». On cherche une explication, on cherche la cause. Mais le cancer est injuste. Il touche qui il veut, quand il veut ».*

V.Lettre & C. Morrow, 2012, p. 11

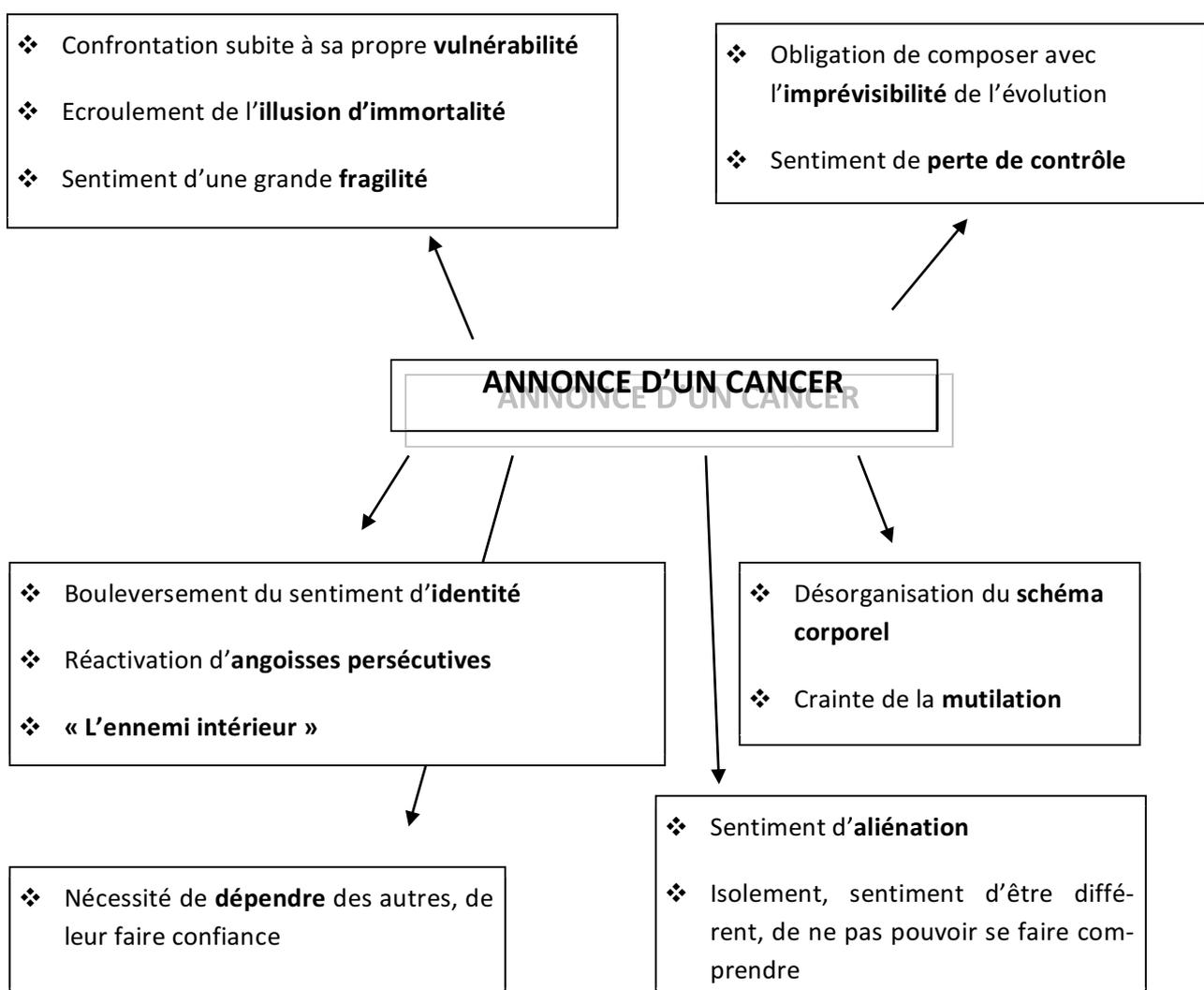
*« Je comprenais chaque mot du document, et même si le mot cancer était absent du texte, il se dessinait en gras et clignotait dans ma tête, accompagné du mot danger, écrit en capitales. Je sais, c'est déroutant, mais je suis aussi la fille qui rêve en VO et avec un générique de fin. Au bas du courrier, il était écrit « ACR 5 » à la rubrique « classification du résultat ».*

*ACR 5, c'est mauvais, très mauvais »*

M. Wyler, 2015, p. 9

L'annonce du diagnostic de cancer est fréquemment vécue comme violente quand il n'existe, et c'est fréquent, aucun signe avant-coureur de la maladie néoplasique : combien de patients expriment aux équipes soignantes qu'ils ne comprennent pas, qu'ils n'ont jamais été malades de leur vie et que maintenant, c'est si grave... Alors, les patients reprennent en cœur : « c'est sournois comme maladie » et c'est ce qui les effraie. Ils ne ressentent rien dans leur corps alors que le mal les ronge (sic). L'annonce de la maladie dont les représentations sont directement associées à la mort ne peut être symbolisée par le sujet qui se retrouve « *au pied du mur du réel* » (Deschamps, 1997, p. 11). Dans le Livre Blanc des premiers États Généraux des malades du cancer, il est dit qu' « *à l'annonce du diagnostic, les malades disent le basculement de leur vie dans un autre monde, la sidération, l'anéantissement. Ils parlent de sentence, de verdict, de mort, de la violence inouïe de passer en quelques minutes de l'état de bien-portant à celui de cancéreux* » (p. 21).

De manière générale, la maladie somatique grave est singulière, au sens où il s'agit d'une crise sérieuse et profonde qui va générer tout un panel de sentiments chez le sujet atteint, allant de l'angoisse à la colère, en passant par la honte, la tristesse ou encore l'impuissance. Par conséquent, cette annonce diagnostique, de par ce qu'elle impose et remet en question, provoque immédiatement une très forte angoisse et résonne comme une effraction dans la vie psychique du sujet. Bailly (1998) en parle comme d'un traumatisme, d'un choc, auxquels le patient va réagir par des états de sidération, d'effroi, voire de confusion. Le terme d'effroi, nous dit Freud (1920), désigne l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé. Mallet (2009) parle d'anesthésie de la pensée en réaction à ce choc, l'angoisse réapparaissant progressivement au fur et à mesure que le temps de sidération s'apaise. Quant à J. Alric (2016), il nous dit qu'en s'appuyant sur sa clinique, il ne peut que considérer l'annonce de la maladie somatique grave comme un trauma, au sens où elle entre en contact avec un impossible. En effet, nous dit-il, « *psychiquement, la mort ne nous menace pas vraiment : c'est un malheur qui n'arrive qu'aux autres* » (p. 52).



La confrontation à la maladie cancéreuse, au sens où elle touche toutes les dimensions (personnelle, sociale, familiale, professionnelle, etc.) du sujet, s'apparente à un cataclysme qui met à mal le patient, notamment du fait qu'il doit faire face à un « ennemi intérieur » (on n'est jamais sûr que c'est fini), potentiellement incontrôlable et assurément imprévisible. Néanmoins, il est important de garder à l'esprit que l'annonce de la maladie correspond également au fait de lui donner un nom, une signification, et de permettre au sujet, comme le disait M. Balint (1957, repris par Renault, 2002), de « *se situer dans l'ordre symbolique, dans une représentation humanisée et universelle (face à) ce qu'il vivait au niveau du Moi comme expérience de quelque chose d'innommable dans son corps* » (p. 114).

Le caractère traumatique que représente l'annonce du cancer nécessite de garder à l'esprit que la violence du choc peut, elle, réactualiser des traces archaïques de traumatismes précoces<sup>55</sup>. En effet, la maladie va entrer en résonance avec des expériences passées (pertes, ruptures, séparations) et doit donc être réintégrée dans l'histoire du patient<sup>56</sup>. Il existe un avant et un après diagnostic, rien ne sera plus pareil, la vie bascule lors de cet événement que représente l'annonce de la maladie : nous pouvons alors parler de sidération émotionnelle, de paralysie de la pensée. Le parallèle est ainsi possible avec la clinique qualifiée d' « états extrêmes » par F. Pommier (2008) où les patients traversent des « *moments particuliers d'angoisse extrême, de panne psychique* ».

## B. L'évolution péjorative

*« Mais aujourd'hui, je crois qu'il est temps de raconter tout ça. De le faire au fur et à mesure. Pour tenir, pour supporter, pour me soulager. Parce qu'aujourd'hui, je ne suis plus du tout sûre que tout finira bien. Je n'ai pas le droit de le dire, et je m'empêche de le penser. Mais la petite voix, lancinante, est là et revient, sans cesse, pour me dire que peut-être, rien ne finira bien. (...) Je vais écrire le genre de bouquin que je n'aimerais pas lire, le genre de*

---

<sup>55</sup> Marin-Pache De La Ménardière, H. (2004). *L'annonce du diagnostic : situation de crise*. Réflexions en médecine oncologique, 1 : 4.

<sup>56</sup> Pucheu, S. et Machavoine, J.-L. (2002). *Construction d'un cadre d'intervention du psychologue en oncologie : perspective psychanalytique*. Revue Francophone de Psycho-Oncologie, 1-2 : 24-30, Springer-Verlag.

*bouquin qui m'angoisserait et me déprimerait sans doute. Mais qui dit que les écrivains inventent des histoires qu'il leur plairait de lire ? Je vais écrire non par envie, mais par besoin. Pour mettre sur papier mes peurs, mes angoisses, et mes doutes, et ainsi continuer à éviter de les exprimer « en vrai » »*

A. Antoine, 2011, p. 11

Pour Fisher (1994), le traumatisme psychique de l'annonce du mauvais pronostic correspond aux dernières limites du supportable : épreuve extrême engendrant souffrance et malheur tout en poussant à bout les capacités d'adaptation, elle renferme l'idée de violence dans le sens où il s'agit d' « *un bouleversement radical qui ébranle une vie et qui la précipite dans un abîme d'où il n'est pas facile de sortir* ». Par ailleurs, la confrontation avec la mort représente la situation par excellence la plus intense dans le sens où elle nous rappelle notre insignifiance temporelle (Rivolier, 1992).

J.-L. Pujol (2010) évoque face à cette question une éthique du Sujet « *contre une morale en prêt-à-porter* » (p. 225) face à l'énonciation autour de la fin de vie. Il nous dit aussi que « *l'incertitude est consubstantielle à la médecine* » (Ibid) et qu'ainsi, il est impossible de répondre aux questions concernant le moment et la façon dont la mort se produira. Néanmoins, il arrive que le patient pose la question, plus fréquemment ce sont les proches qui se demandent « encore combien de temps ? ». Nous rejoignons J.-L. Pujol lorsqu'il écrit « *la prétendue liberté dont jouirait le patient alors qu'il est enchaîné au réel de la mort est un mythe. Le patient qui sent sa fin proche en sait probablement autant que le médecin qui connaît l'étendue des lésions telles que la tomodensitométrie ou les examens biologiques qui les objectivent* » (Ibid, p. 229). Par ailleurs, en dehors du fait que la médecine se confronte à des incertitudes majeures face à la fin de vie et est incapable d'estimer « le temps qui reste », quelle que soit la maladie ou son évolution, comme le dit J.-P. Bénézec (2008)<sup>57</sup> : « *Même si des progrès majeurs en matière de précision advenaient, le pronostic demeurerait une pratique potentiellement dangereuse, dans sa clotûre de l'horizon du malade qu'il suppose, dans sa fermeture à l'espérance qu'il implique, dans sa mise en place d'un compte à rebours qu'il implique* ».

---

<sup>57</sup> Cité par Vinant, in Barruel & Bioy (Dir.) (2013), p. 208.

### C. L'approche de la mort

*« Je vis dans un autre univers spatio-temporel que le vôtre. La différence, c'est que la date de votre mort à vous reste floue et que la mienne est fixée, ou à peu près. »*

É. Gilles, 1994, p. 105

*« Oui, mais la mort d'un homme... Cette mort-là ne peut participer au cycle des métamorphoses. Elle est un scandale. La mort est naturelle ? Oui, mais l'homme est un être d'esprit et pas seulement de nature. Que l'animal soit rappelé à la nature, nous pouvons le comprendre. Mais que la nature vienne un jour taper sur l'épaule de l'homme pour le rappeler à l'ordre de la nature, cela, nous ne pouvons l'admettre ».*

É. Fiat, 2012, p. 71

Winnicott (1989) rapproche la crainte de la mort de celle de l'effondrement, au sens où elle renvoie de la même façon à un « *effondrement de l'institution du Self unitaire* » (p.207), à savoir une menace sur l'organisation du moi et de son système défensif. En effet, la confrontation avec la mort, du fait qu'elle nous renvoie à notre insignifiance temporelle, réveillant ainsi des angoisses majeures, représente la situation par excellence la plus intense (Rivolier, 1992, p. 45).

« *Face à la mort s'impose le silence de l'indicible* » (p. 33) nous dit M.-F. Brunet-Lourdin (2001), qui parle également de « *dialectique du néant* », être/non être, qui renvoie au « *double destin du traumatisme* » (Ibid), le risque mortel empêchant tout horizon. La maladie terminale, par le danger vital qu'elle représente, est violence. Elle représente une crise majeure qui remet en cause la vie et entraîne la mise en place de mécanismes de survie, face à des angoisses de mort inélaborables. Le sujet, de par son statut de mourant (Higgins, 2003), se retrouve dans « *cet étrange paradoxe de la fin de vie où c'est la certitude quant à la mort, imminente et inéluctable qui peut devenir plus oppressante et anxiogène que l'incertitude quant au moment et au mode de son avènement* » (Ceccaldi, 2012 ; cité par Vinant, in Barruel & Bioy, Dir, 2013, p. 207-208). Par ailleurs, selon Pascal, repris par J. Ceccaldi (in Barruel & Bioy, 2013), « *jamais l'humain ne se situe totalement dans « l'ici et maintenant », il vit*

*d'espoir et son temps se conjugue constamment au futur, ou du moins au conditionnel. Ce point semble d'autant plus vrai que le sujet baigne dans la certitude de sa mort annoncée »* (p. 38). C'est ainsi que l'on peut mettre en lumière l'importance d'accompagner le patient dans le travail consistant à « *revisiter le passé pour mieux sauvegarder l'avenir* » (Alric, in Dudoit et Ben Soussan, 2009, p. 35-39) car « *la parole, d'elle-même – non par magie mais parce que c'est la fonction même de la parole de se dépendre du réel, du magma et de la fusion du rapport de l'être aux choses – redonne une place au doute* » (Ceccaldi, in Barruel & Bioy, 2013, p. 38).

#### IV . Remaniement du système défensif

---

En préambule de l'ouvrage *Mécanismes de défense : principe et échelles d'évaluation* (Perry, 2009), figure le paragraphe suivant :

« Le mot *défense* est le plus ancien représentant d'un point de vue dynamique en théorie psychanalytique. Ce mot apparaît pour la première fois en 1894, dans l'étude de S. Freud sur les *Psychonévroses de défense*... Il désigne la révolte du moi contre des représentations et des affects pénibles ou insupportables... C'est seulement dans l'appendice à *Inhibition, Symptôme et Angoisse* (1926) que S. Freud revient à son ancien concept de *défense* et qu'il déclare se rendre compte de l'intérêt qu'il y a à le remettre en usage, en spécifiant qu'il ne convient de l'utiliser que pour désigner de façon générale tous les procédés dont se sert le moi dans les conflits susceptibles d'aboutir à une névrose... »

Lors de l'irruption de la maladie à potentiel léthal dans la vie du sujet, les défenses utilisées habituellement ne permettent plus de gérer la masse d'excitation que constitue l'impact de l'événement-maladie. Ainsi, celles-ci vont évoluer de manière inconsciente : de nouveaux types de mécanismes peuvent émerger, d'autres se renforcer ou se durcir, d'autres disparaître. M. Rusniewski (1995) nous dit que face à cette réalité traumatique que représente la menace de mort générée par l'annonce de la maladie, l'angoisse générée va contraindre le sujet à des « *subterfuges inconscients, susceptibles de le soustraire à cette foudroyante réalité* » (p. 38). Selon A. Tatossian (1995), la principale défense utilisée est le déni, ou la dénégation, en tout cas la mise à distance de cette réalité impensable et non symbolisable. Nous pouvons néanmoins nous demander si ce qui prend la forme du déni ou de la dénégation chez les patients ne correspond pas plutôt à une certaine ambivalence face à l'événement traumatique, aboutissant au clivage dont parle S. Ferenczi face au trauma.

Moos et Schaefer (1984)<sup>58</sup> distinguent trois types de stratégies pour faire face à la pathologie cancéreuse :

---

<sup>58</sup> Cités par Tatossian, 1995, p. 32-33.

- **La résolution du problème posé** : comportement marqué par la rationalisation, le sujet recherchant un maximum d'informations, d'avis et de potentielles solutions pour faire face à la maladie.
- **La stratégie de réévaluation de la situation** : lorsque le sujet se retrouve confronté à une situation insoluble, il peut la mettre à distance par la dénégation, le déplacement de ses préoccupations sur d'autres problématiques, la minimisation des conséquences de son vécu, etc.
- **La modification de la signification affective de la situation** : retrait ou sous-estimation affective, fatalisme ou auto-culpabilisation, afin de faire face à la situation en privilégiant la sphère affective.

Gardant à l'esprit que ces mécanismes défensifs ont pour objet de protéger le Moi du sujet et de l'aider à s'adapter au mieux à une situation menaçante et à fort potentiel traumatique, il est important de noter l'impact des réactions des proches et des soignants sur le fonctionnement psychique du patient. En effet, si ceux-ci présentent des réactions défensives face au patient, celui-ci risque de se mettre en retrait, car « *face à la banalisation et à la non-reconnaissance de sa souffrance psychique, le malade peut se réfugier dans l'isolation et s'abstraire de toute forme d'affectivité* » (Ibid, p. 60).

De même, le mouvement narratif qui peut naître à travers l'historicisation de l'événement, sa mise en mots ou mise en sens, peut être considéré comme un mécanisme défensif face à un événement insensé.

*Au regard des apports théoriques sur le traumatisme, la maladie cancéreuse peut être considérée comme une situation extrême et son annonce représente un traumatisme, au sens d'une effraction dans le psychisme du sujet. L'approche de la mort lorsque l'évolution de la pathologie est péjorative majeure les effets du trauma et entraîne un remaniement du système défensif nécessaire pour faire face à l'irreprésentable de la proximité de la mort.*

*Nous allons tenter d'explorer ces mécanismes et évolution dans la seconde partie de ce travail, la recherche clinique.*



**SECONDE PARTIE :**  
**RECHERCHE**

## CHAPITRE 1. MÉTHODOLOGIE

---

### I. Problématique

---

Nous constatons qu'au moment du diagnostic de la maladie cancéreuse, situation extrême à fort potentiel traumatique, et durant les traitements dits curatifs, il existe chez les patients une grande préoccupation pour le sens de l'événement, un besoin d'historicisation de leur vécu, passant notamment par l'élaboration d'un « roman de la maladie », et éventuellement de théories étiologiques profanes. Or, dans les phases dites palliatives, ce questionnement (et notamment le « pourquoi moi ? ») ne semble plus être au premier plan, voire même se révèle absent. Il apparaît une sorte de résignation comme s'il n'y avait plus de place pour la question du sens, l'espace psychique étant envahi par les représentations de la mort et sa menace réelle et les angoisses qui y sont associées. Néanmoins, nous pourrions également imaginer que le travail psychique effectué depuis l'annonce, l'élaboration autour du sens de l'événement, de ses conséquences, mais aussi de son étiologie, aurait permis une métabolisation du traumatisme de l'irruption de la maladie, ce qui expliquerait l'absence de ce questionnement au stade palliatif de la maladie.

L'objectif principal de cette recherche est donc d'objectiver une différence ressentie cliniquement dans la quête de sens par rapport à la maladie en fonction de la phase (curative ou palliative) dans laquelle se trouve le patient. De même, nous nous attendons à une modification des représentations de la maladie lorsqu'elle évolue défavorablement et à une évolution des processus défensifs mis en place. Enfin, nous souhaitons discuter de la proximité de la mort (qu'elle soit clairement annoncée ou non) comme un traumatisme systématique qui rendrait alors impossible toute élaboration d'un « roman de la maladie » (lorsque cela a été possible antérieurement).

## II. Hypothèses

---

### A. Hypothèse générale

**Les représentations de la maladie seraient différentes en fonction de la proximité réelle de la mort, selon que le sujet se trouve en phase curative ou palliative de son traitement, ainsi que les possibilités d'historicisation et de mise en sens de cet événement-maladie traumatique, du fait d'un éventuel débordement des processus psychiques défensifs et des capacités élaboratives du sujet.**

### B. Hypothèses de travail

Envisageant l'annonce de la maladie cancéreuse, symboliquement associée à la mort, comme un traumatisme psychique, nous nous questionnons sur la capacité des sujets à élaborer un « *roman de la maladie* » (Gori, Del Volo & Poinso, 1994) et d'éventuelles théories étiologiques profanes, dans le cadre du « *travail de la maladie* », décrit par J.-L. Pardinielli (1994). Cette mise au travail permettrait ainsi possiblement de métaboliser le traumatisme, à condition que le patient possède les ressources psychiques pour le faire.

Ainsi, nous posons les hypothèses de travail suivantes :

- **HT1** : les processus d'élaboration autour de la question du sens de l'événement-maladie, visibles en phase curative de la maladie s'abraseraient en phase palliative ;
- **HT2** : les représentations de la maladie se modifieraient corrélativement avec l'évolution péjorative de la maladie ;
- **HT3** : les processus défensifs seraient remaniés dans le cadre d'une maladie évoluée de mauvais pronostic, par rapport au moment où il y avait un espoir de rémission.

En effet, nous envisageons que la proximité réelle de la mort en phase palliative de la maladie puisse sidérer les processus psychiques à l'œuvre dans le récit du vécu du cancer et que ce dernier ne soit plus possible. Le corollaire de ce point renverrait à une modification du mode de défense psychique, avec l'hypothèse d'une rigidification des mécanismes de défense face à un danger létal et à des représentations associées inélaborables. De même, nous nous attendons à des représentations autour de la maladie différentes en fonction du stade de la maladie.

### III. Protocole de recherche

---

#### A. Procédure

Idéalement, une étude longitudinale aurait permis de suivre l'évolution de chaque patient du diagnostic de la maladie cancéreuse jusqu'à la rémission ou à la mort : du fait des contraintes matérielles de la thèse, notamment en terme de durée, ce type d'étude s'est révélée impossible à mettre en place. Nous avons donc choisi de mener une étude comparative de deux groupes de patients, en phase dite curative ou palliative de leur maladie, c'est-à-dire à un moment M de l'évolution de leur pathologie cancéreuse.

Une étude quantitative nous a permis dans un premier temps de dégager de grandes tendances quant aux représentations de la maladie et de ses causes, ainsi que la façon d'y faire face sur le plan défensif dans les deux groupes de patients. Ce premier temps de la recherche, exploratoire, nous a permis également de préciser et d'affiner nos hypothèses. Ainsi, dans un second temps, nous avons mené une étude qualitative auprès de dix patients que nous avons rencontré pour un entretien clinique de recherche et la passation de tests projectifs.

Au cours de la phase quantitative, nous avons donc recruté, grâce à l'aide de plusieurs oncologues de notre secteur, quatre-vingt-dix patients constituant deux groupes (curatif/palliatif) qui ont chacun rempli un questionnaire comprenant l'IPQ-R et le DSQ-40. En parallèle, le oncologue de chaque patient a rempli un questionnaire médical le concernant, ce dernier nous ayant permis d'avoir accès aux informations nécessaires pour le traitement de nos données. Le nombre de patients participants a permis un traitement statistique des données et ainsi un affinement de nos hypothèses en lien avec les premières tendances émergentes.

Lors de la phase qualitative, dix patients, soit cinq de chaque groupe (curatif/palliatif), ont été tirés au sort de manière aléatoire pour être contactés en vue d'une rencontre clinique et de la passation de tests projectifs. Dès l'inclusion dans le protocole de recherche, les patients avaient tous été informés, au moment de la signature du consentement, qu'ils pourraient être

contactés dans un second temps pour une rencontre avec la psychologue menant cette recherche et qu'ils restaient libre de refuser et de quitter le protocole à tout moment.

## 1. Pourquoi associer une étude quantitative à une étude qualitative ?

La première partie quantitative de cette étude nous a permis, à l'aide de statistiques descriptives effectuées sur un échantillon important de patients, de dégager des données globales concernant les représentations de la maladie, les hypothèses étiologiques et les styles défensifs, dans les deux groupes (phase curative/palliative de la maladie).

L'intérêt de cette phase a été de pouvoir recueillir de nombreuses données, ici celles de quatre-vingt dix patients : il nous aurait été logiquement impossible de les rencontrer tous. Les limites sont évidemment celles inhérentes aux questionnaires d'auto-évaluation : les réponses ne permettent pas d'obtenir des données fines sur le fonctionnement psychique des sujets, les résultats ne donnent pas des renseignements précis mais simplement une « orientation », une tendance. Il est donc important d'aller ensuite explorer davantage les pistes de recherche avec une analyse bien plus fine en rencontrant les patients et en les soumettant à un entretien et à la passation de tests projectifs.

Il est par ailleurs intéressant de noter que plusieurs patients rencontrés en entretien nous ont fait part de leur frustration au moment du questionnaire : l'obligation de cocher des cases ne permettait pas selon eux de rendre compte de leur réel ressenti, de traduire correctement leur vécu.

## 2. Population

Les patients de cette recherche ont été recrutés dans trois centres hospitaliers et une clinique, avec l'aide de cinq oncologues.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Population adulte (âge supérieur à 18 ans)
- Toutes localisations tumorales

Le seul critère d'exclusion correspond à des capacités cognitives ne permettant pas la réponse aux questionnaires, secondairement à la maladie ou pas.

### 3. L'élaboration du questionnaire médical

Le questionnaire médical (cf. Tome II) a été élaboré à partir de multiples entretiens avec des oncologues et des palliatologues, afin d'essayer d'en faire un outil le plus objectif et précis possible, ce qui n'était pas évident du fait du grand nombre de localisations possibles, de types de maladie et d'évolution. Nous avons tenté de construire un questionnaire simple et facile à remplir, mais nous permettant d'obtenir des données objectives sur la localisation de la maladie, son évolution, et surtout son caractère actuel, curatif ou palliatif. En effet, le plus complexe a été de pallier le biais de la difficulté des oncologues à considérer leur patient en phase palliative de leur traitement, même en cas de maladie très évoluée et de trouver un item pertinent pour parvenir à effectuer cette différenciation. Nous avons fait le choix, après de nombreux échanges avec des oncologues et des palliatologues, de poser la question suivante : « *avez-vous un espoir raisonnable de rémission pour ce patient ?* », après avoir demandé au oncologue de qualifier le pronostic initial et le pronostic actuel, à partir de quatre catégories établies, à savoir TB (Très Bon), B (Bon), M (Mauvais) et TM (Très Mauvais).

Apparaissent aussi sur le questionnaire des données démographiques (sexe, âge, statut marital, niveau d'étude et profession), la localisation de la tumeur primitive, la date du premier diagnostic et s'il s'agit actuellement d'une récurrence (si oui, une précision de date est demandée). Nous avons ainsi espéré pouvoir classer les patients au mieux. Néanmoins, dans le cas de Christian par exemple, pour qui la oncologue déclare avoir un espoir raisonnable de rémission, alors qu'il est atteint d'un cancer du côlon récidivant plurimétastatique, nous constatons bien que le questionnaire ne s'est pas révélé suffisamment « efficace »...

## B. Choix et présentation des questionnaires

### 1. Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)

L'IPQ-R, auto-questionnaire sur la perception de la maladie (cf. Tome II), initialement développé par Weinman & al. (1996), révisé par Moss-Morris & al. (2002) et traduit en français par Anbar & al. (2005), mesure neuf éléments des représentations de sa maladie par le patient. Dans la première partie, nommée « votre point de vue sur la maladie », le sujet doit d'abord identifier parmi quatorze symptômes ressentis potentiellement depuis le début de sa maladie si oui ou non, il les impute à celle-ci. Les items positifs (associées à la maladie) sont additionnés et représentent un score sur quatorze, qui correspond à la catégorie « Identité » de la maladie. Dans un second temps, le sujet doit répondre à 38 items (échelle de Likert en cinq points, de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »), classés en sept catégories (apparaît entre guillemets la question qui pourrait résumer la catégorie) :

- **Chronologie - évolution aiguë ou chronique dans le temps (6 items)** : « ma maladie sera de courte durée »,
- **Conséquence (6 items)** : « ma maladie a des conséquences majeures dans ma vie »,
- **Contrôle personnel (5 items)** : « l'évolution de ma maladie dépend de moi »,
- **Contrôle du traitement (5 items)** : « mon traitement peut contrôler ma vie »,
- **Cohérence de la maladie (5 items)** : « ma maladie est un mystère pour moi »,
- **Chronologie cyclique (4 items)** : « ma maladie est vraiment imprévisible »,
- **Représentation émotionnelle (6 items)** : « ma maladie ne m'inquiète pas ».

Dans une seconde partie, nommée « causes de ma maladie », le sujet doit tout d'abord répondre à vingt items (toujours à partir d'une échelle de Likert en cinq points), regroupés pour la cotation en quatre catégories étiologiques : immunité, psychologique, facteur de risque et hasard. Enfin, il est demandé au patient de ranger par ordre de priorité les trois facteurs (parmi les items précédents ou bien d'autres idées personnelles) considérés comme les plus importants parmi les causes possibles de la maladie.

L'intérêt de cet auto-questionnaire est de pouvoir être réalisé avec un nombre conséquent de patient et ainsi, d'avoir des données quantitatives sur les représentations de la maladie et de leurs causes imaginées par les patients. La phase qualitative de cette recherche nous permettra d'analyser plus finement le vécu des patients rencontrés et la construction de leurs théories personnelles en lien avec ce qu'ils imaginent des théories scientifiques.

## 2. Defense Style Questionnaire - DSQ-40

Bond réalise une tentative d'évaluation empirique des mécanismes de défense, ainsi que de leur lien avec les diagnostics psychopathologiques, sur le plan de la maturité du moi (Bond & Vaillant, 1986) dans son DSQ, Défense Style Questionnaire, permettant de mesurer de manière fidèle et globalement valide le fonctionnement défensif (Bond, 2004). Le DSQ-40 (Bond, Singh & Andrews, 1993), dans sa version française (Bonsack & al., 1998), est un auto-questionnaire constitué de quarante items qui ont été conçus pour représenter les dérivés conscients de vingt mécanismes de défense (deux items par mécanisme de défense)<sup>59</sup>. L'intention de ce questionnaire est, comme le souligne Bond (1983), de « *susciter des manifestations du style caractéristique d'un sujet lors du traitement de conflits, conscients ou inconscients, basé sur l'hypothèse que personne ne peut, avec exactitude, fournir des observations sur ses propres comportements avec une certaine distance* » (cité par K'Delant, 2010). Chaque item permet une cotation à l'aide d'une échelle de likert en neuf points (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Dans cette version du DSQ (il existe également une version à 88 items et une à 72 items), Andrews et al. (1993) ont proposé de distinguer trois facteurs correspondant à trois styles défensifs, regroupant chacun plusieurs mécanismes de défense (Trouillet & Gély-Nargeot, 2009) :

- **Le style mature**, qui mettrait en évidence une altération de la perception des relations interpersonnelles :

---

<sup>59</sup> Guelfi, J.-D. & al. (2000). Intérêt du Defense Style Questionnaire (DSQ), questionnaire sur les mécanismes de défense. *Annales Médico-Psychologiques*, 7 : 594-601.

- Sublimation : « processus postulé par Freud pour rendre compte d'activités humaines apparemment sans rapport avec la sexualité (activités artistiques et investigations intellectuelles par exemple), mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle » (Laplanche & Pontalis, 1967).

- Humour : « au sens restreint retenu par Freud, l'humour consiste à présenter une situation vécue comme traumatisante de manière à en dégager les aspects plaisants, ironiques, insolites. C'est dans ce cas seulement (humour appliqué à soi-même) qu'il peut être considéré comme un mécanisme de défense » (Ionescu, Jacquet & Lhote, 1997).

- Anticipation : « anticiper consiste, lors d'une situation conflictuelle, à imaginer l'avenir en expérimentant d'avance ses propres réactions émotionnelles ; en prévoyant les conséquences de ce qui pourrait arriver ; en envisageant différentes réponses ou solutions possibles » (Ionescu, Jacquet & Lhote, 1997).

- Répression : « opération psychique qui tend à faire disparaître de la conscience un contenu déplaisant ou inopportun : idée, affect, etc. » (Laplanche & Pontalis, 1967).

• **Le style névrotique**, qui pointerait une auto-perception des sentiments intimes et une expression instinctuelle :

- Annulation : « le sujet s'efforce de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus ; il utilise pour cela une pensée ou un comportement ayant une signification opposée » (Laplanche & Pontalis, 1967).

- Pseudo-altruisme : « l'individu répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en s'attachant à répondre aux besoins des autres, en partie comme moyen de satisfaire ses propres besoins » (Perry, 2009).

- Idéalisation : « les qualités et la valeur de l'objet sont portées à la perfection » (Laplanche & Pontalis, 1967).

- Formation réactionnelle : « attitude ou habitus psychologique de sens opposé à un désir refoulé, et constitué en réaction contre celui-ci » (Laplanche & Pontalis, 1967).

• **Le style immature**, qui signerait une adaptation optimale en intégrant les informations relatives à la réalité interne et externe de l'individu :

- Projection : « opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des « objets », qu'il méconnaît ou refuse en lui » (Laplanche & Pontalis, 1967).

- Agression passive : « l'individu réagit à des conflits affectifs, ou bien à des causes de stress internes ou externes en exprimant indirectement et sans conviction une agressivité envers les autres. Une façade de conciliation apparente masque une résistance cachée aux autres » (Pery, 2009).

- Activisme : « gestion des conflits psychiques ou des situations traumatiques externes, par le recours à l'action, à la place de la réflexion ou du vécu des affects » (Ionescu, Jacquet & Lhote, 1997).

- Isolation : « consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet se trouvent rompues » (Laplanche & Pontalis, 1967).

- Dévalorisation/dévaluation/omnipotence : le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en se montrant ou en se comportant de manière inférieure ou supérieure aux autres, comme s'il possédait des capacités ou des pouvoirs inférieurs ou supérieurs à ceux des autres (d'après Pery, 2009).

- Refuge/rêverie : « recours - dans une situation de conflit psychologique ou lorsque le sujet est confronté à des facteurs stressants - à une rêverie diurne excessive se substituant à la poursuite de relations interpersonnelles, à une action en principe plus efficace ou à la résolution de problèmes » (Ionescu, Jacquet & Lhote, 1997).

- Rationalisation : « justification logique, mais artificielle, qui camoufle, à l'insu de celui qui l'utilise, les vrais motifs (irrationnels et inconscients) de certains de ses jugements, de ses conduites, de ses sentiments, car ces motifs véritables ne pourraient être reconnus sans anxiété » (Ionescu, Jacquet & Lhote, 1997).

- Déni : « action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi » (Ionescu, Jacquet & Lhote, 1997).

- Dissociation : « le sujet ne prévoit pas les affects ou pulsions qu'il va exprimer, soit par des symptômes (dépersonnalisation ou maux de tête), soit par son comportement symptomatique (par exemple : aventure sexuelle inhabituelle ou crise de nerfs). Il se peut que par la suite le sujet se montre surpris de ce qu'il a dit ou fait, car il n'est pas conscient du sentiment ou de la pulsion sous-jacente » (Perry, 2009).

- Clivage : « *séparation, division du moi (clivage du moi), ou de l'objet (clivage de l'objet), sous l'influence angoissante d'une menace, de façon à faire coexister les deux parties ainsi séparées qui se méconnaissent sans formation de compromis possible* » (Ionescu, Jacquet & Lhote, 1997).

- Somatisation : « *tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher dans ce contexte une aide médicale* » (Lipowski, 1988).

- Déplacement : « *l'accent, l'intérêt, l'intensité d'une représentation est susceptible de se détacher d'elle pour passer à d'autres représentations originellement peu intenses, reliées à la première par une chaîne associative* » (Laplanche & Pontalis, 1967).

D'après Bond (1995), les mécanismes inconscients ne peuvent être repérés qu'au moyen de l'entretien clinique, mais l'approche par évaluation à l'aide d'un questionnaire se justifie par l'accès à la conscience des pulsions, en cas d'échec temporaire des mécanismes de défense par le sujet, mais aussi par le biais du regard et des observations des proches, désignant au patient ses stratégies défensives (Perry, 2009). L'utilisation du DSQ-40, échelle unidimensionnelle mesurant un niveau défensif global, pose néanmoins la question de la fiabilité d'une auto-observation psychique, notamment dans l'évaluation de processus psychiques par nature inconscients (Braconnier, 2001). La partie quantitative de ce travail de recherche ayant une visée exploratoire, elle nous permet de dégager des tendances et une observation globale de nos deux groupes de patients (« curatifs » versus « palliatifs »). L'analyse qualitative qui suivra nous permettra une analyse bien plus fine des mécanismes psychiques en jeu dans le fonctionnement des patients qui seront rencontrés en entretien et soumis aux tests projectifs.

### C. L'entretien semi-directif de recherche

Dans la partie qualitative de notre recherche, nous souhaitons explorer de manière plus fine les processus psychiques à l'oeuvre chez le patient atteint d'une maladie cancéreuse, en fonction de la gravité et du pronostic de sa maladie. Afin d'obtenir un certain nombre d'informations sur l'histoire de vie des patients, notamment autour de leur pathologie (diagnostic, traitement, évolution), de leurs représentations du cancer, de leur vécu subjectif, social et médical de la maladie (illness, sickness, disease), des théories étiologiques élaborées,

de la construction d'un éventuel « roman de la maladie », nous avons cherché à balayer un certain nombre de thèmes, au moyen d'entretiens semi-directifs de recherche. En effet, l'entretien « *permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés* » (Bénony & Chahraoui, 1999, p.12).

Dans l'entretien semi-directif, le clinicien, à l'aide d'un guide d'entretien (construit à partir des thèmes à explorer), propose une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. « *L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé* » (Ibid, p.16). Il s'agit d'un dispositif hyperempirique (Blanchet, 1991), qui soumet le clinicien à des données dont il ignore réellement à quelles questions elles répondent et revêt par ailleurs un aspect paradoxal, au sens où il est à la fois un « *outil irrecevable du point de vue de l'idéal scientifique* », mais qui s'avère être « *irremplaçable pour accéder à des connaissances dont l'intérêt scientifique est manifeste* » (p.9). En effet, « *la pratique de l'entretien de recherche est sous-tendue par un point de vue épidémique, voire « idéologique », qui valorise dans les phénomènes psychologiques étudiés les représentations - mises en discours - du sujet et ses savoirs subjectifs* » (Ibid, p.10). L'utilisation de cette méthode dans le cadre de notre travail nous semble se situer au carrefour de l'approche clinique de Freud (1895), à savoir le dispositif de cure dans lequel la parole du sujet devient le vecteur de la thérapie, et du récit de vie, décrit par Bertaux (1997).

Nous avons ainsi mené nos entretiens cliniques de recherche en tentant d'explorer les thèmes suivants :

- Histoire de la maladie (mode d'entrée dans la maladie, examens et diagnostic, traitements médicaux et/ou chirurgicaux, suivi...);
- Représentations de la maladie ;

- Vécu subjectif de la maladie ;
- Histoire de vie et familiale avec attachement particulier aux événements potentiellement traumatiques ;
- Impact de la maladie dans la sphère sociale et professionnelle.

Bien entendu, malgré l'utilisation de la trame de l'entretien, ces derniers sont restés guidés par les patients et leur volonté ou non d'aborder certains points. Par ailleurs, nous avons choisi de retranscrire de manière littérale, c'est-à-dire par l'utilisation des signes conventionnels de la ponctuation dans le but de traduire la parole orale en texte écrit (Blanchet & Gotman, 2006, p.89), l'intégralité des entretiens cliniques de recherche que nous avons menés. Bien entendu, la retranscription effaçant les intonations de la voix, nous avons très fréquemment réécouté les enregistrements pour nous réimprégner des rencontres, parvenant parfois à nous remémorer les aspects non verbaux des échanges (que seules nos notes n'ont pas pu rendre un retour exhaustif). En effet, si les mots ne contiennent que 10% des messages émis selon certains spécialistes (Bertaux, 1997, p.76), il est fondamental de tenter de prendre en compte dans l'analyse le maximum d'éléments de communication non-verbale et d'intonation de voix possibles.

Enfin, il nous semble fondamental de garder à l'esprit que le sens du discours des patients dans le cadre de notre recherche est une production et non une donnée, qu'il s'agit d'une lecture orientée : *« les entretiens livrent un matériau apparemment spontané, en fait (...) informé par les hypothèses et co-construit par l'interaction qui le traverse. Le traitement qui lui est appliqué ensuite (l'analyse) contribue à son tour à sculpter le message et le sens qui va en être dégagé »* (Blanchet & Gotman, 2006, p.90). En effet, *« tout discours produit par entretien est co-construit par les partenaires du dialogue, en fonction des enjeux de la communication et des interactions à l'oeuvre dans l'interlocution »* (Ibid, p.115).

## D. Les épreuves projectives

*« Un test projectif est comme un rayon X qui, traversant l'intérieur de la personnalité, fixe l'image du noyau secret de celle-ci sur un révélateur (passation du test) et en permet ensuite une lecture facile par agrandissement ou projection grossissante sur un écran (interprétation du protocole) »*

Anzieu & Chabert, 1983, p. 17-18

Dans la situation projective, le sujet est libre de ses réponses, mais elle déclenche une double mobilisation des conduites perceptives et projectives. Dans ce contexte, le sujet est confronté à la fois aux exigences de la réalité externe et à la pression de sa réalité interne. Dans les épreuves projectives, le sujet va montrer comment il s'organise pour faire face simultanément à son environnement, à la réalité et à son monde intérieur. Ces caractéristiques sont les mêmes que celles rencontrées dans la vie quotidienne, à savoir la nécessité de se conformer aux limites imposées par le réel, tout en laissant plus ou moins la place à l'imaginaire, aux fantasmes et aux affects.

L'utilisation du Rorschach et du T.A.T. est complémentaire dans le sens où *« la confrontation des deux épreuves permet un affinement considérable de l'évaluation diagnostique, d'une part en étayant le diagnostic par une double argumentation, d'autre part en provoquant une dynamique largement offerte par leurs matériaux qui déclenchent des expériences et des conduites psychiques dont la variété peut être exploitée par le sujet »* (Chabert, 2004, p.63).

### 1. Rorschach

Le Rorschach est un test qui comporte dix planches, numérotées de I à X, présentées dans l'ordre au sujet, avec la consigne suivante : *« Je vais vous demander de me dire tout ce que l'on pourrait voir sur ces taches »*. Lors de la passation aux dix patients de cette recherche, nous n'avons fait ni relances associatives, ni enquêtes aux limites, malheureusement par méconnaissance de ces aspect possibles de la passation. Néanmoins, nous avons régulièrement

posé des questions et relancé le discours des patients, lorsque nous sentions que c'était nécessaire (notamment lorsque les patients se retrouvaient en difficulté ou avaient un fonctionnement très inhibé).

Les planches du Rorschach se distinguent par leur forme, à savoir qu'il existe des planches compactes (planches I, IV, V et VI), sous-tendues par la représentation de soi, ou bilatérales (planches II, III et VII), sous-tendues par la représentation de la relation. Néanmoins, toutes les planches renvoient inconsciemment à l'image du corps, du fait de l'axe de symétrie de chaque image (les dessins sont obtenus par pliage). Elles se différencient également en fonction des couleurs : il existe des planches noires (I, IV et V), rouges (II et III), grises (VI et VII) et pastel (VIII, IX et X).

Les contenus latents de chaque planche sont les suivants :

- **Planche I** : planche compacte et noire qui fait référence au mode de réaction face à un objet inconnu. En ce sens on considère qu'elle va réactiver la relation au premier objet (objet maternel), avec une résonance plus ou moins archaïque en fonction des capacités régressives du sujet. Sa configuration compacte, avec un axe de symétrie central clairement défini, renvoie au corps propre et met par conséquent en question la représentation de soi ou encore ce que l'on appelle l'identité, et bien entendu les assises narcissiques (dont les stabilités sont corrélées).
- **Planche II** : planche rouge et noire, construite autour d'une lacune centrale et constituée dans une configuration bi-latérale. Sur le plan symbolique, elle renvoie au mouvement pulsionnel libidinal et/ou agressif, sous-tendu par la perception du rouge qui convoque de façon latente les pulsions, le vide, l'effraction de l'intérieur du corps, à savoir que selon le registre de fonctionnement du sujet, ce dernier sera interpellé au niveau d'une menace de destruction de l'image du corps, de l'identité, ou bien à celui d'une menace de castration, qui s'avère beaucoup plus circonscrite et qui appelle des contenus plus secondarisés, socialisés, notamment à travers des représentations de relation clairement différenciées. Face à la réactivation de mouvements pulsionnels, le sujet est interpellé au niveau d'angoisses d'éclatement ou d'angoisses de castration.

- **Planche III** : planche bi-latérale rouge et noire, plus facile à appréhender au niveau du percept que la première planche. Les personnages humains constituant une banalité (réponse considérée comme statistiquement fréquente dans la population générale), ces éléments renvoient à une représentation socialisée. L'accent est également mis à cette planche sur les processus d'identification sexuelle en raison de la bisexualité de l'image.
- **Planche IV** : planche noire et très compacte, sombre. Elle renvoie à la position du sujet face aux images de puissance phallique et peut appeler soit des contenus qui véhiculent l'activité, le dynamisme (identification avec la représentation latente, véhiculant une charge de puissance), soit une passivité, réceptivité, véhiculée par la dimension plus féminine de l'identification.
- **Planche V** : planche noire et compacte, renvoyant à l'identité, à la représentation de soi (comme toutes les planches compactes). On qualifie classiquement cette planche de « planche de l'identité », sensible à toute vulnérabilité identitaire ou narcissique.
- **Planche VI** : planche grisée et compacte, considérée comme porteuse de symbolisme sexuel et marquée par la bisexualité. Le haut de la planche est susceptible de renvoyer à l'activité, au phallique, au masculin, le bas de la planche à la dimension plus passive, féminine.
- **Planche VII** : planche grise à configuration bilatérale, qui renvoie davantage à la réceptivité du sujet que les planches rouges et noires. Résolument et essentiellement féminine et par conséquent maternelle, ce qui se justifie par sa dimension en creux sur le plan perceptif, elle renvoie à toutes les modalités de relation à l'image maternelle (relation fusionnelle, anaclitique, dimension orale, anale, oedipienne) et suscite, surtout chez la femme, une identification féminine.
- **Planche VIII** : planche pastel qui suscite l'émergence d'affects et d'émotions, et par conséquent qui met à l'épreuve la capacité de laisser-aller émotionnel. En effet, les trois planches pastel facilitent la régression en touchant chez le sujet des expériences anciennes, voire primitives, de plaisir et/ou de déplaisir, liées à des contacts précoces avec son environnement relationnel. La planche VIII renvoie au contact avec le monde extérieur, la façon dont le sujet appréhende autrui sur le plan des affects et des émotions.

- **Planche IX** : planche la plus difficile à appréhender de l'ensemble du matériel, les couleurs s'interpénètrent, l'image est floue, il est difficile de positionner les différentes couleurs. Elle renvoie à l'image maternelle précoce ou à la représentation maternelle archaïque. Appelée « planche utérine », elle appelle des représentations du monde génital, utérin, des fantasmes originaires.
- **Planche X** : planche très éparpillée, qui met à l'épreuve les capacités de structuration de l'image du corps, et au-delà, les capacités de régression dans l'univers affectif. Il s'agit de la dernière planche (et le sujet le sait) et donc d'une mise à l'épreuve de la séparation, qui peut être ou pas facilitée par le caractère florissant des couleurs.

À l'issue de la passation du test, il est nécessaire d'établir un psychogramme, outil qui permet de répertorier le nombre de réponses en fonction des cotations. Chaque groupe de facteurs est calculé en fonction de son nombre, avec un calcul de pourcentage pour certains.

*Pour chacun des dix patients de notre recherche, l'intégralité de la passation, la cotation et le psychogramme, sont retrouvés dans le tome II de ce travail.*

## 2. Thematic Apperception Test

L'édition originale de H. Murray comporte trente et une planches : nous ne retiendrons que les quinze planches les plus pertinentes et significatives, selon la méthode de F. Brelet-Foulard et C. Chabert (2003), soient les planches 1, 2, 3BM, 4, 5 et 10, 11, 12BG, 13B, 19, 16 pour les planches communes aux deux sexes, ainsi que les planches 6BM, 7BM et 8BM pour les hommes et les planches 6GF, 7GF et 9GF pour les femmes. L'ordre de présentation des planches est respecté, les trois dernières planches (11, 19 et 16), ne renvoyant pas à des objets concrets bien définis, représentent une rupture avec le matériel figuratif. La consigne est donnée une fois au début de la passation, « *imaginez une histoire à partir de la planche* », des questions et relances étant possibles durant la passation, en fonction du degré d'inhibition et de malaise du patient.

Nous reprenons ici les contenus manifestes et latents planche par planche, retrouvés dans le Nouveau manuel du T.A.T. de F. Brelet-Foulard et C. Chabert (2003, p.44-50), et utilisés pour l'analyse des protocoles des patients de notre recherche :

• **Planche 1 :**

- *Contenu manifeste* : un garçon, la tête entre les mains, regarde un violon posé devant lui.
- *Contenus latents* : à partir de l'accent porté sur l'immatunité fonctionnelle (il s'agit d'un enfant), c'est une problématique d'impuissance actuelle associée à l'angoisse de castration qui organise l'image, avec bien entendu des destins différents repérables selon la qualité des mouvements identificatoires. La solitude de l'enfant, associée à la blessure narcissique imposée par son immaturité, est susceptible de déterminer une angoisse de perte plus ou moins « élaborable ».

La reconnaissance et l'élaboration de la problématique de castration supposent que la différenciation entre sujet et objet soit solidement établie ; quand les processus identificatoires sont troublés, l'accent porte sur la difficulté ou l'incapacité à poser une représentation de sujet unifié face à un objet dont l'intégrité ne serait pas menacée. Dans ces cas de figure, la précarité des mécanismes d'intériorisation, déterminée par la difficulté à intégrer la perte d'objet, entraîne des altérations considérables dans la structuration oedipienne.

• **Planche 2 :**

- *Contenu manifeste* : scène champêtre. Au premier plan, une jeune fille avec des livres ; au second plan, un homme avec un cheval, une femme adossée à un arbre. Différence des sexes, pas de différence des générations.
- *Contenus latents* : la planche renvoie au triangle oedipien père-mère-fille malgré l'absence de différence de générations au niveau manifeste. Elle met à l'épreuve l'organisation oedipienne et son caractère plus ou moins structurant : attirance de la jeune fille par l'homme, rivalité avec la femme, reconnaissance de l'interdit, renoncement à l'amour oedipien, nostalgie, déclin de l'oedipe. L'interdit et le renoncement auquel il contraint sont éprouvés comme une impossible séparation d'avec les objets originaires. Le sujet reste « collé » au couple en refusant de reconnaître son lien sexuel

privilegié, l'exclusion par rapport au couple étant ressentie comme un rejet massif et insupportable.

• **Planche 3BM :**

- *Contenu manifeste* : une personne affalée, appuyée au pied d'une banquette (sexe et âge indéterminés, objet à terre flou).
- *Contenus latents* (renvoient à la position dépressive avec traduction corporelle) : dans un contexte oedipien, c'est la culpabilité dans sa valence dépressive qui est mobilisée. La solitude reste supportable, le travail de renoncement est possible et le déplacement des investissements renouvelable. Dans le contexte de la position dépressive telle qu'elle a été élaborée par M. Klein, la problématique de perte d'objet réactivée à cette planche met à l'épreuve les capacités de travail du deuil, la réversibilité des affects dépressifs et l'étayage de désirs à venir.

Cette planche est très importante pour mettre en évidence la capacité du sujet à lier les affects (dépression, tristesse) à une représentation (absence, mort, donc perte d'objet).

• **Planche 4 :**

- *Contenu manifeste* : une femme proche d'un homme qui se détourne (différence des sexes, pas de différence de générations).
- *Contenus latents* : la planche renvoie à l'ambivalence pulsionnelle dans la relation de couple, avec les deux pôles agressivité/tendresse, ou encore amour/haine. Dans un contexte oedipien, c'est un tiers (la guerre ou une autre femme) qui détermine l'éventuel départ du personnage masculin. La planche sollicite, au-delà du conflit et du chagrin d'amour, l'angoisse de séparation et d'abandon.

• **Planche 5 :**

- *Contenu manifeste* : une femme d'âge moyen, la main sur la poignée de la porte, regarde à l'intérieur d'une pièce.
- *Contenus latents* (renvoient à une image féminine/maternelle qui pénètre et regarde) : dans un contexte oedipien, la planche ravive la culpabilité liée à la curiosité sexuelle et

aux fantasmes de scène primitive, la figure de la mère apparaissant à la fois séductrice et interdiciatrice. Dans un autre registre, ce sont les mouvements ambivalents, plus archaïques, associés à l'angoisse de perdre l'amour de l'objet, qui sont touchés avec des traitements différents selon les sujets (versant narcissique, dépressif ou persécutif).

• **Planche 6BM :**

- *Contenu manifeste* : au premier plan, un homme jeune, de face ; au second plan, une femme âgée, de profil (différence des sexes, différence de générations).
- *Contenus latents* (renvoient à la relation mère/fils dans un contexte de tristesse) : dans un contexte oedipien, la planche s'organise autour d'un fantasme parricide (la tristesse est liée à la mort du père) et met à l'épreuve la reconnaissance de l'interdit de l'inceste. Dans un autre registre, la planche ravive les modalités singulières de la relation du fils à la mère dans ses références précoces, donc rattachées à l'angoisse de perdre son amour, mise en conflit avec l'éloignement nécessaire imposé par le renoncement oedipien.

• **Planche 7BM :**

- *Contenu manifeste* : deux hommes (dont on ne voit que les têtes) près l'un de l'autre (différence de générations, pas de différence des sexes)..
- *Contenus latents* (renvoient au rapprochement père/fils) : dans un contexte oedipien, la planche renvoie à l'ambivalence de la relation avec le père : rivalité ou lien homosexuel au sein de l'oedipe négatif. Comme toutes les scènes de rapprochement manifeste, la planche provoque l'association fantasmatisée d'une séparation et d'un éloignement.

• **Planche 8BM :**

- *Contenu manifeste* : au second plan, un homme couché, deux hommes penchés sur lui avec un instrument (scène d'opération). Au premier plan, un adolescent tournant le dos à la scène, et un fusil (pas de différence des sexes, différence de générations).
- *Contenus latents* (renvoient à une scène d'agressivité ouverte confrontant des hommes adultes et un adolescent, en positions contrastées active/passive) : dans un contexte

oedipien, ce sont le désir parricide, la culpabilité, l'angoisse de castration et l'ambivalence vis-à-vis du père qui sont mobilisés. En deçà, les pulsions agressives à valence destructrice ravivent des fantasmes d'attaque mortifère contre les objets et l'angoisse de perte concomitante.

• **Planche 6GF :**

- *Contenu manifeste* : une jeune femme assise, au premier plan, se retournant vers un homme qui se penche sur elle (légère différence de générations, différence des sexes).
- *Contenus latents* (renvoient à une relation hétérosexuelle dans l'opposition conflictuelle entre désir et défense) : dans un contexte oedipien, cette planche convoque des fantasmes de séduction de type hystérique : c'est l'homme le plus âgé (le père ou son substitut) qui est l'agent séducteur, version qui préserve l'innocence de la jeune fille. La problématique de perte d'objet est beaucoup moins repérable à cette planche. Elle peut être sous-jacente à la relation oedipienne au père (renoncement difficile) ou à la mère (peur de perdre son amour dans la rivalité). Cependant, dans certains registres, il apparaît évident que la figure du père occupe une place et assure une fonction réparatrice lorsque la figure maternelle est trop fortement connotée par l'abandon.

• **Planche 7GF :**

- *Contenu manifeste* : une femme, un livre à la main, penchée vers une petite fille à l'expression rêveuse qui tient un poupon dans les bras (différence de générations, pas de différence des sexes).
- *Contenus latents* (renvoient à la relation mère/fille) : dans un contexte oedipien, la planche sollicite des mouvements d'identification de la fille à la mère qui autorise ou non l'accession à une place de femme et de mère. Dans d'autres contextes, le conflit se double de la réactualisation de l'ambivalence dans la relation mère/enfant, en termes d'amour et de haine, de proximité et de rejet.

• **Planche 9GF :**

- *Contenu manifeste* : au premier plan, une jeune femme, derrière un arbre, regarde une autre jeune femme qui court en contrebas, au second plan (pas de différence des sexes ni de générations).
- *Contenus latents* (renvoient à la rivalité féminine) : dans un contexte oedipien, la rivalité entre les deux femmes se noue autour d'un tiers, un homme aimé. Au-delà de la rivalité, c'est une agressivité plus violente, et éventuellement mortifère, qui se mobilise dans une problématique où l'attaque de l'autre est susceptible d'entraîner sa disparition.

• **Planche 10 :**

- *Contenu manifeste* : un couple qui se tient embrassé (pas de différence de générations, flou et ambiguïté dans la différence des sexes).
- *Contenus latents* (renvoient à l'expression des désirs dans le couple) : dans un contexte oedipien, les liaisons sont possibles ou pas entre tendresse et désir sexuel, la référence incestueuse est plus ou moins présente. Au-delà des « retrouvailles » du couple, c'est la menace de séparation qui demeure sous-jacente ou clairement formulée.

• **Planche 11 :**

- *Contenu manifeste* : paysage chaotique avec de vifs contrastes d'ombre et de clarté, en à pic.
- *Contenus latents* : la planche induit des mouvements régressifs très importants, mettant au jour des problématiques prégénitales singulières, généralement référées à une imago maternelle archaïque.

• **Planche 12BG :**

- *Contenu manifeste* : paysage boisé au bord d'un cours d'eau avec au premier plan un arbre et une barque. Végétation et arrière-plan imprécis. Aspect aéré et dominante claire.

- *Contenus latents* : dans un contexte oedipien, on trouve l'évocation de représentations de relations tendres ou nettement érotisées. Au-delà, les dimensions dépressive et/ou narcissique se manifestent à travers la réactivation d'une problématique de perte et d'abandon ou à travers l'impossibilité d'introduire une dimension objectale.

- **Planche 13B :**

- *Contenu manifeste* : un petit garçon assis sur le seuil d'une cabane aux planches disjointes.
- *Contenus latents* (renvoient à la capacité d'être seul) : dans un contexte oedipien, la planche ravive le sentiment de solitude de l'enfant délaissé par le couple parental. Au-delà, la problématique dominante mobilisée par la planche porte sur la capacité d'être seul dans un environnement précaire et met à l'épreuve la qualité de l'étayage maternel et ses effets sur le sujet.

- **Planche 13MF :**

- *Contenu manifeste* : une femme couchée, la poitrine dénudée et un homme debout, au premier plan, le bras devant le visage (différence des sexes, pas de différence des générations).
- *Contenus latents* (renvoient à l'expression de la sexualité et de l'agressivité dans le couple) : dans un contexte oedipien, la planche s'organise autour d'une situation triangulaire dramatisée mettant plus ou moins au jour une fantasmagorie incestueuse et meurtrière. Au-delà, et comme toutes les planches qui sont susceptibles de solliciter une fantasmagorie mortifère, c'est la question de la perte violente et de la destruction qui est ravivée, et cette fois, la massivité de la problématique peut entraîner un débordement et une désorganisation patents.

- **Planche 19 :**

- *Contenu manifeste* : image « surréaliste » de maison sous la neige ou de bateau dans la tempête.

- *Contenus latents* : mise à l'épreuve des limites entre dedans/dehors, bon/mauvais, et réactivation de problématiques archaïques dépressive et/ou persécution, selon les capacités de contenance et de différenciation du sujet.

- **Planche 16 :**

- *Contenu manifeste* : carte blanche pour le sujet.
- *Contenus latents* : renvoie à la manière dont le sujet structure ses objets internes et externes et organise ses relations avec eux.

La cotation des protocoles est effectuée à l'aide de la grille de la page suivante, permettant d'analyser les défenses utilisées dans le discours des patients et de les regrouper par séries :

- Série A : rigidité,
- Série B : labilité,
- Série C : évitement du conflit,
- Série E : émergence en processus primaires.

Les cotations complètes des protocoles de T.A.T. des dix patients inclus dans cette recherche, ainsi que les tableaux de synthèse des processus, sont présentés dans le tome II de ce travail, sur la base de la feuille de dépouillement suivante :

Série A Rigidité	Série B Labilité	Série C Évitement du conflit	Série E Émergences des processus primaires
<p><b>A1</b> Référence à la réalité externe A1-1 : Description avec attachement aux détails avec ou sans justification de l'interprétation A1-2 : Précisions : temporelle – spatiale – chiffrée A1-3 : Références sociales, au sens commun et à la morale A1-4 : Références littéraires, culturelles</p> <p><b>A2</b> Investissement de la réalité interne A2-1 : Recours au fief, au rêve A2-2 : Intellectualisation A2-3 : Dénégation A2-4 : Accent porté sur les conflits intra-personnels – Aller/retour entre l'expression pulsionnelle et la défense</p> <p><b>A3</b> Procédés de type obsessionnel A3-1 : Doute : précautions verbales, hésitation entre interprétations différentes, remâchage A3-2 : Annulation A3-3 : Formation réactionnelle A3-4 : Isolement entre représentations ou entre représentation et affect – Affect minimisé</p>	<p><b>B1</b> Investissement de la relation B1-1 : Accent porté sur les relations inter-personnelles, mise en dialogue B1-2 : Introduction de personnages non figurant sur l'image B1-3 : Expressions d'affects</p> <p><b>B2</b> Dramatisation B2-1 : – Entrée directe dans l'expression ; Exclamations ; Commentaires personnels. – Théâtralisme ; Histoire à rebondissements. B2-2 : Affects forts ou exagérés B2-3 : Représentations et/ou affects contrastés – Aller/retour entre désirs contradictoires B2-4 : Représentations d'actions associées ou non à des états émotionnels de peur, de catastrophe, de vertige...</p> <p><b>B3</b> Procédés de type hystérique B3-1 : Mise en avant des affects au service du refoulement des représentations B3-2 : Erotisation des relations, symbolisme transparent, détails narcissiques à valeur de séduction B3-3 : Labilité dans les identifications</p>	<p><b>CF Surinvestissement de la réalité externe</b> CF-1 : Accent porté sur le quotidien, le factuel, le faire – Référence plaquée à la réalité externe CF-2 : Affects de circonstance, références à des normes extérieures</p> <p><b>CI Inhibition</b> CI-1 : Tendance générale à la restriction (temps de latence long et/ou silences importants intra-récits, nécessité de poser des questions, tendance refus, refus) CI-2 : Motifs des conflits non précisés, banalisation, anonymat des personnages CI-3 : Éléments anxio-gènes suivis ou précédés d'arrêt dans le discours</p> <p><b>CN Investissement narcissique</b> CN-1 : Accent porté sur l'éprouvé subjectif – Références personnelles CN-2 : Détails narcissiques – Idéalisation de la représentation de soi et/ou de la représentation de l'objet (valence + ou -) CN-3 : Mise en tableau – Affect-titre – Posture signifiante d'affects CN-4 : Insistance sur les limites et les contours et sur les qualités sensorielles CN-5 : Relations spéculaires</p> <p><b>CL Instabilité des limites</b> CL-1 : Porosité des limites (entre narrateur / sujet de l'histoire ; entre dedans / dehors...) CL-2 : Appui sur le percept et/ou le sensoriel CL-3 : Hétérogénéité des modes de fonctionnement (interne/externe ; perceptif/symbolique ; concret/abstrait...) CL-4 : Clivage</p> <p><b>CM Procédés anti-dépressifs</b> CM-1 : Accent porté sur la fonction d'étaillage de l'objet (valence + ou -) – Appel au clinicien CM-2 : Hyper-instabilité des identifications CM-3 : Pirouettes, virevoltes, clin d'œil, ironie, humour</p>	<p><b>E1 Altération de la perception</b> E1-1 : Sotisme d'objet manifeste E1-2 : Perception de détails rares ou bizarres avec ou sans justification arbitraire E1-3 : Perceptions sensorielles – Fausses perceptions E1-4 : Perception d'objets détériorés ou de personnages malades, mal formés</p> <p><b>E2 Massivité de la projection</b> E2-1 : Inadéquation du thème au stimulus – Persévération – Fabulation hors image – Symbolisme hermétique E2-2 : Evocation du mauvais objet, thème de persécution, recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiognomies ou attitudes – Idéalisation de type mégalomaniaque E2-3 : Expressions d'affects et/ou de représentations massifs – Expressions crues liées à une thématique sexuelle ou agressive</p> <p><b>E3 Désorganisation des repères identitaires et objectifs</b> E3-1 : Confusion des identités – Télescopage des rôles E3-2 : Instabilité des objets E3-3 : Désorganisation temporelle, spatiale ou de la causalité logique</p> <p><b>E4 Altération du discours</b> E4-1 : Troubles de la syntaxe – Craquages verbales E4-2 : Indétermination, flou du discours E4-3 : Associations courtes E4-4 : Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'âne...</p>

## E. Organisation de l'analyse clinique

Chaque analyse des entretiens cliniques de recherche et des passations de tests projectifs (Rorschach et T.A.T.) des dix patients de la partie qualitative de notre recherche est organisée de la même façon :

- **L'entretien clinique de recherche** permet d'explorer la réalité médicale du sujet (disease) ; la réalité subjective (illness), à savoir les représentations de la maladie, les éventuelles théories étiologiques élaborées, les processus défensifs et la mise en sens de l'événement-maladie (complétés des données de l'IPQ-R et du DSQ-40) ; et la réalité sociale (sickness).
- **Le Rorschach** est analysé selon le schéma d'interprétation des données projectives de l'École de Paris (Azoulay & Emmanuelli, 2012, p. 298-299), à savoir la clinique de la passation (dynamique de la passation et caractéristiques de la production) ; l'analyse et l'interprétation des processus de pensée et du traitement des conflits (à travers l'axe narcissique et objectal) ; et l'évaluation de l'organisation défensive.
- **Le T.A.T.** est également analysé selon le schéma d'interprétation des données projectives de l'École de Paris (Azoulay & Emmanuelli, 2012, p. 300), avec une cotation de chaque récit de planche à l'aide de la feuille de dépouillement (cf. page précédente) et un dégagement de la problématique pour chaque planche (cf. tome II de ce travail), afin d'élaborer une évaluation de l'organisation défensive du patient, puis une synthèse des problématiques du sujet.
- **La synthèse**, reprenant toutes les données cliniques, permet de faire une évaluation du fonctionnement psychique du sujet et de l'articuler avec les données cliniques, pour ensuite les mettre en rapport avec nos hypothèses de recherche.

## IV. Éthique et déontologie de la recherche

---

### A. Positionnement : du clinicien au chercheur

Il existe deux positionnements possibles dans la recherche en psychologie clinique : « soit l'entretien clinique s'inscrit dans l'activité ou dans la pratique du psychologue clinicien, soit il a lieu à l'initiative du clinicien chercheur » (Bénonny et Chahraoui, 1999, p. 62). Dans le premier cas, le positionnement du psychologue est double : à la fois clinicien et chercheur. Il relève alors les données de sa pratique clinique pour les analyser selon ses hypothèses de recherche dans un second temps. Dans le second cas, le chercheur clinicien intervient uniquement à titre de chercheur et mène ses entretiens selon une méthodologie pré-déterminée. La demande émane alors du chercheur et non du patient, le psychologue n'intervient pas en tant que clinicien.

Clinicienne dans le domaine de la cancérologie et des soins palliatifs depuis plus de dix ans, nous nous sommes beaucoup questionnée au début de ce travail quant aux positionnements possibles dans le cadre de cette recherche, leurs conséquences et les questionnements éthiques s'y rapportant. Nous avons fait le choix de n'inclure dans notre recherche qualitative que des patients que nous ne serions jamais amenée à prendre en charge dans le cadre de notre activité professionnelle, même s'ils sont parfois suivis médicalement dans l'établissement où nous exerçons. Ainsi nous ne les avons rencontrés qu'une seule et unique fois, et seulement dans notre fonction de chercheuse, avec la possibilité de les orienter si besoin vers nos collègues des différentes institutions. Cette place de « chercheuse » nous est apparue comme très différente de celle de clinicienne à laquelle nous sommes habituée, parfois frustrante. La rencontre unique et l'impossibilité, pour des raisons éthiques évidentes, de pouvoir nous-même proposer un suivi aux patients, a parfois suscité beaucoup de frustration.

## B. Questions éthiques

D'après O. Bourguignon et A. Fagot Largeot (1995)<sup>60</sup>, différentes questions éthiques se posent par rapport à l'utilisation de données cliniques dans la recherche. Nous allons tenter de répondre ou tout du moins d'amorcer une réflexion face à chacune de ces interrogations :

- *Y a-t-il consentement des sujets pour participer à la recherche ?*

Chaque sujet ayant participé à notre recherche s'est vu remettre par son oncologue une information sur la recherche ainsi qu'un consentement (les deux documents se retrouvent dans le tome II de notre travail), qu'il devait retourner signé avec le questionnaire rempli. Ces documents leur précisaient qu'ils avaient la possibilité de quitter la recherche à tout moment et leur donnaient des informations sur la confidentialité des données recueillies (« *Je n'autorise leur consultation que par la personne qui mène cette recherche* »).

Néanmoins, concernant l'information des patients sur le fait qu'il s'agissait d'une étude comparative entre patients en phase curative de leur maladie et en phase palliative, il nous a paru plus pertinent de ne pas donner de précision sur ce point. En effet, suite à une importante réflexion éthique autour de la question de le formuler ou pas, nous avons fait le choix de tenter d'expliquer la recherche de la manière la plus juste possible, mais sans risquer de « violenter » des patients qui n'auraient pas forcément été à même d'intégrer cette dimension.

- *Quelle est la valeur du consentement de sujets affaiblis, rendus vulnérables par l'état de maladie ?*

Les patients affaiblis par leur maladie ou les traitements qui n'étaient pas en état de participer à la seconde phase de notre recherche (rencontre clinique) ont interrompu leur participation et nous ont expliqué que leur état ne leur permettait pas de se soumettre à l'entretien de recherche clinique et à la passation de tests projectifs. Néanmoins, il nous semble que la vulnérabilité des sujets à qui l'on a proposé de participer à cette recherche provient davantage de

---

<sup>60</sup> Citées par Bénony et Chahraoui (1999).

leur statut de patient : en effet, comment s'autoriser à dire non au cancérologue, alors qu'il déploie tellement d'énergie à tenter d'enrayer la maladie ?

- *La recherche présente-t-elle un intérêt pour le sujet ?*

À cette question, nous pourrions répondre spontanément que non, cette recherche ne présente pas d'intérêt direct pour le sujet. En effet, ce qu'elle pourrait apporter dans la compréhension du vécu des patients dans un but d'améliorer leurs prises en charge, n'aurait pas d'impact direct sur le patient. Néanmoins, la passation d'auto-questionnaire et la rencontre clinique peuvent ouvrir sur des réflexions et une introspection ouvrant le champ à une possible prise en charge psychothérapeutique, d'autant qu'elle lui permet d'approcher de près cette curiosité qu'est le psychologue et ainsi le désacraliser.

Par ailleurs, être choisi pour participer à une recherche est fondamentalement narcissisant pour le patient et est moins angoissant qu'une simple rencontre clinique. « *Participer à une recherche, c'est alors s'extraire de l'actuel et du factuel parfois lourds et angoissants ; c'est aussi pouvoir parler de soi moins directement que dans la « simple » rencontre clinique : la recherche fait tiers et, de surcroît, elle inclut dans un groupe, un groupe de pairs à même de constituer une enveloppe groupale et de favoriser un mouvement de fusion identitaire, autant d'incidences rassurantes en des temps de traversée tempétueuse* » (Pheulpin, Baudin et Bruguière, 2017, p. 53).

- *Est-elle susceptible d'avoir un effet néfaste sur lui ?*

L'effet potentiellement néfaste de la recherche sur le patient est extrêmement difficile à évaluer. Nous ne pouvons bien entendu pas exclure qu'elle puisse être délétère dans ce qu'elle peut remuer chez le patient et dont il tente de se défendre...

- *A-t-on le droit de disposer d'informations sur la vie des sujets et de les utiliser en vue d'une publication ?*

Cette question fondamentale pour laquelle il serait possible de débattre à l'infini trouve néanmoins une réponse dans le fait de rendre totalement anonymes les données de la recherche.

- *Quelles sont les conséquences d'une évaluation psychologique sur la personne ?*

Il est évident que les conséquences d'une évaluation psychologique sur les patients ne sont absolument pas négligeables. Il est ressorti très clairement de nos rencontres cliniques l'impact angoissant de l'aspect évaluatif des tests, avec une crainte récurrente de la folie, probablement à mettre en lien avec l'état psychique dans lequel la maladie cancéreuse peut entraîner le patient : « *les patients peuvent enfin ignorer qu'une aide psychologique peut leur être apportée. Il peut y avoir aussi une certaine réserve, un recul des patients à consulter un psychologue ou un psychiatre au décours de la maladie, à la fois dans des difficultés d'identification de la souffrance psychique, en voulant la minimiser ou aussi en ne voulant pas rajouter une prise en charge psychologique à une prise en charge cancérologique déjà fort lourde, par peur aussi d'une deuxième maladie (la « folie », la dépression) concomitante au cancer* » (Bendrihen, 2015, p. 12). De plus, les projectifs utilisés (Rorschach et T.A.T.) se nomment des « tests » : ce point n'échappe à notre avis à aucun patient. Le terme est fort, renvoyant à la notion d'évaluation, et peut avoir un effet anxiogène chez certains sujets.

- *A-t-on le droit de réveiller chez certains sujets des souvenirs enfouis, douloureux, qui ne demandaient qu'à être oubliés alors que l'objectif de la recherche n'est pas thérapeutique, même si « incidemment » il peut aussi l'être ?*

Effectivement, comme nous l'évoquions plus haut (en réponse à la question : *Est-elle susceptible d'avoir un effet néfaste sur lui ?*), le fait de remuer un vécu douloureux dont il ne veut parfois rien entendre peut être difficile pour le patient. Les éléments d'anamnèse que nous tentons d'explorer dans l'entretien, ainsi que le vécu, les représentations et l'évaluation psychologiques pourraient être délétères. Néanmoins, même s'il nous était impossible de proposer un suivi psychothérapeutique à ces patients, nous avons la possibilité de les orienter vers nos collègues des différentes institutions où ils étaient pris en charge (ce que nous avons fait à plusieurs reprises).

S'il existe des lois pour réglementer la recherche, il n'en demeure pas moins que seuls les textes ne peuvent garantir l'éthique de la recherche : l'attitude respectueuse, neutre, empathique, bienfaisante, juste, équitable et rigoureuse sur le plan scientifique du chercheur est fondamentale.

### C. Impact de la recherche

L'impact de la participation de la recherche sur les patients est double : à la fois certains des participants traduisent une impression d'utilité, avec un sentiment de renarcissisation de faire de leur histoire un événement « utile ». En parallèle, nous pouvons nous questionner sur le caractère rendu presque obligatoire de la participation, du fait qu'elle était présentée par le cancérologue. L'asymétrie des places dans ce contexte et la volonté d'être un « bon » patient peuvent avoir remis en question la véritable liberté annoncée quant à la participation des patients. En effet, quelle a été la réelle possibilité pour les malades de refuser de participer à cette recherche, alors qu'elle était présentée, évidemment de façon très positive, par leur cancérologue ? Et quid de l'authenticité des réponses, malgré l'anonymat, quand il est si fondamental de faire bien, d'être un « bon » patient ? Enfin, dans le cadre des rencontres cliniques, toujours au regard de ces mêmes arguments, quelle est la place réelle pour la subjectivité du patient ? Que pouvait-il réellement s'autoriser à dire ?

De plus, nous avons fait le choix lors de l'explication de la recherche aux patients de ne pas évoquer la question de la dimension comparative de notre recherche, autour des phases curatives et palliatives de la maladie. Ce non-dit nous amène à faire un parallèle avec la réflexion de ces dernières années sur les intitulés des EMASP<sup>61</sup> et les réflexions autour de la possibilité de nommer ou pas les soins palliatifs. S'agirait-il uniquement d'une difficulté et de résistances des soignants ? Malgré le fait qu'il nous semble que ce clivage « théorique » ne représente pas une réalité psychique pour les patients, nous avons fait le choix de ne pas risquer d'être confrontée à la question : « de quel groupe fais-je partie ? ». Les patients avaient ainsi pour information qu'ils participaient à une recherche ayant pour thème « Le sens et les représentations de la maladie chez les patients atteints de cancer », afin de mieux comprendre

---

<sup>61</sup> Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

les représentations et le sens donné à la maladie à travers le vécu des personnes atteintes par la maladie (cf. Information du patient, Tome II).

#### D. Biais méthodologiques

Le premier biais méthodologique de cette recherche et le plus fondamental à notre sens est celui que nous avons tenté d'éviter dès le début de cette recherche et dans la mise en place de la méthodologie, à savoir la « classification » des patients dans les deux groupes de patients (phases curative et palliative de la maladie). En effet, les résistances majeures des oncologues à penser leurs patients comme étant en phase palliative de leur maladie a rendu difficile le classement objectif des patients dans les deux groupes, malgré toute notre réflexion et notre travail autour de l'élaboration des questionnaires médicaux.

Le second biais de cette recherche concerne assurément la question de la réelle libre participation des patients à la recherche : le fait que les questionnaires soient proposés par le oncologue donnaient à notre sens une liberté toute relative de refus aux sujets (bien qu'il figure dans le document d'information au patient – cf. Tome II : « *Votre participation reste entièrement basée sur le volontariat. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence sur votre suivi médical, cette participation ne pouvant être que libre et facultative. De même, vous pouvez vous retirer à tout moment de la recherche, sans devoir justifier votre décision* », et dans le formulaire de consentement : « *J'ai bien été informé(e) que je suis libre d'accepter ou de refuser ; cela ne changera pas le déroulement du traitement et les relations avec le médecin du service* »). En lien avec cette réflexion, nous avons rencontrés plusieurs patients qui nous ont donné le sentiment de « faussement » participer aux tests, n'ayant rien envie de donner à voir de leur fonctionnement psychique (nous explorerons dans la discussion de notre travail les pistes explicatives de ce ressenti clinique).

Un autre biais méthodologique de notre recherche a trait à la temporalité de la maladie et des traitements. En effet, nous avons rencontré les patients à des phases diverses de leur évolution médicale : en dehors des phases curatives et palliatives de la maladie, il est important de noter que certains patients étaient en cours de traitement, d'autres en phase de surveillance et considérés comme en rémission, d'autres encore en arrêt de traitement pour cause

d'évolutivité trop importante de leur pathologie... Il est important selon nous de garder à l'esprit que ces différentes phases ne peuvent qu'avoir des conséquences sur les processus psychiques à l'œuvre chez les sujets au moment de la rencontre.

Par ailleurs, la passation des tests projectifs a parfois eu un effet inhibant sur les patients, qui dans certains cas ont été en mesure de verbaliser leur malaise d'être confrontés à ce type de matériel. La dimension projective, dans ce qu'elle provoque de l'émergence de représentations inconscientes, a pu mettre à mal certains patients, qui ne souhaitaient pas donner à voir d'éléments de leur réalité psychique interne. En revanche, l'enregistrement des rencontres ne semble pas avoir posé de problèmes aux patients, qui semblaient très vite oublier la présence du dictaphone : les enregistrements ne paraissent ainsi pas avoir eu un quelconque impact dans le recueil de données. Néanmoins, le matériel retranscrit a permis de rendre compte de mouvements transféro-contre-transférentiels à l'œuvre dans la rencontre et de l'analyser plus finement.

Pour conclure, la question de mener une recherche proposée par le cancérologue du patient, ce dernier pouvant ainsi se trouver dans l'impossibilité de refuser de participer, nous a interrogée au moment du recueil des résultats sur les places de clinicien et de chercheur. En effet, le psychologue est un des seuls interlocuteurs que peut refuser de voir le patient : *« parce qu'il ne touche pas au corps, le psychologue peut se positionner comme tiers et donc laisser sa place au Sujet. Le refus peut alors se dire et être entendu sans que le patient engage pour cela sa vie »* (Augé, 2001). Ainsi, dans le cadre de la recherche, il peut s'opérer un glissement des rôles et ainsi des fonctions : la question du psychologue comme tiers peut dans ce contexte être interrogée. À notre connaissance, aucun patient à qui la recherche a été proposée n'a refusé de remplir les questionnaires. Néanmoins, lors des prises de contact en vue des rencontres cliniques, certains patients ont pu prétexter un état de fatigue qui ne leur permettait pas de venir nous rencontrer.

*L'intégralité de la retranscription des entretiens cliniques et des passations de projectifs de chaque patient figure dans le tome II de cette thèse, de même que les cotations de Rorschach et de T.A.T. commentés, ainsi que les psychogrammes et synthèses des procédés du T.A.T.*

## CHAPITRE 2. ANALYSE QUANTITATIVE

---

### I. Analyse des données sociodémographiques et médicales

---

Quatre-vingt-dix patients ont participé à cette étude et complété, après présentation par leur cancérologue des objectifs et du déroulement de la recherche, l'auto-questionnaire sur la perception de la maladie, l'IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002 ; version française : Nebal Al Anbar, Roland Dardennes & Kelley Kaye, 2005), ainsi que le DSQ-40, Defense Style Questionnaire (Bond, 1983), échelle de style défensif.

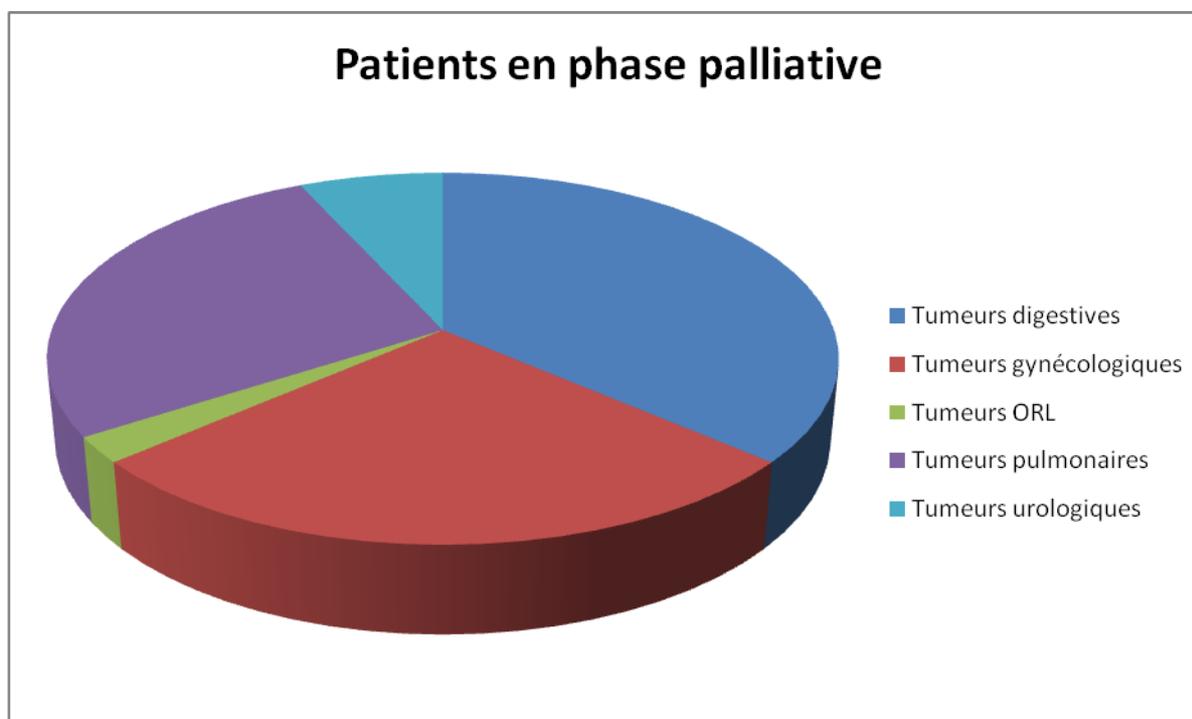
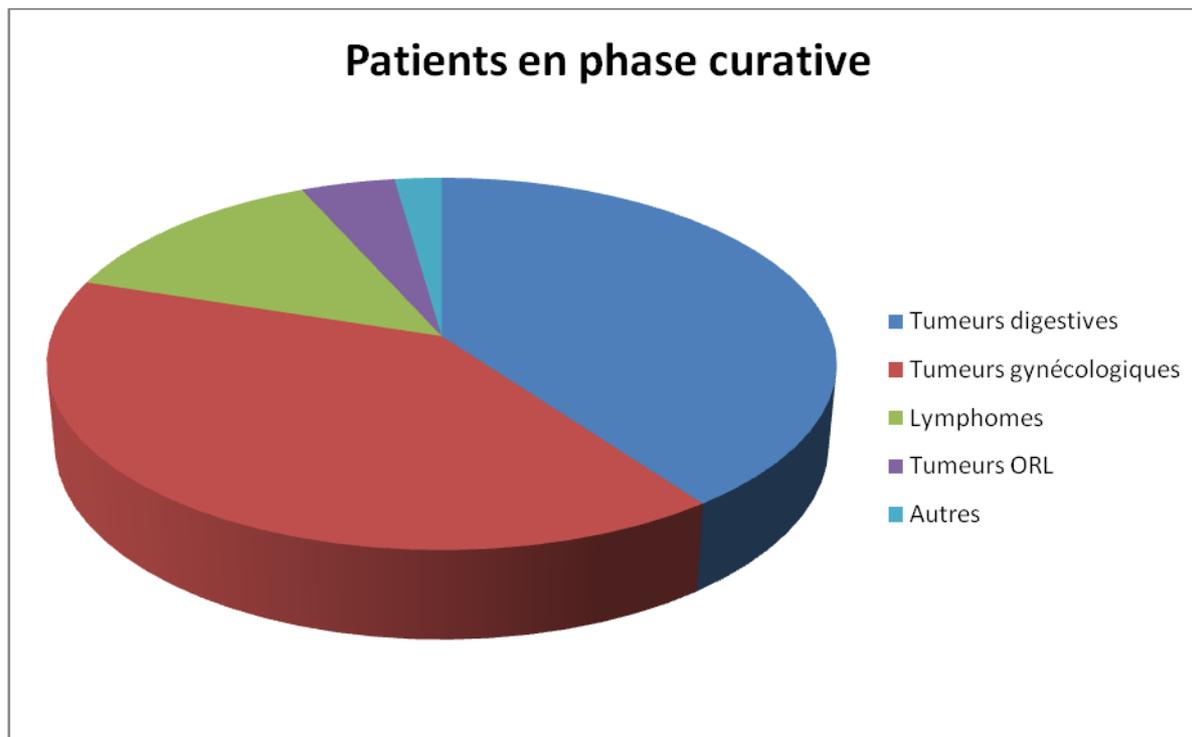
Par ailleurs, les cancérologues ont rempli, pour chacun des patients, un questionnaire médical (cf. Tome II, p. 9) reprenant des données sociodémographiques (sexe, date de naissance, statut marital, profession, niveau d'études) et médicales (localisation de la tumeur primitive, date du premier diagnostic, pronostic initial, récurrence et pronostic actuel, ainsi que l'item permettant la classification dans le groupe stade de la maladie, soit « curatif » ou « palliatif »). Il est à noter que certaines données démographiques - à savoir, le statut marital, la profession et le niveau d'études - ne seront pas traités sur le plan quantitatif dans cette recherche. Néanmoins, ces données pourraient être utilisées lors de travaux ultérieurs. De même que les données médicales, excepté la localisation tumorale et l'item permettant la classification dans les groupes curatif et palliatif, seront plutôt utilisées pour les patients rencontrés en phase qualitative de cette recherche afin d'avoir quelques éléments médicaux objectifs et scientifiques à propos de leur pathologie.

45 patients sont retrouvés dans le groupe dit « curatif » : 27 femmes et 18 hommes, âgés de 37 à 81 ans, avec une moyenne d'âge de 61,2 ans et une médiane de 61 ans. De même, 45 patients appartiennent au groupe dit « palliatif », 26 femmes et 19 hommes, âgés de 41 à 84 ans, avec une moyenne d'âge de 63,75 ans et une médiane de 63 ans. Le tableau ci-dessous reprend l'analyse descriptive des données du panel de sujets ayant participé à cette recherche, en fonction de leur âge et de la localisation de leur maladie (tableau 1) :

	<b>GROUPE « CURATIF »</b>				<b>GROUPE « PALLIATIF »</b>			
	HOMMES		FEMMES		HOMMES		FEMMES	
<b>CLASSE D'AGE</b>	<b>N = 18</b>	<b>%</b>	<b>N = 27</b>	<b>%</b>	<b>N = 19</b>	<b>%</b>	<b>N = 26</b>	<b>%</b>
30-39	0	0 %	1	3 %	0	0 %	0	0 %
40-49	2	11 %	6	22 %	3	15 %	6	23 %
50-59	3	16 %	8	29 %	2	10 %	5	19 %
60-69	4	22 %	7	26 %	6	31 %	7	27 %
70-79	8	44 %	4	14 %	8	42 %	5	19 %
80-89	1	5 %	1	3 %	0	0 %	3	11 %
<b>ATTEINTE PATHOLOGIQUE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
APPAREIL BUCO DIGESTIF*	4	22 %	0	0 %	1	5 %	0	0 %
POUMON	0	0 %	0	0 %	7	36 %	5	19 %
SEIN	0	0 %	17	63 %	0	0 %	10	38 %
OVAIRE/CARCINOME/MERKEL	1	5 %	1	3 %	0	0 %	1	3 %
PANCREAS	3	16 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
LYMPHOME	2	11 %	1	3 %	0	0 %	0	0 %
PROSTATE	0	0 %	0	0 %	2	10 %	0	0 %
REIN	0	0 %	0	0 %	1	5 %	0	0 %
LNH	1	5 %	2	7 %	0	0 %	0	0 %
COLON/C. ANAL/PERITOINE/RECTUM	6	33 %	6	22 %	4	21 %	6	23 %
<b>*Gastrique, Oesophage, Langue, base de la Langue</b>								

*Tableau 1 : tableau descriptif de fréquences*

La répartition des localisations tumorales dans chaque groupe peut ainsi être représentée de la façon suivante :



Cette répartition des localisations tumorales ne représente pas d'intérêt statistique à proprement parler. Elle permet d'avoir une idée des principaux types de pathologies rencontrées, sachant que les représentations associées à telle ou telle localisation peuvent se révéler très différentes en fonction des patients et lourdes de sens.

## II. Analyse statistique des données des questionnaires

---

### A. Tests préalables

Dans ce travail, nous ne nous attacherons qu'à la phase de la maladie pour chacun des patients rencontrés lors de la phase qualitative. Il serait néanmoins intéressant, dans une recherche ultérieure, d'étudier une éventuelle corrélation entre localisation de la pathologie cancéreuse et scores aux items de l'IPQ-R concernant l'étiologie supposée de la maladie (Immunité, Psychologique, Facteur de risque et Hasard).

Sur l'ensemble des sujets participants (N = 90) distribués sur deux groupes selon le stade d'évolution de la maladie, à savoir patients dits « Curatifs » (N = 45, 27 femmes et 18 hommes) et patients dits « Palliatifs » (N = 45, 26 femmes et 19 hommes), une analyse comparative a été effectuée, prenant comme variables de groupement le stade de la maladie et le sexe. Bien que les deux échantillons soient d'effectifs égaux et que les patients aient répondu aux deux mêmes échelles psychométriques, il est nécessaire de pointer le fait qu'il s'agit de groupes non appariés, l'analyse ayant été effectuée sur la variable « *stade de la maladie* » (curatif ou palliatif).

De ce fait, et dans le but d'évaluer la significativité des résultats obtenus au sein des deux groupes de patients, une batterie de tests statistiques a été réalisée. Tout d'abord une analyse factorielle en composantes principales a été appliquée, mais les indices obtenus n'ont pas permis de poursuivre dans cette voie. En effet, l'indice d'adéquation pour la mesure de la qualité de l'échantillonnage Kayser-Meyer-Olkin a indiqué une inadéquation pour les deux échantillons (curatifs (code = 0) et palliatifs (code = 1)), le Khi carré très significatif observé dans le test de Bartlett ayant confirmé cette inadéquation.

#### Indice KMO et test de Bartlett<sup>a</sup>

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,382
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	722,37
	ddl	496
	Signification	,000

a. Seules les observations pour lesquelles le Stade de la maladie = 0 sont utilisées pendant la phase d'analyse.

#### Indice KMO et test de Bartlett<sup>a</sup>

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,350
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	678,86
	ddl	496
	Signification	,000

a. Seules les observations pour lesquelles le stade de la maladie = 1 sont utilisées pendant la phase d'analyse.

Concernant l'échantillon de patients en phase curative de leur maladie, il est observé un indice d'adéquation de la qualité de l'échantillonnage  $KMO = 0,382 < 0,500$ , donc très faible et un résultat du test de Bartlett avec un Khi carré très significatif  $\chi^2[496] = 722,377$ ,  $p < 0,000$  venant confirmer cette inadéquation. Il en est de même pour l'échantillon de patients en phase palliative de leur maladie. Le  $KMO = 0,350 < 0,500$  dans ce cas est donc également bien inférieur aux normes admises ( $KMO > 0,800$ ). Le test de sphéricité de Bartlett pour l'échantillon des patients en phase palliative, également très significatif, confirme cette inadéquation  $\chi^2[496] = 678,868$ ,  $p < 0,000$ . L'échec dans la convergence de la rotation Varimax dans les vingt-cinq interactions pour les deux échantillons a entraîné l'abandon de ce procédé.

## B. Test de Student

Étant en présence de deux échantillons indépendants (à savoir les deux stades différents de la maladie), nous avons utilisé le test du t de Student afin de mesurer et comparer la taille des effets observés pour les deux groupes de patients. Le t de Student, comme la plupart des tests statistiques, doit répondre à un certain nombre de critères empiriques. Les échantillons mesurés doivent suivre approximativement une distribution normale pour que le test soit valide. De ce fait, pour chaque variable dépendante, une analyse de variance a été réalisée sur les écarts absolus des valeurs aux moyennes des groupes respectifs. Dans le respect de ces critères empiriques, l'homogénéité des variances doit corroborer la validité et la précision des résultats. Pour valider ce point, nous avons utilisé le Test de Levene : s'il est significatif, on rejette l'hypothèse nulle d'homogénéité des variances. Autrement dit, cela signifie que la variance de la variable mesurée n'est pas homogène et donc le t de Student n'est pas valide.

La totalité des sujets participants ont répondu à deux questionnaires, la version révisée de l'auto-questionnaire sur la Perception de la Maladie (IPQ-R), ainsi que la version courte du Questionnaire de Style de Défense (DSQ-40). Les patients sont répartis en deux échantillons à effectifs égaux selon le stade de la maladie, phase curative (NC = 45) et phase palliative (NP = 45) : les résultats des deux tests psychométriques ont été comparés, prenant en compte deux variables de regroupement, le stade de la maladie et le sexe des participants.

## C. Analyse statistique de l'IPQ-R

L'auto-questionnaire sur la perception de la maladie, l'IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002 ; version française : Nebal Al Anbar, Roland Dardennes & Kelley Kaye, 2005), a été utilisé afin d'étudier différents items renvoyant à la perception de leur maladie par les patients, en fonction du stade d'évolution de celle-ci. L'échantillon est composé de 90 sujets (N = 90), divisés en deux modalités, en fonction du stade d'évolution de la maladie : phase curative (Femmes = 27 et Hommes = 18) et phase palliative (Femmes = 26 et Hommes = 19), soient deux échantillons indépendants. L'ensemble des sujets participants a répondu à l'auto-questionnaire : dans un premier temps, à travers quatorze symptômes à identifier comme imputables à la maladie ou pas pour l'item identité de la maladie (IDE) et trente-huit questions

regroupées par items pour la chronologie (CHR), ses conséquences (COS), le contrôle personnel (CTP), le contrôle du traitement (CTT), la cohérence de la maladie (CDM), la chronologie cyclique (CHC) et les représentations émotionnelles associées (RPE). Dans un second temps, les sujets ont répondu à vingt autres questions permettant d'obtenir un score aux quatre items portant sur l'étiologie supposée de la maladie, soient l'immunité (IMM), les facteurs psychologiques (PSY), les facteurs de risque (FDR) et le hasard (HAS).

Sur le plan méthodologique, nous avons ainsi procédé avec ces données à une analyse de variance sur les écarts absolus des valeurs de moyennes des deux groupes pour chaque variable dépendante, puis avons appliqué le test de Levene pour évaluer l'homogénéité des variances. Rappelons que ce procédé préalable fait partie des critères empiriques qui conditionnent la validité du test statistique appliqué, le t de Student. L'analyse prend en compte la modalité de stade de la maladie (curatif vs palliatif) comme variable de regroupement dans un premier temps, puis le sexe des participants dans un second temps.

Les résultats de l'analyse des données en fonction du stade de la maladie pointent uniquement des différences significatives entre les deux groupes de patients (« curatifs » vs « palliatifs ») à propos des variables identité (IDE), chronologie (CHR), conséquences (COS) et chronologie cyclique (CHC). Ces quatre variables répondent favorablement aux critères empiriques d'homogénéité du test de Levene : l'Identité (IDE),  $F_{obs} = 0.456$ ,  $p < 0.501$  ; la Chronologie (CHR),  $F_{obs} = 0.283$ ,  $p < 0.596$  ; les Conséquences (COS)  $F_{obs} = 3.202$ ,  $p < 0.077$  et la Chronologie Cyclique (CHC),  $F_{obs} = 1.290$ ,  $p < 0.259$ . Les différences observées entre les deux groupes de patients sont confirmées par le t de Student au seuil alpha bilatéral : l'Identité (IDE),  $t_{[88]}_{obs} = - 2.202$ ,  $p < 0.030$  ; la Chronologie (CHR),  $t_{[88]}_{obs} = - 3.741$ ,  $p < 0.000$  ; les Conséquences (COS),  $t_{[88]}_{obs} = - 2.224$ ,  $p < 0.029$  et la Chronologie Cyclique (CHC),  $t_{[88]}_{obs} = - 2.592$ ,  $p < 0.011$ . Ces données se retrouvent dans le tableau suivant (tableau 2) :

Test des échantillons indépendants										
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
IPQ R 1 IDE	Hypothèse de variances égales	,456	,501	2,202	88	,030	-1,5111	,6864	-2,8752	-,1471
	Hypothèse de variances inégales			2,202	87,826	,030	-1,5111	,6864	-2,8752	-,1470
IPQ R 2 CHR	Hypothèse de variances égales	,283	,596	3,741	88	,000	-4,8444	1,2951	-7,4181	-2,2708
	Hypothèse de variances inégales			3,741	86,572	,000	-4,8444	1,2951	-7,4187	-2,2702
IPQ R 3 COS	Hypothèse de variances égales	3,202	,077	2,224	88	,029	-2,4889	1,1192	-4,7131	-,2647
	Hypothèse de variances inégales			2,224	81,121	,029	-2,4889	1,1192	-4,7157	-,2621
IPQ R 4 CTP	Hypothèse de variances égales	2,185	,143	-,431	88	,668	-,4667	1,0828	-2,6185	1,6852
	Hypothèse de variances inégales			-,431	83,970	,668	-,4667	1,0828	-2,6199	1,6866
IPQ R 5 CTT	Hypothèse de variances égales	2,731	,102	,445	88	,658	,3556	,7992	-1,2327	1,9439
	Hypothèse de variances inégales			,445	81,544	,658	,3556	,7992	-1,2345	1,9456

IPQ R 6 CDM	Hypothèse de varian- ces égales	,261	,611	,533	88	,596	,5778	1,0844	-1,5772	2,7328
	Hypothèse de varian- ces inéga- les			,533	87,857	,596	,5778	1,0844	-1,5773	2,7328
IPQ R 7 CHC	Hypothèse de varian- ces égales	1,290	,259	- 2,592	88	<b>,011</b>	-2,1556	,8315	-3,8079	-,5032
	Hypothèse de varian- ces inéga- les			- 2,592	85,323	<b>,011</b>	-2,1556	,8315	-3,8086	-,5025
IPQ R 8 RPE	Hypothèse de varian- ces égales	3,872	,052	- 1,157	88	,250	-1,7111	1,4790	-4,6503	1,2281
	Hypothèse de varian- ces inéga- les			- 1,157	84,029	,251	-1,7111	1,4790	-4,6522	1,2300
IPQ R A IMM	Hypothèse de varian- ces égales	,078	,781	-,784	88	,435	-,4000	,5103	-1,4142	,6142
	Hypothèse de varian- ces inéga- les			-,784	87,828	,435	-,4000	,5103	-1,4142	,6142
IPQ R B PSY	Hypothèse de varian- ces égales	,230	,633	,288	88	,774	,3111	1,0819	-1,8390	2,4612
	Hypothèse de varian- ces inéga- les			,288	87,762	,774	,3111	1,0819	-1,8391	2,4613
IPQ R C FDR	Hypothèse de varian- ces égales	,204	,653	,206	88	,837	,2444	1,1853	-2,1110	2,5999
	Hypothèse de varian- ces inéga- les			,206	87,546	,837	,2444	1,1853	-2,1112	2,6001
IPQ R D HAS	Hypothèse de varian- ces égales	,286	,594	,976	88	,332	,3556	,3643	-,3683	1,0794
	Hypothèse de varian- ces inéga- les			,976	87,337	,332	,3556	,3643	-,3684	1,0795

*Tableau 2 : Résultats du test de Levene et du t de Student – IPQ-R - variable de regroupement « stade de la maladie »*

Pour plus de lisibilité et afin de faciliter la compréhension du lecteur non statisticien, les résultats sont présentés de manière synthétique et simplifiée dans le tableau suivant (tableau 3) :

	<b>Moyenne des scores - patients « curatifs »</b>	<b>Moyenne des scores - patients « palliatifs »</b>	<b>Valeur p</b>
<b>1. Identité</b>	<b>4.8</b>	<b>6.3</b>	<b>0.03</b>
<b>2. Chronologie</b>	<b>15.5</b>	<b>20.3</b>	<b>0.0003</b>
<b>3. Conséquence</b>	<b>19</b>	<b>21.5</b>	<b>0.03</b>
<b>4. Contrôle personnel</b>	17.4	17.9	0.67
<b>5. Contrôle traitement</b>	19.2	18.9	0.66
<b>6. Cohérence maladie</b>	16.1	15.6	0.60
<b>7. Chronologie cyclique</b>	<b>10.3</b>	<b>12.5</b>	<b>0.01</b>
<b>8. Représentation émotionnelle</b>	16.9	18.6	0.25
<b>A. Immunité</b>	7.9	8.3	0.44
<b>B. Psychologique</b>	14.2	13.9	0.78
<b>C. Facteur de risque</b>	19.8	19.6	0.84
<b>D. Hasard</b>	5.4	5	0.33

*Tableau 3 : Récapitulatif des données obtenues à l'IPQ-R pour les deux groupes de patients*

La comparaison des moyennes des deux groupes de patients obtenues à chaque item de l'IPQ-R à l'aide du test statistique du t de Student (test validé pour comparer des moyennes de groupes de plus de 30 sujets, lorsque les données suivent une loi normale – cf. tests préalables) ne montre pas de différence significative pour la majorité des items ( $t(88) > 0.05$ ; NS, soient le Contrôle Personnel (CTP), le Contrôle du Traitement (CTT), la Cohérence de la Maladie (CDM), les Représentations Émotionnelles associées (RPE) et les items relatifs à l'étiologie supposée de la maladie : l'Immunité (IMM), les Facteurs Psychologiques (PSY), les Facteurs de Risque (FDR) et le Hasard (HAS)). Seuls les items Identité (IDE) ( $t(88) = 0.03$ ;  $p < .05$ ), Conséquence (COS) ( $t(88) = 0.03$ ;  $p < .05$ ) et Chronologie Cyclique (CHC) ( $t(88) = 0.01$ ;  $p < .05$ ) montrent une différence significative intergroupe à .05 et l'item Chronologie (CHR) ( $t(88) = 0.0003$ ;  $p < .01$ ) une différence très significative à .01.

L'analyse statistique des résultats de ce test nous montre donc que les deux groupes de patients obtiennent des scores identiques aux items de l'IPQ-R concernant la perception de leur maladie. Il apparaît ainsi que les représentations sont identiques dans les deux groupes concernant le supposé contrôle personnel sur sa maladie par le patient ou le contrôle par son traitement médical, le sens de sa pathologie pour le sujet et sa compréhension, ou encore les représentations émotionnelles qui lui sont associées. De même, le type d'attributions étiologiques de leur maladie par les patients est la même dans les deux groupes (Immunité, Psychologique, Facteur de risque, Hasard).

Les différences entre les deux groupes apparaissent lorsque l'on évoque la liste de symptômes associés à la maladie et leur nombre (il semble alors évident que les patients en phase palliative de leur maladie sont plus symptomatiques que ceux en phase curative) ; la chronologie de la maladie, à savoir la durée supposée de sa maladie par le patient et sa cyclicité (là encore, il n'est pas surprenant que le score des patients dits « palliatifs » soit plus élevé) et enfin l'importance et l'influence des conséquences de la maladie sur la vie du patient.

Par ailleurs, les analyses statistiques effectuées sur la variable sexe des participants ont montré des résultats que nous souhaitons exposer ici, même s'ils ont un intérêt moindre dans le cadre de cette recherche. Néanmoins, ces données seraient intéressantes à exploiter dans une recherche ultérieure. Ainsi, dans le même échantillon de participants  $N = 90$ , divisé en

deux groupes prenant la variable sexe des participants comme variable de regroupement, soit N = 53 femmes et N = 37 hommes, les résultats sont les suivants : les variables cohérence de la maladie (CDM) et facteurs de risque (FDR) sont écartées d'emblée car ne répondant pas aux critères empiriques d'homogénéité des variances, ce qui invalide leur t de Student et ne permet d'inférer des informations statistiquement valables. En revanche, les variables Contrôle personnel (CTP), F obs = 0.001, p < 0.976 ; Contrôle du traitement (CTT) F obs = 0.040, p < 0.841 et Psychologique (PSY), F obs = 0.850, p < 0.389 répondent favorablement aux critères empiriques préalables. De ce fait, leurs résultats significatifs au t de Student nous renseignent sur le fait que les hommes et les femmes participant au protocole de recherche, quel que soit le stade d'évolution de leur maladie, n'ont pas la même perception en ce qui concerne le Contrôle Personnel, le Contrôle du Traitement et l'imputation de facteurs psychologiques à l'étiologie de leur maladie. Le t de Student pointe une différence suffisamment significative entre les hommes et les femmes dans leur perception du Contrôle Personnel (CTP), t[88] obs = - 2.397, p < 0.019 et l'étiologie psychologique de la maladie (PSY) t[88] obs = 2.267, p < 0.026 ; tandis qu'il existe une différence très significative entre hommes et femmes lorsqu'il s'agit de la perception du Contrôle du Traitement (CTT) t[88] obs = - 2.994, p < 0.004. Les résultats sont retrouvés dans le tableau suivant (tableau 4) :

Test des échantillons indépendants										
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
IPQ R 1 IDE	Hypothèse de variances égales	2,268	,136	,485	88	,629	,3468	,7155	-1,0751	1,7687
	Hypothèse de variances inégales			,499	84,603	,619	,3468	,6948	-1,0348	1,7284
IPQ R 2 CHR	Hypothèse de variances égales	,088	,767	,126	88	,900	,1785	1,4167	-2,6369	2,9938
	Hypothèse de varian-			,128	80,950	,899	,1785	1,3988	-2,6046	2,9616

ces inégales										
IPQ R 3 COS	Hypothèse de varian- ces égales	2,583	,112	-,793	88	,430	-,9240	1,1647	-3,2386	1,3906
	Hypothèse de varian- ces inégales			-,824	86,042	,412	-,9240	1,1215	-3,1535	1,3055
IPQ R 4 CTP	Hypothèse de varian- ces égales	,001	,976	-2,397	88	<b>,019</b>	-2,5584	1,0672	-4,6792	-,4376
	Hypothèse de varian- ces inégales			-2,411	79,201	<b>,018</b>	-2,5584	1,0609	-4,6700	-,4467
IPQ R 5 CTT	Hypothèse de varian- ces égales	,040	,841	-2,994	88	<b>,004</b>	-2,3192	,7746	-3,8585	-,7799
	Hypothèse de varian- ces inégales			-3,041	81,651	<b>,003</b>	-2,3192	,7626	-3,8363	-,8021
IPQ R 6 CDM	Hypothèse de varian- ces égales	5,381	<b>,023</b>	-,115	88	,909	-,1265	1,1036	-2,3197	2,0668
	Hypothèse de varian- ces inégales			-,122	87,960	,904	-,1265	1,0402	-2,1936	1,9407
IPQ R 7 CHC	Hypothèse de varian- ces égales	1,836	,179	,177	88	,860	,1555	,8764	-1,5862	1,8973
	Hypothèse de varian- ces inégales			,187	87,525	,852	,1555	,8331	-1,5003	1,8114
IPQ R 8 RPE	Hypothèse de varian- ces égales	,030	,863	1,291	88	,200	1,9363	1,5002	-1,0451	4,9176
	Hypothèse de varian- ces inégales			1,293	78,206	,200	1,9363	1,4970	-1,0439	4,9164
IPQ R A IMM	Hypothèse de varian- ces égales	,109	,742	-,860	88	,392	-,4457	,5182	-1,4756	,5842
	Hypothèse de varian- ces inégales			-,859	77,269	,393	-,4457	,5189	-1,4789	,5875
IPQ R B PSY	Hypothèse de varian- ces égales	,750	,389	2,267	88	<b>,026</b>	2,4243	1,0692	,2995	4,5490

	Hypothèse de variances inégales			2,322	83,453	<b>,023</b>	2,4243	1,0443	,3474	4,5011
IPQ R C FDR	Hypothèse de variances égales	8,527	<b>,004</b>	-1,788	88	,077	-2,1158	1,1834	-4,4676	,2361
	Hypothèse de variances inégales			-1,931	87,299	,057	-2,1158	1,0958	-4,2938	,0622
IPQ R D HAS	Hypothèse de variances égales	1,076	,302	,027	88	,978	,0102	,3721	-,7294	,7498
	Hypothèse de variances inégales			,028	83,427	,978	,0102	,3635	-,7128	,7332

*Tableau 4 : Résultats du test de Levene et du t de Student – IPQ-R - variable de regroupement « sexe »*

#### D. Analyse statistique du DSQ-40

Les résultats observés pour le DSQ-40, Defense Style Questionnaire (Bond, 1983), à partir du stade d'évolution de la maladie (curatif vs palliatif) pour les 90 sujets ayant participé à cette recherche, apparaissent dans le tableau 5 : l'ensemble des mécanismes de défense étudiés dans le questionnaire présentent une distribution suffisamment homogène pour que le t de Student soit valide (égalité des variance), à l'exception de la Dépréciation (DEP) dont le test de Levene présente un  $F_{obs} = 6.680$ ,  $p < 0.011$ , donc très significatif et par conséquent écarté par défaut d'égalité de variance. L'ensemble des variables suivant une distribution normale, nous avons pu appliquer le t de Student aux données obtenues. Néanmoins, les valeurs observées montrent qu'aucun mécanisme de défense ne présente une différence suffisamment significative permettant de rejeter l'hypothèse nulle au seuil bilatéral. En d'autres termes, nous ne pouvons pas affirmer qu'il existe une différence significative entre les deux groupes de patients (« curatifs » vs « palliatifs ») dans leur style défensif en général ou par rapport à chaque mécanisme de défense étudié.

Test des échantillons indépendants										
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
SUB	Hypothèse de variances égales	3,217	,076	1,131	88	,261	1,1778	1,0417	-,8923	3,2479
	Hypothèse de variances inégales			1,131	85,529	,261	1,1778	1,0417	-,8932	3,2487
HUM	Hypothèse de variances égales	2,145	,147	,804	88	,424	,8000	,9953	-1,1780	2,7780
	Hypothèse de variances inégales			,804	86,702	,424	,8000	,9953	-1,1784	2,7784
ANT	Hypothèse de variances égales	,036	,849	1,327	88	,188	1,2222	,9210	-,6081	3,0525
	Hypothèse de variances inégales			1,327	87,469	,188	1,2222	,9210	-,6082	3,0527
REP	Hypothèse de variances égales	,400	,529	1,260	88	,211	-1,2667	1,0056	-3,2652	,7318
	Hypothèse de variances inégales			1,260	87,997	,211	-1,2667	1,0056	-3,2652	,7318
ANN	Hypothèse de variances égales	,233	,631	,876	88	,384	,8889	1,0150	-1,1282	2,9060
	Hypothèse de variances inégales			,876	87,891	,384	,8889	1,0150	-1,1282	2,9060
FR	Hypothèse de variances égales	,161	,689	1,063	88	,290	1,0444	,9822	-,9074	2,9963
	Hypothèse de variances inégales			1,063	87,456	,291	1,0444	,9822	-,9075	2,9964

PA	Hypothèse de variances égales	,242	,624	,884	88	,379	,8000	,9048	-,9981	2,5981
	Hypothèse de variances inégales			,884	87,951	,379	,8000	,9048	-,9981	2,5981
IDE	Hypothèse de variances égales	1,361	,247	,393	88	,695	,4000	1,0177	-1,6225	2,4225
	Hypothèse de variances inégales			,393	87,561	,695	,4000	1,0177	-1,6226	2,4226
PRO	Hypothèse de variances égales	1,485	,226	-,262	88	,794	-,2444	,9331	-2,0987	1,6098
	Hypothèse de variances inégales			-,262	85,759	,794	-,2444	,9331	-2,0994	1,6105
AGP	Hypothèse de variances égales	,442	,508	1,478	88	,143	1,1111	,7519	-,3832	2,6054
	Hypothèse de variances inégales			1,478	87,343	,143	1,1111	,7519	-,3834	2,6056
ACT	Hypothèse de variances égales	,697	,406	,409	88	,684	,3778	,9238	-1,4582	2,2137
	Hypothèse de variances inégales			,409	86,455	,684	,3778	,9238	-1,4586	2,2142
ISO	Hypothèse de variances égales	1,002	,320	,301	88	,764	,3333	1,1091	-1,8708	2,5374
	Hypothèse de variances inégales			,301	87,275	,764	,3333	1,1091	-1,8710	2,5377
DDO	Hypothèse de variances égales	,506	,479	-,581	88	,563	-,5333	,9180	-2,3578	1,2911
	Hypothèse de variances inégales			-,581	87,132	,563	-,5333	,9180	-2,3580	1,2913
RRE	Hypothèse de variances égales	,384	,537	,044	88	,965	,0444	1,0161	-1,9749	2,0638

	Hypothèse de variances inégales			,044	87,528	,965	,0444	1,0161	-1,9750	2,0639
RAT	Hypothèse de variances égales	,036	,849	,327	88	,745	,3111	,9527	-1,5821	2,2043
	Hypothèse de variances inégales			,327	87,995	,745	,3111	,9527	-1,5821	2,2043
DEN	Hypothèse de variances égales	,717	,399	,408	88	,685	,3778	,9268	-1,4641	2,2197
	Hypothèse de variances inégales			,408	87,506	,685	,3778	,9268	-1,4643	2,2198
DIS	Hypothèse de variances égales	,000	,984	-,938	88	,351	-,8667	,9237	-2,7023	,9690
	Hypothèse de variances inégales			-,938	87,728	,351	-,8667	,9237	-2,7024	,9691
CLI	Hypothèse de variances égales	,774	,381	-,291	88	,771	-,2444	,8391	-1,9119	1,4231
	Hypothèse de variances inégales			-,291	86,147	,772	-,2444	,8391	-1,9124	1,4236
SOM	Hypothèse de variances égales	,384	,537	-,178	88	,859	-,1556	,8751	-1,8947	1,5836
	Hypothèse de variances inégales			-,178	87,976	,859	-,1556	,8751	-1,8947	1,5836
DEP	Hypothèse de variances égales	6,680	,011	,198	88	,844	,1778	,8984	-1,6076	1,9632
	Hypothèse de variances inégales			,198	80,161	,844	,1778	,8984	-1,6101	1,9656

*Tableau 5 : Résultats du test de Levene et du t de Student – DSQ-40 - variable de regroupement « stade de la maladie »*

	<b>Patients « curatifs »</b>	<b>Patients « palliatifs »</b>	<b>Valeur p</b>
<b><i>Style Mature</i></b>	<b>5.8</b>	<b>5.5</b>	<b>.39</b>
Sublimation	6.4	5.8	.261
Humour	5.7	5.3	.424
Anticipation	6.2	5.5	.188
Répression	5.1	5.7	.211
<b><i>Style Névrotique</i></b>	<b>4.9</b>	<b>4.5</b>	<b>.21</b>
Annulation	4.3	3.9	.384
Formation réactionnelle	4.9	4.3	.290
Pseudo altruisme	5.1	4.7	.379
Idéalisation	5.1	4.9	.695
<b><i>Style Immature</i></b>	<b>3.6</b>	<b>3.6</b>	<b>0.92</b>
Projection	3.3	3.4	.794
Agression passive	3.1	2.6	.143
Activisme/Acting out	4.5	4.3	.684
Isolation	4.4	4.3	.764
Dévalorisation/Dévaluation/Omnipotence	3.3	3.5	.563
Refuge/Rêverie	3.3	3.2	.965
Rationalisation	5.7	5.6	.745
Déni	3.8	3.6	.685
Dissociation	2.9	3.4	.351
Clivage	3.6	3.7	.771
Somatisation	2.6	2.7	.859
Déplacement	3	2.9	.844

*Tableau 6 : Récapitulatif des données du DSQ-40*

Le tableau 6 ci-dessus reprend de manière synthétique et simplifiée les données obtenues au DSQ-40 pour les deux groupes de patients, en fonction du stade de leur maladie. La comparaison des moyennes de scores obtenus pour chaque style défensif (Mature, Immature et Névrotique), ainsi que pour chaque mécanisme de défense étudié, ne montre pas de différences significatives entre les deux groupes ( $t(88) > 0.05$ ; *NS*). Autrement dit, sur le plan statistique, il n'existe aucune différence entre les deux groupes en ce qui concerne le type de défenses utilisées. Nous avons ainsi pu objectiver par cette analyse statistique qu'il n'existe aucune spécificité des types de défense utilisés par les patients en fonction de l'avancée de leur maladie.

Dans un second temps et de la même façon que nous l'avons fait pour l'IPQ-R, nous avons procédé à une analyse des données du DSQ-40 en fonction de la variable de regroupement « sexe », l'analyse portant exactement sur le même échantillon de 90 sujets participants ( $N = 90$ ), dont 53 femmes ( $N = 53$ ) et 37 hommes ( $N = 37$ ). L'objectif est ici de vérifier s'il existe une différence significative de style défensif et/ou de mécanismes de défense majoritairement utilisés en fonction du sexe des patients. Contrairement aux résultats observés précédemment, l'analyse de la variable sexe nous donne à voir quelques différences significatives.

En ce qui concerne le test de Levene pour le contrôle d'homogénéité des variances, d'emblée ont été écartés les variables Idéalisation (IDE),  $F_{\text{obs}} = 4.598$ ,  $p < 0.035$  ; Répression (RRE),  $F_{\text{obs}} = 6.675$ ,  $p < 0.011$  et Clivage (CLI)  $F_{\text{obs}} = 8.849$ ,  $p < 0.004$ . Ces résultats très significatifs concluent à une non égalité de variances de ces distributions qui viendraient fausser les résultats du *t* de Student. Par ailleurs, ces trois variables n'ont présenté aucun résultat significatif : (IDE)  $t_{\text{obs}} [88] = 0.041$ ,  $\alpha/2 \quad p < 0.967$  ; (RRE)  $t_{\text{obs}} [88] = -0.056$ ,  $\alpha/2 \quad p < 0.955$  et (CLI)  $t_{\text{obs}} [88] = -0.626$ ,  $\alpha/2 \quad p < 0.533$ . Prenant en considération le contrôle d'homogénéité des variances, il apparaît pourtant dans cette configuration d'analyses (le sexe comme variable de regroupement) deux exceptions : les variables Projection (PRO) (Levene  $F_{\text{obs}} = 3.994$ ,  $p < 0.049$ , donc non homogène et  $t_{\text{obs}} [87] = 4.062$ ,  $\alpha/2 \quad p < 0.000$ ) et la Rationalisation (RAT) (Levene  $F_{\text{obs}} = 4.544$ ,  $p < 0.036$ , non homogène et  $t_{\text{obs}} [86] = 2.437$ ,  $\alpha/2 \quad p < 0.017$ ) montreraient une différence très significative entre hommes et femmes par rapport à l'utilisation de ces deux mécanismes de défense. Enfin, sur cet échantillon apparaît une variable dépendante qui respecte à la fois l'homogénéité des variances et présente une

différence plutôt significative entre les hommes et les femmes : l'isolement (ISO) (le test de Levene dénote une distribution conforme à la loi normale  $F_{obs} = 1.321$ ,  $p < 0.254$  et le t de Student au seuil alpha bilatéral  $t_{obs} [88] = -2.423$ ,  $\alpha/2$   $p < 0.017$ ).

Test des échantillons indépendants										
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
SUB	Hypothèse de variances égales	,099	,754	,818	88	,416	,8684	1,0622	-1,2424	2,9793
	Hypothèse de variances inégales			,816	77,113	,417	,8684	1,0641	-1,2505	2,9873
HUM	Hypothèse de variances égales	,052	,820	1,417	88	,160	1,4227	1,0038	-,5720	3,4175
	Hypothèse de variances inégales			1,396	73,387	,167	1,4227	1,0189	-,6077	3,4532
ANT	Hypothèse de variances égales	1,238	,269	,610	88	,543	,5757	,9432	-1,2987	2,4502
	Hypothèse de variances inégales			,595	70,110	,554	,5757	,9682	-1,3552	2,5067
REP	Hypothèse de variances égales	1,151	,286	-,722	88	,472	-,7420	1,0281	-2,7850	1,3011
	Hypothèse de variances inégales			-,705	71,028	,483	-,7420	1,0520	-2,8395	1,3556
ANN	Hypothèse de variances égales	2,147	,146	-,612	88	,542	-,6323	1,0337	-2,6866	1,4219
	Hypothèse de variances inégales			-,629	84,398	,531	-,6323	1,0049	-2,6306	1,3659
FR	Hypothèse de variances égales	1,595	,210	1,205	88	,231	1,2009	,9963	-,7789	3,1808

	Hypothèse de variances inégales			1,247	85,413	,216	1,2009	,9631	-,7139	3,1157
PA	Hypothèse de variances égales	,001	,977	,834	88	,407	,7670	,9199	-1,0611	2,5950
	Hypothèse de variances inégales			,848	81,960	,399	,7670	,9045	-1,0323	2,5662
IDE	Hypothèse de variances égales	4,598	,035	,041	88	,967	,0428	1,0351	-2,0142	2,0999
	Hypothèse de variances inégales			,044	87,703	,965	,0428	,9815	-1,9077	1,9934
PRO	Hypothèse de variances égales	3,994	,049	3,846	88	,000	3,3753	,8776	1,6312	5,1194
	Hypothèse de variances inégales			4,062	87,783	,000	3,3753	,8310	1,7238	5,0268
AGP	Hypothèse de variances égales	2,952	,089	-,030	88	,976	-,0235	,7735	-1,5607	1,5138
	Hypothèse de variances inégales			-,031	85,455	,975	-,0235	,7476	-1,5098	1,4629
ACT	Hypothèse de variances égales	,001	,973	,130	88	,897	,1219	,9396	-1,7454	1,9891
	Hypothèse de variances inégales			,130	77,875	,897	,1219	,9387	-1,7470	1,9908
ISO	Hypothèse de variances égales	1,321	,254	-2,423	88	,017	-2,6451	1,0918	-4,8148	-,4753
	Hypothèse de variances inégales			-2,352	69,109	,022	-2,6451	1,1245	-4,8884	-,4017
DD O	Hypothèse de variances égales	,051	,822	-,323	88	,747	-,3019	,9341	-2,1583	1,5545
	Hypothèse de variances inégales			-,320	74,429	,750	-,3019	,9448	-2,1842	1,5804

RRE	Hypothèse de variances égales	6,675	<b>,011</b>	-,056	88	,955	-,0581	1,0326	-2,1101	1,9939
	Hypothèse de variances inégales			-,059	87,749	,953	-,0581	,9783	-2,0024	1,8861
RAT	Hypothèse de variances égales	4,544	<b>,036</b>	2,343	88	<b>,021</b>	2,2019	,9398	,3343	4,0696
	Hypothèse de variances inégales			2,437	86,264	<b>,017</b>	2,2019	,9036	,4057	3,9981
DEN	Hypothèse de variances égales	1,599	,209	-1,226	88	,224	-1,1458	,9348	-3,0035	,7118
	Hypothèse de variances inégales			-1,268	85,434	,208	-1,1458	,9036	-2,9423	,6506
DIS	Hypothèse de variances égales	1,097	,298	-,843	88	,402	-,7919	,9396	-2,6591	1,0752
	Hypothèse de variances inégales			-,860	82,749	,392	-,7919	,9206	-2,6231	1,0392
CLI	Hypothèse de variances égales	8,849	<b>,004</b>	-,626	88	,533	-,5329	,8512	-2,2244	1,1587
	Hypothèse de variances inégales			-,665	87,972	,508	-,5329	,8018	-2,1262	1,0605
SO M	Hypothèse de variances égales	3,305	,072	1,791	88	,077	1,5650	,8737	-,1712	3,3012
	Hypothèse de variances inégales			1,886	87,576	,063	1,5650	,8299	-,0844	3,2145
DEP	Hypothèse de variances égales	,499	,482	1,679	88	,097	1,5094	,8989	-,2769	3,2958
	Hypothèse de variances inégales			1,692	79,674	,095	1,5094	,8920	-,2658	3,2847

*Tableau 7 : Résultats du test de Levene et du t de Student – DSQ-40 - variable de regroupement « sexe »*

### III. Discussion

---

Les résultats quantitatifs de cette recherche nous donnent à voir un certain nombre d'informations. Tout d'abord, sur le plan de la représentation de la maladie (IPQ-R), nous avons mis en évidence qu'il n'existait que peu de différences entre les patients, en fonction du stade d'évolution de leur maladie. Excepté le nombre de symptômes imputés à la maladie (variable Identité), la chronologie de la maladie et sa chronologie cyclique, ainsi que les conséquences de la maladie, les scores aux autres items sont considérés comme sensiblement identiques entre les deux groupes. Pour rappel, la chronologie de la maladie renvoie à son évolution aiguë ou chronique, que nous pourrions formaliser par la question « ma maladie va-t-elle durer dans le temps ». Il est ainsi tout à fait cohérent que les patients en phase palliative de leur maladie obtiennent des scores supérieurs à cet item. De même, la chronologie cyclique, renvoyant à l'imprévisibilité de la maladie, ainsi que ses conséquences (« ma maladie a des conséquences majeures dans ma vie ») et le nombre de symptômes qui lui sont imputés (critère Identité), sont des facteurs qui semblent tout naturellement dépendants de la gravité de la maladie. Il nous semble cohérent qu'un patient atteint d'un cancer évolué, en phase palliative, considère que sa pathologie est plus symptomatique, imprévisible, avec davantage de conséquences sur sa vie et risquant de durer plus longtemps qu'une maladie en phase curative.

En revanche, tous les autres items de l'IPQ-R, à savoir le contrôle personnel (« l'évolution de ma maladie dépend de moi »), le contrôle du traitement (« mon traitement peut contrôler ma vie »), la cohérence de la maladie (« ma maladie est un mystère pour moi »), les représentations émotionnelles (« ma maladie ne m'inquiète pas »), ainsi que les différentes catégories d'explication de l'étiologie de la maladie (Immunité, facteurs Psychologiques, Facteurs de risque et hasard), renvoient à des scores semblables entre les deux groupes de patients. Nous pourrions ainsi déduire de ces données statistiques que les hypothèses étiologiques construites par les patients n'évoluent pas avec l'aggravation de leur pathologie, pas plus que l'impact émotionnel (déjà majeur dès l'annonce), le sentiment de cohérence, de sens de l'événement ou de contrôle sur les traitements et l'évolution.

Il est à noter que certaines différences entre hommes et femmes dans les réponses à ce questionnaire nous sembleraient intéressantes à explorer dans une recherche ultérieure, à savoir la

différence significative quant à l'attribution de facteurs psychologiques dans l'étiologie du cancer, ainsi que le sentiment de contrôle sur l'évolution de la maladie et sur les traitements...

Le DSQ-40, qu'il s'agisse des styles défensifs (Matures, Névrotiques et Immatures) ou des vingt mécanismes de défense étudiés, ne montre aucune différence significative entre les deux groupes de patients, qu'ils soient en phase curative ou palliative de leur maladie. Nous pouvons ainsi en déduire que les mécanismes psychiques défensifs n'évoluent pas chez les patients en fonction de l'aggravation de leur maladie. Nous pourrions davantage penser qu'un style défensif serait constitutif du fonctionnement psychique du sujet, quel que soit l'évolution de son état de santé. De la même façon qu'à l'IPQ-R, la différence mise en évidence entre hommes et femmes quant à l'utilisation différente (de manière significative) des mécanismes de défense de projection, d'isolation et de rationalisation, nous semblerait intéressante à explorer par la suite.

Au regard des résultats de cette recherche quantitative, nous pourrions faire l'hypothèse que la classification des patients en phase curative et palliative est bel et bien une construction médicale. Il apparaît que sur le plan psychique, aucune modification de représentations ou de façon de faire face à la maladie et à ses conséquences n'existe chez les patients en fonction de l'avancée de leur maladie. L'hypothèse générale de cette recherche selon laquelle les représentations de la maladie et de la mort seraient différentes en fonction de la proximité réelle du sujet à la mort, selon qu'il se trouve en phase curative ou en phase palliative de son traitement, semble se trouver infirmée. Une première piste explicative relative à ces résultats nous renverrait à la nécessité pour les équipes soignantes de créer des catégories de patients afin de pouvoir identifier ceux qui ne survivront pas à leur maladie, probablement dans une quête de maîtrise et de réassurance, avec l'idée que cette classification permettrait l'économie d'une certaine souffrance relative à l'impuissance médicale face aux patients dits en échappement thérapeutique<sup>62</sup>...

La seconde partie qualitative de cette recherche va nous permettre d'explorer plus finement les représentations associées à la maladie, le vécu subjectif des patients et leur fonction-

---

<sup>62</sup> Terme utilisé quand les traitements n'ont pas l'effet escompté et que la maladie ne régresse pas, voire évolue, malgré les thérapeutiques utilisées.

nement défensif, en fonction du stade d'évolution de la pathologie, afin de confirmer ces premières conclusions, ou plutôt de les affiner.

## CHAPITRE 3. ANALYSE QUALITATIVE DES RENCONTRES AVEC LES PATIENTS EN PHASE CURATIVE DE LEUR MALADIE

---

*Pour plus de lisibilité et de clarté, le discours des patients apparaît entre guillemets et en italique dans le texte, accompagné de la référence de la retranscription de l'entretien (numéro de lignes) du tome II.*

### • ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE BORIS, 46 ANS

*« Je me suis dit pourquoi (...), qu'est-ce que j'ai fait comme connerie ? »*

#### I. Analyse clinique de l'entretien

---

Boris est le premier patient que nous rencontrons dans le cadre de cette recherche. Il a ainsi rempli les deux questionnaires (IPQ-R et DSQ-40) qui lui ont été présentés par son cancérologue deux mois auparavant. Il a alors appris qu'il pouvait être contacté dans un second temps pour nous rencontrer, ce qu'il accepte d'emblée lors de notre appel téléphonique, ravi de pouvoir « *faire avancer la recherche* ». Boris est un homme jeune, grand et élancé, au physique sportif. Il se présente comme quelqu'un de sympathique, semblant avoir à cœur de faire le maximum pour donner une image positive de lui-même, celle d'un « bon patient ».

##### A. Réalité médicale (Disease)

Nous rencontrons Boris dans notre bureau, situé au sein du centre hospitalier où il a été suivi pour la prise en charge d'un carcinome de Merkel sus-pubien. Après une phrase d'introduction très administrative « *Je m'appelle Boris, j'ai 46 ans, je suis marié, j'ai trois enfants* » (l. 9), il poursuit par la narration de l'histoire de sa maladie sans aucune transition, manifestement très au clair sur les raisons de notre rencontre et le thème de l'entretien. Il évoque ainsi son « *petit grain de riz au-dessus de la peau* » (l. 10), situé au niveau de l'aîne, qui en grossissant au fil des mois a fini par l'inquiéter et l'amener à consulter. Malgré tout, Boris insiste sur le fait qu'il ne ressentait aucun symptôme, pas de fatigue, qu'il vivait tout à

fait comme d'habitude : « rien ne me destinait à avoir un cancer... » (l.23). Diagnostiquée un peu plus d'un an et demi auparavant, la maladie de Boris a été traitée par chirurgie (ablation de la tumeur) et six mois de chimiothérapie. Il est donc en rémission de sa pathologie depuis près d'un an et revient régulièrement à l'hôpital pour les examens classiques de surveillance.

Quand Boris revient sur les traitements de sa maladie, il exprime clairement à quel point les séances de chimiothérapie ont été éprouvantes et l'ont épuisé : « *la chimio, c'est quand même un sacré cap... C'est costaud* » (l. 36-37). Il décrit de nombreux effets secondaires très « coriaces » (l. 158), comme la perte des cheveux et des sourcils, l'aplasie médullaire<sup>63</sup>, l'asthénie, les essoufflements, les nausées et vomissements, la constipation, la fonte musculaire... En précisant que la radiothérapie, « *c'est encore plus insidieux* » (l. 350). Selon lui, ces séances répétées d'un quart d'heure se sont révélées davantage épuisantes que celles de chimiothérapie, associées de plus à des mesures diététiques extrêmement contraignantes.

Le carcinome à cellules de Merkel est une tumeur neuro-endocrine cutanée rare, qui représente moins de 1 % de tous les cancers de la peau autres que le mélanome et qui se développe à la surface de la peau ou juste en dessous ainsi que dans les follicules pileux (Girard & Guillot, 2010). Appelé également tumeur neuroendocrine de la peau, il prend naissance dans les cellules productrices d'hormones, semblables aux cellules nerveuses (cellules neuroendocrines). Cette tumeur est plus fréquemment observée à la tête, au cou et aux bras, mais elle peut apparaître n'importe où. Par ailleurs, il est précisé que le carcinome à cellules de Merkel se développe rapidement et se propage souvent à d'autres parties du corps (métastases), affectant le plus souvent les personnes âgées de plus de 50 ans et celles dont la peau est claire. Les facteurs de risque qui suivent peuvent accroître la probabilité qu'une personne soit un jour atteinte d'un carcinome à cellules de Merkel : exposition au soleil, système immunitaire affaibli ou administration antérieure d'une thérapie PUVA (psoralène et rayons UVA). Par ailleurs, concernant les explications étiologiques médicales de sa maladie, Boris nous dit : « *J'en sais rien du tout, parce que quand j'ai posé la question justement au docteur, il m'a dit « on ne sait pas, on ne peut pas savoir. Ça peut être ce que vous avez mangé... Respiré... »* » (l. 252-254).

---

<sup>63</sup> Baisse des défenses immunitaires, effet secondaire fréquent de certains produits de chimiothérapies

## B. Réalité subjective (Illness)

### 1. Représentations de la maladie

Boris évoque très rapidement, après avoir raconté son histoire médicale, sa difficulté à accepter la maladie : « *Moi, quand on m'a dit que j'avais un cancer, j'ai cru que malheureusement, tout allait tomber, tout allait exploser... Ma vie... Parce que ça fait peur* » (l. 52-53). L'émergence de processus primaires et de représentations massives lors de l'évocation du cancer atteste de la violence des représentations qui y sont associées chez Boris. En effet, il compare sa maladie à un phénomène sournois : « *ce qui est insidieux, c'est que vous n'avez pas mal. (...) C'est que c'est une maladie qui est très insidieuse. Qui travaille en profondeur et, voilà* » (l. 424-427). Les représentations autour du cancer sont massives et associées à la peur, à un bouleversement, au diagnostic qui tombe comme un « *couperet* » (l. 432), un « *gros truc* » (l. 391), nous dira-t-il. De même, il nous explique à quel point ses représentations sont désormais en lien direct avec la maladie (comme nous le verrons dans l'analyse des tests projectifs), et notamment le noir : « *parce que tout ce qui est noir, c'est pas bon, c'est pas bien, et donc automatiquement, moi je me réfère à ce que j'ai vécu* » (l. 486-487).

Les conséquences de la maladie sont envisagées par Boris sur deux versants opposés : l'aspect traumatique et celui du « *tremplin* » (l. 536 et 537), comme il le nomme. En effet, s'il nous avoue « *je pense que, de toute façon, je vais vous le dire clairement, je pense que ça marque* » (l. 493) et un peu plus loin : « *ce que j'ai vécu... C'est gravé là, quoi (en montrant son cœur)* » (l. 533-534), il nous dira également : « *et je pense que ça me servira à rebondir sur des choses qui m'ont permis justement de rebondir, parce que, voilà, quelque part, on peut pas rester sur du mal. Faut avoir la niaque pour avoir le bien* » (l. 534-536). Au-delà de la « *niaque* » (l. 357, 536 et 544) dont parle Boris, il nous semble que cette nécessité de tirer de la maladie des aspects positifs et constructifs est un moyen de défense nécessaire chez lui pour ne pas se laisser submerger par l'angoisse, et notamment l'angoisse de mort (de par ses représentations de la maladie, mais également probablement du fait de la réalité scientifique du risque de rechute dans sa pathologie en particulier).

## 2. Théories étiologiques

D'emblée, Boris nous dit s'être posé la question du « ...bah pourquoi moi ? Je me suis dit pourquoi j'ai eu ça, pourquoi, qu'est-ce que j'ai fait comme connerie ? » (l. 80-81). Il raconte avoir rapidement effectué des recherches au sujet de sa maladie : « On m'a dit « tumeur de Merkel ». Donc je suis allé sur internet. Même si sur internet, y'a du bon, y'a du mauvais, hein. On dit tumeur de Merkel, c'est pour les gens qui ont un certain âge et qui se mettent relativement souvent au soleil. Ça n'a jamais été le cas » (l. 85-88). Il est à noter qu'en effectuant la même recherche sur internet, nous avons trouvé, en plus des éléments évoqués, l'évolution agressive avec un fort taux de récurrence, les risques d'atteintes ganglionnaires régionales et de métastases à distance (Girard & Guillot, 2010). Si Boris ne parle pas de ces éléments, ils sont néanmoins omniprésents dans son discours, teinté d'angoisses et de traces du traumatisme qu'a représentée l'irruption de la maladie dans sa vie.

Du fait que Boris n'est ni très âgé, ni un adepte de l'exposition excessive au soleil, il cherche d'autres explications à l'apparition de sa maladie. D'autant qu'il décrit une hygiène de vie « impeccable » (l. 385) : il ne boit pas, ne fume pas, mange sainement et fait beaucoup de sport, ressentant de ce fait une certaine injustice à être tombé malade, alors que « y'a des gens qui fument, qui boivent, pourquoi eux ils l'ont pas... » (l. 81-82). Finalement, il incrimine des questions d'environnement, de pollution, d'alimentation... Ayant longtemps travaillé en trois-huit, Boris s'interroge au sujet des conséquences sur son métabolisme de ces irrégularités dans son sommeil et son alimentation, pour conclure en dernier lieu à un hasard s'apparentant à une forme de fatalisme, de destinée : « Je pense que malheureusement, ça m'est tombé dessus parce que ça devait me tomber dessus, et puis voilà » (l. 88-90).

Dans la seconde partie de l'entretien, Boris évoque en associant librement un rêve datant de quelques années avant le diagnostic qu'il suppose prémonitoire et dans lequel il était atteint d'un cancer. Il a pris un coup dans l'aine lors d'une chute à vélo et questionne cet événement, car « on peut aussi avoir des cancers par rapport aux coups » (l. 229). Boris raconte que lors de cet accident, il a « fait un soleil ». Cette expression du langage courant, prise dans ce cas précis au « pied de la lettre », s'apparente au processus de démétaphorisation caracté-

sant le discours du psychotique<sup>64</sup> et qui s'accompagne de la mise en « *équation symbolique* »<sup>65</sup> dans laquelle le mot n'est pas différenciable de la chose qu'il représente. Par ailleurs, cette expression nous évoque directement l'une des étiologies scientifiques de la tumeur dont Boris est atteint : le risque par surexposition au soleil. Une intervention dans ce sens va sembler le sidérer et majorer la rigidité de son système défensif, sachant qu'il est important de noter que le recours aux équations symboliques peut exister chez le patient névrotique sous le poids d'angoisses non maîtrisées<sup>66</sup> (ce qui est assurément le cas chez Boris, dont les angoisses sont perceptibles à chaque mot). Enfin, cette construction étiologique sous forme d'émergence de processus primaires non secondarisés n'apparaît pas dans le questionnaire de représentation de la maladie que Boris avait dû remplir en amont, l'IPQ-R. Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que cette construction est rendue possible par l'étayage que représente la relation avec la clinicienne. Il semble alors que la tentative de mettre du sens sur l'événement-maladie par la construction d'une théorie étiologique, d'un roman de la maladie, est consécutive à l'ouverture de cet espace de parole bienveillant et contenant.

Nous constatons finalement que, parmi la diversité de théories étiologiques présentées par Boris, celles retenues seront finalement celles qui ne sont pas de son fait, celles sur lesquelles il n'a de toute façon aucune prise : les causes externes, renvoyant à une origine exogène de la maladie, comme pour nier toute responsabilité et surtout mettre à distance une culpabilité présente (« *qu'est-ce que j'ai fait comme connerie ?* », l. 300). Les résultats de l'analyse quantitative de ce travail (cf. chapitre 2) montrent que Boris impute, dans le questionnaire qu'il a rempli, davantage l'apparition de sa tumeur à un problème d'immunité ou de hasard, accordant moins de crédit à une éventuelle responsabilité psychologique dans la genèse de sa maladie que les autres patients de son groupe (en phase curative de leur maladie). Paradoxalement, il obtient un score bien supérieur à la moyenne de son groupe à l'item 4 de l'IPQ-R, qui évalue l'impression de contrôle personnel du patient sur l'évolution de sa pathologie. Ce résultat fait par ailleurs écho au discours de Boris, lorsqu'il explique à quel point il s'est « *bat-tu* » (l. 332) pour s'en sortir et lorsqu'il nous dit qu'« *à partir du moment où on dit dans sa*

---

<sup>64</sup> Barazer, C. (2003). Remarque sur le langage dans la schizophrénie. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 1 : 71-78.

<sup>65</sup> Segal, H. (1957). Note sur la formation du symbole. In : *Délire et créativité*. Paris : Des Femmes, 1987, p. 93-120.

<sup>66</sup> Abella, A. & Bishara, E. (2014). La place de Hanna Segal dans l'histoire de la pensée psychanalytique. *Psychothérapies*, 1/34, p. 41-49.

tête « *je vais combattre, je vais me battre, je vais y arriver, je l'accepte, je l'ai dans le corps, à l'intérieur du corps, je vais l'accepter* », *je pense que c'est déjà un grand pas pour guérir* » (l. 364-366). Se persuader qu'il possède un contrôle sur sa maladie et que sa force de caractère lui permettra de guérir semblent nécessaires à Boris afin de trouver les ressources psychiques pour faire face à un événement par nature insensé et surtout difficilement explicable. D'autant que la culpabilité face à une consultation médicale tardive est manifeste : « *Puis c'était localisé quoi. Y'a pas de métastases ailleurs. Donc à partir de là, on est quand même plus serein. Voilà. Bah c'est vrai que la réactivité elle a été longue, hein. C'est sûr, parce qu'on ne s'imagine pas ça. Puis ce qui est insidieux, c'est que vous n'avez pas mal. Vous auriez mal, bah, « je vais y aller tout de suite ». Mais vous n'avez pas mal. C'est ça qui est... C'est ça qui est chiant* » (l. 422-426).

### 3. Processus défensifs

En comparaison avec les scores du groupe de patients en phase curative de leur maladie dans la partie quantitative de cette recherche (cf. chapitre 2), Boris obtient sensiblement les mêmes résultats pour ce qui est des trois styles « mature », « névrotique » et « immature » au DSQ-40. Cependant, son score au style « mature » reste légèrement plus élevé que la moyenne et celui du style « névrotique » quelque peu inférieur. Il apparaît que les dérivés conscients des principaux mécanismes de défense représentés chez Boris sont, par ordre décroissant de score obtenu, la sublimation, l'activisme, le clivage, la répression, l'anticipation et la rationalisation.

Cliniquement, nous observons en effet dans le discours de Boris la description d'un recours massif à des activités physiques intenses et à un mode de vie socialement valorisés, dans une sorte d'agitation maniaque, comme en attestent ses références à la bataille évoquée dans le paragraphe précédent. Il insiste à diverses reprises sur son hygiène de vie exemplaire, le fait qu'il pratique la course à pied de manière intensive, qu'il ne fume pas et ne boit pas. Par ailleurs, sa façon de se représenter les choses de la vie de manière manichéenne (on se comporte bien ou mal, comme il faut ou pas, les malades sont « bons » ou « mauvais », de même que les médecins, « *même si sur internet, y'a du bon, y'a du mauvais* » - l. 86-87, etc.) nous donne à voir une vision clivée du monde et des individus en général chez Boris. Enfin,

son discours est rationalisé : il se raccroche tant que possible à des éléments qu'il estime objectifs, se défendant ainsi d'émergences pulsionnelles massives sous la forme de représentations et d'affects qu'il aurait du mal à contenir et à élaborer.

#### 4. Mise en sens

Boris étant en rémission, il est capable, par moments, d'évoquer sa maladie avec un certain recul qui lui permet d'élaborer autour du sens que cette dernière a pris pour lui. En effet, ce parcours qu'il énonce comme une lutte durement menée lui aurait permis d'acquérir une certaine sérénité : « *Moi, je me suis battu justement pour m'en sortir et maintenant je mords la vie, je vous cache pas, à pleines dents* » (l. 90-91), expliquant qu'il est dorénavant « *beaucoup moins énervé par rapport à des choses futiles* » (l. 93), qu'il est capable de prendre plus de recul face aux contrariétés de la vie quotidienne.

Boris nous annonce ne pas être croyant mais avoir vu dans cette épreuve l'équivalent d'un signe, d'un rappel à la valeur de la vie : « *Alors moi je pense qu'on a voulu me dire que quelque part, il faut se battre dans la vie, il faut se battre tous les jours, je pense que c'est aussi un moyen de me, peut-être de me mettre la pression pour me dire « écoute, voilà, il faut que tu te battes encore plus que quand tu fais du sport », peut-être... Je pense* » (l. 371-374), toujours en référence à cette agitation maniaque évoquée précédemment qui aurait pour fonction de mettre à distance l'évocation d'affects dépressifs. Par ailleurs, ces éléments confirment la nécessité pour Boris de mettre du sens sur l'irruption de sa maladie, dans un mouvement défensif permettant d'en faire un événement le rendant plus fort, plus solide, comme si l'épreuve pouvait être bénéfique pour lui. Paradoxalement, il évoque « *l'autre, là-haut...* » (l. 385), qui aurait voulu le rappeler à l'ordre et lui renvoyer que malgré une hygiène de vie irréprochable, il n'était à l'abri de rien. L'évocation de cet « autre » nous questionne sur la part de culpabilité de Boris : l'émergence de cette nouvelle théorie étiologique nous donne à penser qu'il pourrait imaginer avoir mérité sa maladie, l'hypothèse d'une punition divine résonnant ici comme une nouvelle tentative de mettre du sens sur cet événement impensable. Pour les Pujol (2010), « *c'est à l'Antiquité grecque qu'il faudrait remonter pour retrouver les premières traces tangibles d'une association entre le cancer d'une part et sa représentation symbolique sous une forme magique d'autre part. Dès le VII<sup>ème</sup> siècle avant J.-C., la Théo-*

*gonie d'Hésiode fait état du combat d'Héraclès et de l'Hydre, combat au cours duquel il aurait non intentionnellement écrasé Karkinos (le crabe), faute impardonnable qui envoya Karkinos dans les astres afin qu'il forme une constellation : la constellation du cancer. Depuis, Karkinos, dont on ne peut prononcer le nom sans le rapprocher du vocable « carcinome », revient régulièrement se venger de l'humanité. On pourrait penser que les mythes existent seulement pour combler le vide de l'homme devant une question sur laquelle il bute, en l'occurrence, ici, une causalité inconnue à un phénomène inexplicable : pourquoi le cancer ? Le caractère punitif que revêt depuis l'Antiquité le cancer traverse la totalité des courants médicaux et pas seulement, comme on a tendance à le croire, une frange de traitements dits « médecines naturelles » - même s'ils font paradoxalement appel à des notions surnaturelles » (p.94-95). Ainsi, notre postulat d'une quête de sens comme un fondamental de l'esprit humain prend sens à travers cette explication mythique de la punition divine comme théorie étiologique de la maladie, associée à l'inévitable culpabilité, bien souvent présente dans le discours des patients.*

### C. Réalité sociale (Sickness)

Sur les plans social et professionnel, Boris évoque à demi-mot la difficulté de ne plus pouvoir travailler consécutivement aux traitements et la place ainsi laissée à la possibilité de « *gamberger* » (l. 235). Il dit alors avoir combattu ses idées noires par la lecture, insistant sur le soutien moral et physique qu'a représenté la présence de son épouse et de ses trois enfants. Sa fille aînée, 22 ans, infirmière, l'a beaucoup informé et accompagné dans la maladie et les traitements. Quant à ses deux fils cadets de 13 et 8 ans, ils l'ont poussé par leur présence à maintenir des activités, à ne pas se laisser aller même s'il peut dire à quel point leur présence se révélait parfois fatigante pour lui.

Quand sa maladie a été diagnostiquée, Boris travaillait comme technicien dans une usine de l'industrie automobile. Pendant son arrêt maladie, alors qu'il se trouvait en cours de traitement chimiothérapeutique, il a été licencié. Il a souhaité reprendre une formation d'aide-soignant : au moment où nous nous rencontrons, il vient de réussir brillamment le concours d'entrée et doit commencer le mois suivant sa formation de dix mois. En dehors du fait que sa fille est déjà infirmière (d'où ont pu naître ses motivations à embrasser cette vocation ?), nous

pouvons questionner le choix de reconversion professionnelle de Boris : le souhait de consacrer sa carrière à prendre soin des autres après ce qu'il a vécu nous semble à envisager comme une tentative de réparation. Il nous dira d'ailleurs que l'épreuve de la maladie lui a permis de prendre conscience de la valeur de la vie et de relativiser les difficultés du quotidien : « *prendre les choses plus calmement, c'est important déjà, et puis avec mon futur métier, je pense que ça va me servir énormément* » (l. 200-201).

Par ailleurs, Boris évoque également le regard de la société sur les personnes qui ont été malades et la violence que renvoient certaines conséquences du statut de cancéreux, même en rémission : « *Et puis, quand on a un cancer, y'a tous les à-côtés, c'est-à-dire que vous ne pouvez plus faire de crédit, on vous fait comprendre que vous avez une maladie qui est quand même sérieuse, même si vous êtes en voie de guérison, bah, on vous fait comprendre que maintenant, voilà, vous ne pouvez plus faire de crédit, euh, y'a des choses que vous pouviez faire avant, bah vous ne pouvez plus les faire. (...) Vous n'êtes pas sur une liste noire, si vous voulez, mais y'a le fait que, bah, voilà... « Tiens, tu te souviens, là, quand même ? » Voilà. C'est tout bête, mais, après, faut apprendre à vivre avec* » (l. 556-563). À travers ces éléments de réalité sociale, il nous semble que Boris nous parle également de la réalité psychique du cancer, omniprésente, et de son inexorable statut de malade cancéreux.

## II. Analyse clinique du Rorschach

---

### A. Clinique de la passation

#### 1. Dynamique de la passation

Le protocole de Boris est pauvre et défendu, marqué par des éléments traumatiques (en lien avec la maladie et la mort) : il compte seulement douze réponses, ce qui est bien en dessous des normes adulte (vingt à trente réponses en moyenne), et la passation est brève (7 minutes et 20 secondes) du fait de réponses défendues et peu élaborées. Boris hésite beaucoup, répond précautionneusement, se montrant franchement sidéré par certaines planches comme l'attestent quelques temps de latence très longs pouvant aller jusqu'à quarante-cinq secondes. Toute la passation est ainsi marquée par l'inhibition qui semble permettre une lutte contre l'attitude projective exigée par le test. Par ailleurs, les réponses, parfois intellectualisées, souvent floues et abstraites, pointent ses difficultés à investir le matériel.

De la même façon, Boris n'évoquera à aucun moment les problèmes qu'il a rencontrés durant la passation, ni pendant celle-ci, ni après, souhaitant à tout prix renvoyer une attitude de patient idéal (ce qui nous renvoie à l'Idéal du Moi du fonctionnement état-limite). Il nous dit pourtant, à l'issue des tests : « *J'ai été surpris déjà par rapport à, comment dire, par rapport à quelques... À la discussion, à mon « parler » qui est sorti comme ça, je pensais que j'allais avoir beaucoup plus de mal. Quelque part. Ça a quand même... C'est sorti quand même assez limpide. Y'a eu des choses qui sont sorties, mais ça a été, voilà* » (l. 438-441), comme étonné de ce qu'il a pu dire malgré ses résistances. Seule la planche II va le mettre à ce point en difficulté qu'il va verbaliser son état de sidération : « *Ce n'est pas évident... Ce n'est pas évident, à quoi ça pourrait me faire penser ça... Je ne vois pas trop... Faut que je donne obligatoirement une réponse ? C'est peut-être mieux pour vous ?* », avec toujours cette volonté de répondre à la consigne, d'être un bon patient. En effet, il se retrouve interpellé à cette planche par une menace d'envahissement d'affects dépressifs, repérable du fait du clivage qu'il opère (noir/blanc, mauvais/bon) pour tenter de lutter contre les angoisses générées par la planche. Sa capacité de délimitation entre dedans et dehors est menacée, le matériel venant mettre à l'épreuve sa capacité à gérer les conflits et à surmonter l'angoisse. Boris va s'infliger la pro-

duction d'une réponse qui s'avérera massivement projective du fait d'un débordement de ses mécanismes défensifs : « *le lugubre sur les côtés (...) une grosse lueur d'espoir, pour sortir un peu du noir* ».

En faisant le parallèle avec le risque qu'il avait de tomber sur une photo à l'oral de son concours d'entrée en école d'aide-soignant(e), il évoque ce qu'il a ressenti face aux planches du matériel : « *Bah, parce qu'on est toujours dans le... Dans le... Sur une photo, j'ai eu peur d'ailleurs, d'ailleurs au concours, parce que j'ai travaillé énormément sur des textes, et pas spécialement travaillé sur des photos. Et on sait qu'au concours, on a quelquefois des photos. Et là j'ai eu un peu d'appréhensions, parce que la photo, euh, même si on a des choses, hein, on n'est pas, ça sort pas aussi bien qu'un texte, quoi. Je pense qu'on le prépare, et c'est plus, euh, inné, il faut que ça sorte tout de suite, quoi. Une photo. Alors qu'un texte, on le prépare un peu, quoi. La photo, ça demande quand même plus de... Puis la photo, y'a quand même des choses qui sont quand même... On peut avoir des choses qu'on va dire et puis, ça peut aussi dire autre chose, quoi. Voilà, c'est... Y'a des premiers plans, des deuxièmes plans, y'a... Une photo, c'est pas dénué de tout sens, quoi, je veux dire. Y'a beaucoup de, voilà. C'est ça. Un texte, c'est un texte. Voilà. On dit ce qu'on pense du texte. Mais une photo... Ouais, c'est pas... Et puis faut décrire la personne, bon, j'ai pas décrit la personne telle qu'elle est, parce que, au concours, on demande apparemment de décrire la personne, comment elle est, enfin voilà. C'est tout un... C'est vrai que la photo, moi, ça me parle moins. J'étais surpris d'en parler, là. Enfin, énormément... De dire beaucoup de choses (...) On se dit : « est-ce que je ne vais pas dire... » Voilà. Ce qui faut pas. À la rigueur, oui » (l. 444-465). Boris exprime à la fois clairement sa crainte d'être évalué (en lien avec son concours), mais aussi à quel point il a très bien perçu l'aspect projectif du matériel. Est-ce en lien avec sa volonté d'être un « bon » patient, pour pouvoir guérir ?*

Il apparaît donc que le matériel non figuratif s'est révélé très déstabilisant pour Boris qui a tenté de se défendre du pôle projectif du test dans le but de lutter contre une désorganisation due à l'émergence d'angoisses difficiles à contenir. Néanmoins, grâce aux planches et à l'espace de parole proposé, il a pu exposer, clandestinement, la massivité de ses angoisses. En effet, il plaque la maladie, les traitements et la menace de mort, aux quatre dernières planches, après avoir exposé des affects dépressifs, probablement suscités par le noir des planches, à presque toutes les premières planches.

## 2. Caractéristiques de la production

Le psychogramme de Boris montre un protocole inhibé, avec très peu de réponses et un temps de passation court. Son mode d'appréhension global est très supérieur à la norme (G% = 83%<sup>67</sup>), au détriment d'une approche en détails abrasée (D% = 25%<sup>68</sup>), signant une attitude défensive (ressentie cliniquement) qui lui permet d'éviter d'investir pleinement le test. Plus de la moitié des réponses globales sont floues (G vagues, associés à des F+/-) ou abstraites (G impressionnistes), marquant l'attitude passive de Boris, de soumission au matériel et utilisées comme mécanismes de défense « *contre une implication, un engagement ressenti comme inquiétant, voire dangereux. (Boris,) tout en se soumettant à l'incidence de l'engramme suggéré par la planche, se contente de donner des réponses imprécises, indéterminées qui le protègent contre des représentations plus nettes ou signifiantes qu'il tente ainsi d'éviter ou de cacher* »<sup>69</sup>. Par ailleurs, l'exclusivité de réponses globales impressionnistes aux trois dernières planches, renvoyant à la solidité du pare-excitation, nous laisse entrevoir la fragilité du moi de Boris incapable de lutter contre l'envahissement de représentations ressenties comme dangereuses qui viennent faire effraction dans son espace psychique pointant l'échec des tentatives de maîtrise et de contrôle.

Au niveau formel, tant le F% (33%) que le F+% (17%) se révèlent très inférieurs à la norme, marquant un rapport au réel inadapté avec des assises fragiles, précaires et inefficaces pour permettre l'étayage de fonctions adaptatives. Chabert<sup>70</sup> évoque que « *le corollaire en est souvent l'émergence débridée de mouvements pulsionnels ou le surgissement d'une fantasmatique qui marque l'échec de la secondarisation et l'envahissement par les processus primaires* », ce qui est prégnant dans le protocole de Boris. De plus, la désorganisation secondaire aux résistances mises en place pour contrer le pôle projectif provoque une inhibition chez Boris, qui ne donne qu'un nombre minime de réponses aux planches, faussant ainsi les éléments quantitatifs (F% et F+%). En effet, face à l'émergence d'angoisses massives, les défenses rigides et maniaques utilisées habituellement par Boris (maîtrise du rythme de vie,

---

<sup>67</sup> Normes adultes : G% = 20-23% (Azoulay, C. (2001))

<sup>68</sup> Normes adultes : D% = 60-68% (Azoulay, C. (2001))

<sup>69</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p 94-95.

<sup>70</sup> Ibid, p. 120-121.

sport, alimentation...) se révèlent précaires : l'inhibition devient alors le dernier rempart pour lutter contre la désorganisation psychique et le débordement des angoisses.

## B. Analyse et interprétation

### 1. Les processus de pensée

#### a. Investissement de la pensée

Le protocole est appréhendé de manière massivement globale dans une recherche évidente de maîtrise et de contrôle. Néanmoins, seules deux réponses sur douze sont de bonne qualité formelle, une majorité des réponses globales étant des abstractions autour de représentations de la maladie et de la santé (bonne ou mauvaise).

#### b. Rapport au réel

Alors que le F% élargi est normatif (contrairement au F%), le F+% s'avère très inférieur à la norme, nous amenant à calculer le F+% élargi, qui ne permet pas de nous rassurer sur la qualité du rapport au réel chez Boris. En effet, il n'atteint que 33% (pour une norme située entre 70 et 80%) ce qui nous permet d'affirmer une réelle altération du rapport au réel sans pour autant relever de pensée délirante. Par ailleurs, les contenus imaginaires sont quasiment absents du protocole puisque nous ne retrouvons qu'une seule réponse humaine déréelle « *un humain avec des ailes* », mais qui ne semble cependant pas clairement identifiée comme telle.

#### c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation

Comme nous l'avons relevé précédemment, le nombre de réponse en détails (D%) est très inférieur à la norme pointant une tentative de maîtrise des mouvements pulsionnels émergents. Associé au très faible F+% élargi et au peu de réponses animales (A% en deçà de la norme) il dénote également des difficultés de socialisation. Le faible nombre de banalités

(deux) appuie cette hypothèse, avec la réserve du peu de représentativité résultant du nombre total de réponses peu élevé. Les réponses humaines sont, elles, supérieures à la norme, avec pour corollaires d'être souvent vagues et de mauvaises formes (« *un humain avec des ailes* », « *quelqu'un qui s'envole* », « *deux personnes malades* »).

Par ailleurs, les temps très court de passation à la première planche rouge (qui sidère complètement Boris) et à la planche à thématique sexuelle phallique (planche IV) renvoient à la massivité des angoisses (castration, mort, morcellement) suscitées par ce matériel non figuratif.

## 2. La dynamique affective : le traitement des conflits

### a. L'axe narcissique

#### i. Représentation de soi : identité

Le mode d'appréhension global (G% très élevé) rend compte de la recherche de maîtrise et de contrôle que Boris tente de mettre en œuvre pour contenir sa sensibilité aux contenus latents des planches. Ses réponses sont vagues, floues et souvent abstraites renvoyant à l'absence d'exploration dynamique des processus de pensée confirmée par le D% (25%). Par ailleurs, le F+% très bas témoigne d'enveloppes psychiques défaillantes, de même que les réponses totalement abstraites et plaquées sur la maladie des trois dernières planches (planche VIII : « *je penserais à une étape. Alors une étape quand on est malade, une étape quand on commence à se sentir bien et quand on est en guérison* », planche IX : « *on est en bonne santé... Là on sait que, bon, on est malade, et puis euh... Et puis avec les traitements, on commence à aller mieux* », planche X : « *On vous annonce que vous avez quelque chose mais que... Que à la rigueur c'est pas trop méchant, et puis que ça va pouvoir se soigner* »). Elles signent un pare-excitation défaillant débordé par la massivité projective (malgré les tentatives de contrôle et l'inhibition massive) et incapable de contenir la charge pulsionnelle relative au contenu latent de ces trois planches.

Les planches unitaires, témoignant de la sensibilité aux failles narcissiques et identitaires, sont appréhendées là encore de manière vague et défensive (« *un animal* », « *une bestiole* »), ou complètement abstraite et intellectualisée (« *quelqu'un justement qui était dans le noir et puis là s'échappe du mauvais et qui va dans le bon* »), pointant les difficultés de Boris à s'y confronter.

Néanmoins, la première réponse de Boris à la planche V, la banalité du papillon, nous donne à voir une identité préservée et un certain ancrage dans la réalité. La seconde, l'« *humain avec des ailes qui s'envole* », renvoie à une représentation humaine idéalisée et unifiée, mais qui évolue dans un environnement hostile (« *qui va chercher un peu plus l'air pur* »). Cette planche semble marquer l'identification massive de Boris aux planches comme s'il n'existait plus aucune distance entre Boris et le matériel : il n'aura plus de cesse dans les suivantes d'évoquer en plaquant de manière abstraite des représentations de bon et de mauvais, de maladie avec ses étapes, de tristesse et de sinistre, de santé et de guérison. Ce point nous renvoie là encore aux travaux de Segal<sup>71</sup> (évoqués plus haut), qui « *fait dériver l'équation symbolique d'une utilisation excessive et pathologique de l'identification projective, [et] amène à une confusion entre le sujet et l'objet* »<sup>72</sup>.

## ii. Représentation de soi : identification

Les représentations humaines sont davantage présentes dans le protocole de Boris que dans ceux de la population générale (H% = 33%), mais elles sont floues et asexuées : « *des personnes* » (planches III et VII), « *quelqu'un* » (planche VI), y compris lorsqu'elles sont hybrides (« *un humain avec des ailes* »). Le traitement du renoncement à la bisexualité semble ainsi évité. De même, deux des trois réponses animales données par Boris sont vagues : « *un animal* » (planche I), « *une bestiole* » (planche IV), même si quelque chose de sous-jacent semble guider le choix sexué (féminin pour la bestiole, masculin pour l'animal).

---

<sup>71</sup> Segal, H. (1957). Note sur la formation du symbole. In : Délire et créativité. Paris : Des Femmes, 1987, p. 93-120.

<sup>72</sup> Abella, A. & Bishara, E. (2014). La place de Hanna Segal dans l'histoire de la pensée psychanalytique. *Psychothérapies*, 1/34, p. 41-49.

À la planche IV, une des deux planches les moins aimées par Boris, le temps de latence est long (trente secondes), le discours très infantile, la réponse tenant en quelques mots comme si elle était courte de manière inversement proportionnellement à la taille, à la massivité de l'image. Cette planche, symbolisant le thème du sexuel phallique, l'image paternelle, semble renvoyer Boris à une imago maternelle toute puissante et dangereuse contre laquelle il tente de se défendre de manière maniaque (rires).

## b. L'axe objectal

### i. Représentation des relations

Le protocole de Boris est dénué de représentations de relations aux planches qui les sollicitent excepté à la planche III : « *deux personnes (...) qui sont en train de se parler* ». Cette dernière renvoie aux représentations du couple, associée pour Boris à un cœur « *qui reprend vie* ». Nous pouvons ainsi nous interroger sur la nécessité d'une relation d'étayage pour Boris dans la capacité à reprendre vie (le couple comme figure d'étayage semble exister pour lui dans sa vie privée à travers l'évocation du soutien de son épouse dans l'entretien clinique). Le pôle perceptif est ici plus présent : la représentation du couple et sa fonction d'étayage semblent rendre possible son investissement.

À la planche VII apparaissent deux personnes mais elles sont « *tristes* », peut-être même « *malades* », dans une représentation qualifiée de « *sinistre* » par Boris. Cette réponse interroge les représentations de l'imago maternelle qui apparaît comme angoissante et dépressogène. Aucune relation d'étayage ne semble envisageable entre ces deux personnes : Boris se projette dans une relation spéculaire et fusionnelle dont il ne peut s'extraire où l'image féminine est dévalorisée mais phagocytante. Ce mouvement signe une problématique de souffrances narcissiques-identitaires, « *qui tendent plutôt à situer au premier plan (...) la question de l'impact de l'histoire des formes et aléas de la dépendance primitive (...), celle de l'histoire de la construction du lien premier* »<sup>73</sup>.

---

<sup>73</sup> Roussillon, R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». *Revue Française de psychanalyse*, n°68 : 421-439.

## ii. Traitement des affects

Tout au long de la passation, nous observons chez Boris une grande réactivité aux couleurs avec des réponses teintées d'affects dépressifs quand il s'agit de mettre en exergue le clivage de l'objet (l'environnement tout bon, face à l'environnement tout mauvais) symbolisé par le noir et le blanc, le « *lugubre* » et le « *sinistre* » d'où il faut s'échapper pour aller vers la « *lueur d'espoir* ». Aux trois dernières planches, Boris plaque massivement ses représentations de la maladie sur le noir et le lugubre et de la guérison sur le blanc, le pur. Il semble qu'en clivant ainsi ses représentations, Boris évite toute conflictualisation psychique possible. Il lutte ainsi contre un effondrement dépressif qu'il semble également maintenir à distance en amenant la maladie au premier plan lui donnant toute la place, n'existant plus qu'à travers elle (signant à nouveau la confusion sujet/objet).

Le RC%, en dessous des normes, est difficilement interprétable du fait du peu de réponses données par Boris. Quant au Type de Résonance Intime (TRI) et à la Formule Complémentaire (FC), il semble que Boris fonctionne sur un mode extratensif, à savoir envahi de tensions internes, avec une affectivité située au premier plan. Nous pouvons faire l'hypothèse que les réponses abstraites données aux trois dernières planches représentent le signe de cette affectivité : le pôle projectif est massivement investi, l'affectivité déborde, Boris ne se défend plus. Par ailleurs, les planches IX et X sont les plus aimées : il semble donc apprécier se projeter, les couleurs semblant prendre ici une fonction antidépressive alors qu'il les avait plutôt occultées dans ses précédentes réponses.

### 3. Évaluation de l'organisation défensive

Le protocole de Boris apparaît comme massivement sous le sceau du contrôle et de la défense rigide : les conflits intrapsychiques sont à tout prix évités. Les réponses sont majoritairement globales, les kinesthésies évitées ne permettent pas de mettre les personnages en relation. Le recours aux abstractions est massif avec le plaquage de représentations clivées entre le bon et le mauvais, le sinistre et l'espoir, la maladie et la guérison. L'opposition entre représentations hyper valorisées et représentations mortifères, sans accès manifeste à l'ambivalence, évoque un conflit entre Idéal du Moi et réalité. Nous pourrions ainsi faire

l'hypothèse d'un fonctionnement limite de Boris, relatif à une angoisse d'abandon et de perte d'objet, mettant à l'œuvre des défenses narcissiques et antidépressives que nous allons tenter d'objectiver au T.A.T.

### III. Analyse clinique du T.A.T.

---

Les procédés d'élaboration du discours présents dans le protocole de Boris (cf. synthèse du T.A.T. dans le Tome II) sont presque de manière égale ceux des séries A (Rigidité), C (Évitement du conflit) et E (Émergence en processus primaires). Les procédés obsessionnels (A3) de la série A sont massivement utilisés, permettant la mise en place d'un cadre perceptif assurant le maintien du contact avec la réalité externe. Ils traduisent un effort de maîtrise de l'émergence du pulsionnel assez contraignant, dont Boris se défend par l'évitement du conflit, au moyen de l'utilisation d'un nombre très important de procédés de type Inhibition (CI) de la série C. Enfin, la massivité de la projection est repérée par le nombre important de procédés E2, Boris plaquant ses représentations de la maladie et sa potentielle évolution létale à un nombre conséquent de planches.

L'abord du matériel est défensif sur un mode très obsessionnel avec, quand les angoisses deviennent trop massives, un évitement du conflit qui se matérialise par l'utilisation de processus de la série C : inhibition (procédés CI), investissement narcissique de l'objet (procédés CN), instabilité des limites (procédés CL) et apparition de procédés antidépressifs (CM). Par ailleurs, le matériel, plus concret qu'au Rorschach, semble permettre à Boris un étayage sur la clinicienne ce qui s'avère rassurant quant à ses capacités à pouvoir s'appuyer sur l'autre.

La maladie et les angoisses de mort sont omniprésentes durant tout le protocole et ce dès la troisième planche qui, le sidérant en semblant représenter une atteinte narcissique indépassable, ne lui permet de se « récupérer » à aucun moment de la passation. Il reconnaît se projeter massivement sur le personnage de l'image nous disant : « *Alors là c'est une projection là. C'est un peu me revoyant dans des états difficiles, dans les étapes du traitement durant la maladie* ». A la planche suivante (planche 4), il plaque une représentation d'accompagnement et de soutien face à la maladie, « *là, c'est le soutien. Tout de suite l'accompagnement, le soutien. De l'autre vis-à-vis de la maladie. Ou du tracassé de la vie de tous les jours, ou des soucis. Voilà. Comme quoi... Comme quoi l'accompagnement de l'autre, bah c'est indiscutable, c'est indéniable pour le traitement et la guérison de la maladie* », comme une réponse aux difficultés relatives à la maladie évoquées à la planche précédente. Il semble que la représentation

d'un étayage contenant vienne apaiser la position dépressive identifiée à la troisième planche, en réponse à l'émergence d'angoisses de mort et de perte d'objet difficilement élaborables.

Dans la suite du protocole, Boris n'a de cesse de plaquer des représentations de la maladie, du traitement et de la capacité ou non à « *s'en sortir* » (planches 8BM, 11, 12BG, 13B, 13MF, 19) en alternance avec des projections massives de relations d'étayage (aux planches 5, 6BM et 10), mouvement antidépressif qui lui permet notamment de contre-investir une agressivité latente. Par ailleurs, certaines planches désorganisent malgré tous ses processus de pensée notamment la 8BM où la projection d'une intervention chirurgicale semble générer une agressivité non canalisable avec l'émergence de propos crus « *qui voit ces gens-là le charcuter* » et de procédés en processus primaires. A la planche suivante (planche 10), il plaque encore une fois une relation d'étayage pour lutter contre la violence des angoisses mortifères générées par la planche précédente mais son pare-excitation semble submergé : l'envahissement de son discours par des processus de la série E et notamment des perceptions d'un personnage malformé (« *on dirait que son visage il est coupé, là, non ?* », « *elle n'a plus de visage* ») en atteste. Nous pouvons faire l'hypothèse que, fragilisé par la planche précédente, Boris est ébranlé par le thème de séparation (symbolisé ici par le rapproché corporel) et qu'il se désorganise en perdant ses repères identitaires et objectaux. De plus, l'incomplétude signifiée de la personne représentée nous renvoie à la possibilité d'un vécu de la maladie cancéreuse comme castratrice, castration qui semble inélaborable (Boris a subi l'ablation de sa tumeur, située à l'aîne, à proximité des organes génitaux).

Nous pouvons avoir le sentiment que le spectre de la maladie et de la menace de mort plane de manière sous-jacente dans l'intégralité du discours de Boris menaçant ses limites et son intégrité psychique. Le fréquent recours au clivage de l'objet apparaît comme un moyen de gestion de la fragilité de ses assises narcissiques et identitaires dans une tentative d'idéalisation du Moi. La position dépressive est totalement inélaborable, les objets internes ne semblant pas suffisamment solides. Par ailleurs, Boris lutte contre des angoisses de castration et de morcellement envahissantes que l'on peut supposer avoir été violemment ravivées par le traitement chirurgical de sa maladie. Par ailleurs, l'émergence de processus primaires à plusieurs reprises signe le débordement défensif de Boris et la fragilité de son organisation psychique.

## IV. Synthèse

---

Le fonctionnement de Boris apparaît comme très inhibé, tentant au maximum de contenir les affects relatifs à son vécu et aux représentations émergentes. Néanmoins, si l'inhibition est massive dans l'entretien clinique, ses défenses vacillent face au matériel projectif, qui lui permet d'exprimer ses angoisses. Ainsi, les procédés antidépressifs mis en œuvre pour lutter contre les angoisses de mort, de castration et de morcellement sont tellement massifs qu'ils deviennent tout à fait repérables.

Boris lutte contre des angoisses difficilement élaborables par un activisme massif que l'on pourrait qualifier d'agitation maniaque et qui nous renvoie à la défense maniaque décrite par D.W. Winnicott (1935). Ce dernier nous dit que la défense maniaque se manifeste de plusieurs manières, différentes mais apparentées (Winnicott, 1958, p. 23) :

- Le déni de la réalité intérieure ;
- La fuite de la réalité intérieure vers la réalité extérieure ;
- Le maintien des personnes de la réalité intérieure en état « d'animation suspendue » ;
- Le déni des sensations de dépression – la lourdeur, la tristesse – par des sensations spécifiquement contraires, la légèreté, la bonne humeur, etc.
- L'emploi de presque n'importe quel contraire pour se rassurer vis-à-vis de la mort, du chaos, du mystère, etc., ces idées appartenant au contenu fantasmatique de la position dépressive.

En effet, Boris lutte contre des affects dépressifs, mais ses objets internes, manifestement pas assez solides, ne l'autorise pas à se déprimer. Il se raccroche systématiquement aux fonctions d'étayage de l'objet (cf. T.A.T.), sans que celui-ci ne se révèle suffisamment contenant : il s'agite ainsi, à travers un investissement de l'activité corporelle (sport), professionnelle et se centrant sur un mode de vie qu'il veut le plus sain possible, dans une attitude très combative face à la maladie, dans l'espoir de garder une maîtrise sur son évolution. Si « *l'expression « défense maniaque » se propose de couvrir la capacité dont dispose une personne pour dénier l'angoisse dépressive inhérente au développement affectif* » (Winnicott, 1958, p. 36), il

apparaît que les angoisses réactivées chez Boris par l'entrée dans une maladie à fort potentiel létal ont probablement majoré ses défenses maniaques, et ainsi cette lutte contre la position dépressive qu'il ne peut s'autoriser.

Par ailleurs, le sentiment de vide, de failles narcissiques et le recours au clivage omniprésent chez Boris (noir et blanc au Rorschach, bons et mauvais objets au T.A.T.) nous renvoient au concept de la mère morte de Green, « *une imago qui s'est constituée dans la psyché de l'enfant, à la suite d'une dépression maternelle, transformant brutalement l'objet vivant, source de vitalité de l'enfant, en figure lointaine, atone, quasi inanimée, imprégnant très profondément les investissements de certains sujets...* » (Green, 1983, p. 247). Ainsi, « *le jeune Moi, au lieu de constituer le réceptacle des investissements postérieurs à la séparation, s'acharne à retenir l'objet primaire et revit répétitivement sa perte, ce qui entraîne, au niveau du Moi primaire confondu avec l'objet, le sentiment d'une déplétion narcissique se traduisant phénoménologiquement par le sentiment de vide, si caractéristique de la dépression, qui est toujours le résultat d'une blessure narcissique avec déperdition libidinale* » (Ibid, p. 277). Néanmoins, la lutte massive de Boris contre les affects dépressifs renvoie au concept de dépression impossible développé par F.-D. Camps (2017), résultant d'un processus de deuil ne pouvant se déployer du fait d'une lutte intense contre les effets de la dépression : « *cette incapacité à entrer dans un processus dépressif vient traduire, sur le plan métapsychologique, l'impossibilité à traiter, à aborder, à affronter la perte et la souffrance de perdre* » (p. 113).

Pour Boris, les objets, l'environnement, les situations, sont tous bons ou mauvais, il a recours, face à toute situation anxiogène ou conflictuelle, au clivage. Or, pour C. Dejours, « *le clivage serait le résultat de la séparation, interne à la topique, entre deux registres, l'un dominé par le processus secondaire, l'autre par un processus socio-cognitif qui confère aux associations un caractère strictement impersonnel, coupé de l'inconscient* » (2001, p. 93). Il s'appuie ici sur sa modélisation d'une troisième topique (Dejours, 1986), qui stipule que « *la « santé » physique et mentale ne repose pas essentiellement sur l'organisation névrotique de la personnalité, comme le proposent Marty et Fain, mais sur la stabilité d'un clivage (la troisième topique est une topique du clivage) qui se prolonge jusque dans l'Inconscient, entre deux secteurs : un secteur où l'inconscient est sexuel et refoulé, appelé encore inconscient dynamique, et un secteur dont la formation passe par un processus bien différent du refoule-*

ment, appelé inconscient « primaire » en 1986, renommé inconscient « amental » en 2001<sup>74</sup> et dénommé inconscient « enclavé » par Laplanche en 2007<sup>75</sup> » (Dejours, 2008, p. 38). Pour rappel, l'hypothèse de C. Dejours (2001) explique que les manifestations cliniques parmi les plus bruyantes (passages à l'acte, poussée évolutive d'une maladie somatique, confusion mentale) échappent aux formes reconnues de retour du refoulé et seraient produites par une partie spécifique de l'inconscient, qui serait ainsi composé de deux secteurs distincts :

- *ICs sexuel ou refoulé*, secteur constitué par le refoulement originaire
- *ICs amental ou « sans pensée »*, formé en contrepartie de la violence exercée par les parents contre la pensée de l'enfant (et formée hors de toute pensée propre à l'enfant).

Ainsi, lorsqu'en réponse à la séduction exercée par l'adulte sur le corps de l'enfant, l'activité de pensée de ce dernier déclenche la violence de l'adulte, la pensée de l'enfant s'arrête. Faute de pensée, il ne peut pas y avoir de refoulement originaire (qui suppose un message de l'adulte, une énigme pensée par l'enfant, un travail de la pensée, de traduction et un résidu non traduit, selon la théorie de la séduction de Laplanche). Ce secteur de l'ICs, formé sans passage par la pensée de l'enfant, est la réplique au niveau topique des zones du corps exclues de la subversion libidinale et du corps érogène : le mode principal de réaction à cet ICs amental serait la désorganisation du moi ou la déliaison critique et l'agir compulsif sans pensée. Chez Boris, nous pouvons interroger l'abrasement des processus de pensée autour de ces mécanismes et le recours massif au clivage afin de tenir à distance des représentations personnelles inconscientes.

Enfin, il est aussi important de pointer l'absence de sujet dans la majorité des phrases de Boris pendant la passation des projectifs (beaucoup de récits sans sujets). Or, « *Il n'y a pas de subjectivation possible sans travail de symbolisation* » (Roussillon, 2014, p.196), puisque la symbolisation consiste « *à transformer une expérience objective en représentation que le sujet s'approprie en lui donnant une forme spécifique, mais ce processus de mise en représentation dépend de la réflexivité de l'environnement et contiendra des indices de cette réflexivité.*

---

<sup>74</sup> Dejours, C. (2001). *Le corps, d'abord*. Paris : Payot.

<sup>75</sup> Laplanche, J. (2007). Trois acceptions du mot « inconscient » dans le cadre de la théorie de la séduction généralisée. In : *Sexual : la sexualité élargie au sens freudien*. Paris : PUF, 2000-2006, p. 195-214 ; Les Trois Essais et la théorie de la séduction. In : *Sexual : la sexualité élargie au sens freudien*. Paris : PUF, 2000-2006, p. 241-256.

*Symboliser c'est donc transformer, métaboliser ses expériences et leur donner une forme, se créer soi-même et le monde dans cette mise en forme* » (Brun & Roussillon, 2016, p. 1). Le phénomène de désymbolisation observé chez Boris nous questionne ainsi sur son incapacité à créer ses propres représentations psychiques et à faire tenir ensemble réalité interne et réalité externe.

En réponse à notre hypothèse de recherche selon laquelle nous envisagions l'annonce de la mort à venir comme un traumatisme systématique qui sidérerait l'appareil psychique et empêcherait toute possibilité d'élaboration d'un roman de la maladie, nous pouvons pointer ici la même sidération consécutive semblerait-il à l'annonce du diagnostic. S'il se pose nettement et avec insistance la question du « *pourquoi moi ?* », Boris s'en affranchit, ainsi que de la culpabilité latente, finalement facilement au moyen de procédés intellectuels qui lui permettent de mettre à distance la menace de la pathologie. Cependant, la relation d'étayage permise par l'entretien clinique finit par lui permettre d'élaborer l'ébauche d'une théorie étiologique construite autour du coup pris lors de son « *soleil* » à vélo, s'inscrivant ainsi dans un processus d'historisation de sa maladie. Cette construction, plaquée à l'étiologie médicale et scientifique (de l'exposition aux rayons ultra-violet), nous donne à voir un discours qui semble le résultat d'une désorganisation psychique à travers une association courte (soleil/exposition au soleil) qui signe un débordement traumatique des processus de pensée. Boris semble abandonner cette hypothèse de cause étiologique interne brièvement émise, se retranchant derrière le hasard, probablement plus rassurant pour lui.

Manifestement, le diagnostic de la maladie cancéreuse et son traitement ont fait effraction dans le psychisme de Boris, sans doute déjà fragile antérieurement sur le plan narcissique. Dans ce cas, il apparaît que la phase curative dans laquelle se trouve le patient ne tient pas à distance les représentations et angoisses mortifères. Néanmoins, nous pouvons faire l'hypothèse que les informations probablement trouvées par Boris sur internet quant à l'évolution possible de sa maladie biaisent cette conclusion : en effet, malgré le fait qu'il soit en rémission, la menace de mort reste possiblement chez lui extrêmement présente.

Même si l'intégralité du contenu de l'entretien clinique de recherche de Boris se retrouve dans le tome II de notre travail, nous avons souhaité en faire apparaître un extrait ici, afin

d'illustrer un certain nombre de points exposés dans cette synthèse. Ainsi, interrogé sur l'impact de la maladie dans sa vie, Boris répond :

*« Je pense que, de toute façon, je vais vous le dire clairement, je pense que ça marque. A partir du moment où ça marque quelqu'un, euh, à moins que le mec ça soit un robot, que la personne soit un robot devant vous, qui vous dit, « oh, ouais, allez, c'est bon », euh, non. Quand il vous arrive un cap comme ça, je pense que oui, ça marque les esprits, bien sûr. Bien sûr, oui. Bien sûr. Et je pense que c'est pas plus mal, parce que ça veut dire quelque part, bah, il faut un peu changer, la manière d'être, la manière de penser, la manière de... De faire les choses. Aussi, ouais. Pourquoi pas. Parce que c'est peut-être, comme vous dites, un rappel à l'ordre. Et puis euh, pourquoi pas se remettre en confiance, changer encore. C'est pas parce qu'on est à un âge, avec une expérience qui fait que, on sait tout, qu'on a tout vu, et puis que... Il y a beaucoup de gens qui sont comme ça et... Peut-être que je l'ai été à un moment. Dans ma vie. Et puis, euh, voilà. Et là je me dis, « Ah, la maladie, tu l'as quand même... Tu l'as eue. Tu peux pas l'esquisser. Tu peux pas esquisser les traitements en froissant la feuille et en la mettant à la poubelle ». C'est pas possible. Donc effectivement la maladie est toujours là. Même si on l'évite de plus en plus parce que, bon bah, on a notre vie et puis, voilà. Et puis qu'on, il faut toujours aller de l'avant. Mais c'est vrai que, elle est là, oui. Elle est là. Parce qu'on en parle de plus en plus, et malheureusement on en parlera de plus en plus, parce qu'on en parlera plus au niveau des traitements, qui vont sûrement s'améliorer. Parce que... Y'aura, voilà. Il y a des associations qui font que, aussi, on arrive à faire des progrès. Enfin, tous les jours on en parle. Et c'est pas plus mal remarque, à la rigueur. Parce qu'avant, les gens... Les gens, avant, on n'en parlait pas. Donc c'était d'autant plus difficile. L'acceptation. Aujourd'hui, quand il y a des choses qui se font bien, on l'entend. Même si, les médias, j'y crois ou j'y crois pas, parce qu'il y a des choses qui se font qui sont fausses. Qui sont complètement mises en avant qui sont pas spécialement vraies. Euh, voilà. Mais, on a la médecine. Voilà. Elle fait des progrès. Moi je regarde souvent le journal de la santé, donc je sais ce que c'est, mais voilà. Je sais qu'il y a beaucoup de choses qui se font. Puis quand on a vécu ce que j'ai vécu, on ne peut pas dire, moi les gens quand ils viennent me parler... Parce que par curiosité les gens ils veulent savoir. Il y a aussi la curiosité puis il y a le fait de savoir, bah, ça peut me tomber dessus. Comment je vais faire moi pour réagir. Donc je leur dit ce que j'ai vécu et puis le fond de ma pensée, et puis après, voilà, des interrogations sur, puis des réponses sur des choses... Au début j'avais des interroga-*

tions, que je leur parle des grosses machines que j'avais jamais vues, que maintenant je sais ce que c'est quoi. Ça aussi c'est impressionnant. Parce que, là on se dit... Bah oui là je suis malade, mais je suis vraiment malade. C'est bête hein, mais voilà. Là je suis vraiment malade, parce que les machines, je ne les ai jamais vues. Et puis c'est des trucs que je n'ai jamais fait. C'est ça, les PET-Scan, les scanners... Enfin, j'en passe et des meilleures, quoi. On se dit, ouais, je suis dans un autre monde, là. C'est, ouais. La médecine là, ça y'est, je suis dedans là. Je suis vraiment dans le... Ouais. Puis bon bein, voilà. Après, une fois que vous faites la radiothérapie, que la chimio, que vous êtes allongé, ou assis, euh... Là voilà, là, vous dites : « Bah, ça rigole plus ». Les produits vont me... C'est pas de l'eau quoi. Donc voilà. C'est plus comme ça. Moi je dis qu'il faut toujours y penser, parce que ne pas y penser, bah c'est pas bien et puis c'est pas humain, quoi. On est tous des humains. Ce que j'ai vécu... C'est gravé là, quoi (en montrant son cœur). Voilà. Et je pense que ça me servira à rebondir sur des choses qui m'ont permis justement de rebondir, parce que, voilà, quelque part, on peut pas rester sur du mal. Faut avoir la niaque pour avoir le bien. Moi je pense que ça a été un tremplin pour moi. Ouais, même si c'est dur (rires), parce que j'en ai chié, faut dire ce qui est, mais ça a été un tremplin pour me battre. Parce que j'ai voulu m'en sortir. Parce que déjà être malade c'est dur, et perdre son boulot bah c'est encore plus dur, donc j'ai dit non. Non, non, faut que je m'en sorte. J'ai pas le choix, faut que je m'en sorte. Non, non, il faut que j'y arrive. Et le sport m'a beaucoup aidé. Ça, de toute façon, je l'ai toujours dit, que le sport fait quand même... Pour moi, c'est une drogue, mais une bonne drogue. Voilà, ça m'a permis de me sortir de ça. Ah ouais. C'est pour ça que, voilà. Bon, j'en fais beaucoup moins qu'avant mais... Ouais. Ça m'a permis justement de garder la niaque, et ouais, le peps, ouais. Ouais, ouais. Y'a autre chose, mais le sport, ouais. Ça a été un déclencheur. Ça c'est sûr. De toute façon, y'en a pas mal qui le disent, hein. Ce sont les gens qui sont sédentaires qui ont, malheureusement, beaucoup plus de difficultés, quoi. Quand on fait du sport, on va toujours à l'extrême. On va jusqu'au bout, et puis on se dit, c'est le challenge quoi. Voilà, c'est clair » (l. 493-548).

## • ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE BRIGITTE, 64 ANS

*« Un cancer reste un cancer... »*

### **I. Analyse clinique de l'entretien**

---

Après avoir rempli les deux questionnaires de la première phase de cette recherche, qui lui a été présentée par son oncologue, Brigitte accepte que nous nous rencontrions, à la condition expresse que l'entretien ait lieu lors d'une de ses venues au centre hospitalier où elle a été traitée pour sa pathologie cancéreuse. Ce jour-là, elle se rend à l'hôpital de jour pour son premier bilan de surveillance, trois mois après la fin de ses traitements. Nous nous rencontrons donc dans un des bureaux de ce service, avant ses rendez-vous.

Brigitte ayant eu des difficultés à remplir le questionnaire de recherche, à sa demande, nous le reprenons ensemble avant de débiter l'entretien. Cette reprise est relativement longue, la patiente se montrant pointilleuse sur la signification des questions et le choix de ses réponses. Il semble que cet attachement obsessionnel à la précision du score de chaque item des questionnaires (au nombre de 112...) lui permette d'éviter, ou tout du moins de retarder, l'entretien formel et peut-être également la passation des projectifs, voire de maîtriser la rencontre dans une attitude active. Sur le plan contre-transférentiel, son attitude de maîtrise se révèle être déroutante dans un premier temps, puis rapidement frustrante et agaçante de par la difficulté à l'orienter vers un échange plus engageant sur un plan personnel.

L'entretien va tout de même avoir lieu mais avec une inhibition massive du discours de Brigitte. Elle commence par raconter l'histoire de sa maladie de manière assez détaillée pour ensuite se fermer totalement lorsque nous évoquons son histoire de vie. Ses phrases sont courtes, coupées, ce qui donne parfois le sentiment d'un discours décousu, voire incompréhensible, l'étayage ne parvenant pas à lui permettre d'élaborer autour de son vécu. Il semble ainsi que le biais des questionnaires représentait un vecteur de facilitation des échanges où la relation duelle était vécue comme moins intrusive. Elle rit très fréquemment tout au long de notre rencontre, rires accentués lorsqu'elle évoque des événements traumatiques de son histoire de vie. Il semble que ces manifestations d'isolation idéo-affective correspondent à des

défenses rigides, agissant comme des moyens de contre-investir des affects angoissants. En effet, Brigitte évoque des événements de vie dramatiques avec un détachement et ce qui apparaîtrait comme une incapacité à associer les affects correspondants, ce qui a eu pour conséquence de sidérer totalement nos processus de pensée. Son fonctionnement, qui nous évoque des traits de type opératoire, ne lui permettra pas de faire des liens entre ce qu'elle évoque et son vécu affectif et encore moins de donner du sens à sa maladie.

#### A. Réalité médicale (Disease)

Les premiers signes de la maladie de Brigitte se sont manifestés par une anémie, détectée par l'E.F.S.<sup>76</sup> à l'occasion d'un don du sang. Ce dernier n'a donc pas pu avoir lieu, le taux d'hémoglobine de Brigitte s'étant révélé trop bas. Traitée pendant un an pour cette anémie, des examens de contrôle ont par la suite objectivé des saignements anormaux et entraîné la nécessité d'une coloscopie. Le diagnostic de cancer du côlon est « tombé » à la suite de cet examen. Il est présenté par le gastro-entérologue dans un premier temps, selon la patiente, comme celui d'un « polype » (l. 36). Elle raconte avoir eu violemment connaissance du diagnostic réel lors de la consultation avec le chirurgien pour l'ablation de ce polype en reprenant les mots de ce dernier : « *Mais madame, c'est beaucoup plus grave qu'un polype, faudra penser au mot cancer* » (l. 39-40). Néanmoins, nous entendons dans le discours de Brigitte des éléments qui nous font penser qu'elle avait bien entendu dès le départ, mais qu'elle se protégeait d'une réalité inélaborable psychiquement : « *Mais bon, j'avais pas trop fait attention parce que j'avais du monde et ça ne m'a pas préoccupée. Franchement ça m'avait pas préoccupée, parce que moi j'étais restée dans le truc « polype » et puis l'infirmière m'avait dit en partant, ou l'anesthésiste en partant m'avait dit : « ce n'est qu'un polype ». Parce que moi j'y avais pensé quand même, parce que quand il m'a dit, bon bah, j'avais pleuré un petit peu et puis elle me dit « ouais, vous savez, moi j'ai dit je pense plutôt au cancer... Que polype... ».* Mais bon, elle m'a dit : « *soyez tranquille, ce n'est qu'un polype* ». Bah oui, mais » (l. 51-57). Elle raconte alors avoir demandé la présence de son mari, se décrivant elle-même comme « *anesthésiée* » (l. 45), ce qui n'est pas sans nous renvoyer à la clinique du traumatisme à travers l'anesthésie psychique consécutive au diagnostic faisant effraction dans la psyché.

---

<sup>76</sup> Établissement Français du Sang

Suite à l'ablation chirurgicale de sa tumeur, Brigitte subit six mois de chimiothérapie, qu'elle raconte avec beaucoup de distance, pointant essentiellement tous les effets secondaires qu'elle n'a pas eus : « *j'ai pas perdu mes cheveux* » (l. 85-86), « *j'ai jamais vomi* » (l. 100-102), « *j'ai toujours bien mangé* » (l. 102), « *j'ai bien supporté* » (l. 100), comme pour éliminer toute identification possible à la représentation « classique » du patient cancéreux, nauséux et sans cheveux. Elle évoque tout de même les fréquentes phases d'aplasie médullaire qui la rendaient vulnérable à des virus difficiles à combattre et un syndrome main-pied<sup>77</sup> apparu suite à sa neuvième cure de chimiothérapie : « *Ça s'est dégradé au mois de janvier parce que j'ai attrapé la grippe. Qui a duré longtemps. Un mois. Et... Plus d'immunité quoi. J'avais... 900 globules, donc... Des fois on ne faisait pas la chimio, donc euh... Très déçue. La première fois, très déçue. Je crois que je me serais passée par la fenêtre (Rires). Mais bon. Ça a été après... Et bon, le problème des mains et pieds est arrivé à la neuvième séance* » (l. 102-106).

En parcourant le site de l'Institut National du Cancer<sup>78</sup>, nous apprenons que les cancers colorectaux se situent, tous sexes confondus, au troisième rang des cancers les plus fréquents (deuxième cancer chez la femme et troisième chez l'homme). La majorité des nouveaux cas estimés en 2011 (71% chez les hommes et 95% chez les femmes) surviennent chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Par ailleurs, les principaux facteurs de risque évoqués sont l'âge (le risque commence à augmenter à 50 ans pour s'accroître ensuite nettement jusqu'à 80 ans), les habitudes de vie (alimentation trop calorique, consommation importante de viande rouge, alimentation riche en graisses animales, consommation d'alcool, de tabac, inactivité physique et surpoids), la présence de polypes, les antécédents personnels de cancers (colorectaux essentiellement, mais également endomètre, ovaire et sein chez la femme), les antécédents familiaux de cancers colorectaux, les maladies inflammatoires du côlon (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique) et les mutations prédisposant au risque de cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale - PAF et syndrome de Lynch - HNPCC).

---

<sup>77</sup> Le syndrome main-pied est une réaction inflammatoire à certains traitements de chimiothérapie qui fragilise les micro-vaisseaux des mains et des pieds. Les premiers symptômes visibles sont des rougeurs, fourmillements ou gonflements sur la paume des mains ou la plante des pieds.

<sup>78</sup> <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancers-du-colon/les-facteurs-de-risque>

## B. Réalité subjective (Illness)

### 1. Représentations de la maladie

Pour Brigitte, le cancer est directement associé à la mort et à la souffrance au point qu'à l'annonce du médecin, elle répond : « *si c'est pour souffrir, j'aime mieux mourir tout de suite* » (l. 68-69). En guise de référence, elle évoque d'emblée le décès de sa nièce à 60 ans suite à une pathologie cancéreuse qui lui aurait fait souffrir « *le martyr* » (l. 77). Elle n'évoquera plus à aucun moment de l'entretien d'éléments en lien avec sa représentation de la maladie, excepté autour d'une peur de la récurrence : « *Ce que j'ai un peu peur, c'est peut-être un peu de la récurrence. Parce qu'en dernière chimio, j'avais beaucoup de gens qui récidivaient au bout de cinq ans. Donc... Hein, bon, ça peut... Mais pour l'instant j'y pense pas. Mais je me dis, ça peut peut-être arriver. Parce que bon, un cancer reste un cancer. Même si on l'a bien supporté la première fois, c'est peut-être pas... Hein, la récurrence, c'est peut-être pas sûr* » (l. 501-505).

Par ailleurs, Brigitte nous explique que c'est son mari qui souhaite que personne ne sache qu'elle est malade, néanmoins nous ressentons bien à quel point la maladie n'est pas intégrable pour elle, à quel point elle tente de la tenir à distance : « *Bah, disons que mon mari n'a pas très bien intégré mon cancer, et lui il a été plus malade que moi je pense* » (l. 90-91). De même : « *Et bah j'évite d'en parler parce qu'il n'aime pas. Le mot cancer, il ne l'a pas intégré* » (l. 95).

### 2. Théories étiologiques

Lorsque nous évoquons avec Brigitte ses représentations quant à l'étiologie de sa pathologie, elle évoque directement un accident de voiture survenu 15 ans auparavant, dans lequel elle a eu plusieurs côtes de fêlées, le sternum enfoncé et de nombreux hématomes. Cependant, cette hypothèse étiologique semble plaquée à la réalité pour nous donner un élément de réponse, mais elle n'élabore aucun lien, aucune représentation. Elle présente cela comme un

fait, comme s'il était évident scientifiquement qu'un accident de voiture puisse être responsable plusieurs années après d'une tumeur au côlon.

De même, elle évoque une histoire de vie extrêmement douloureuse, avec le suicide de sa mère, décrite comme dépressive depuis toujours, la mort accidentelle de son frère l'année suivante (il était âgé de dix-huit ans) et celle de son père, manifestation des conséquences d'une maladie alcoolique (quatre ans à peine après). Tous ces événements douloureux sont décrits factuellement, de manière totalement désaffectivée. Brigitte nous affirme d'ailleurs qu'elle n'a « *jamais souffert (Rires). Jamais, jamais souffert* » (l. 389). La déniégation est d'ailleurs récurrente dans ses propos notamment quand elle parle de ses sœurs aînées (âgées respectivement de 28 et 34 ans au moment du décès de leur mère) qui n'ont pas été en mesure de la prendre en charge. Elle dit avec une agressivité latente : « *j'en veux pas du tout à mes sœurs* » (l. 403). C'est ainsi que nous apprenons que Brigitte a été recueillie par l'Assistance Publique à l'âge de treize ans, suite au décès de sa mère, son père n'étant pas en mesure de s'occuper d'elle. Malgré la multiplicité de traumatismes vécus par Brigitte, aucun événement ne semble élaboré, aucun lien n'est possible, aucune mise en sens et encore moins autour de sa maladie cancéreuse.

Par rapport aux résultats statistiques de la partie quantitative de notre travail, il s'avère que Brigitte donne une importance supérieure au hasard et à l'immunité dans l'étiologie de sa maladie cancéreuse et une valeur moindre aux hypothèses psychologiques ou de facteur de risque par rapport aux autres patients. À la question des trois causes les plus probables d'apparition de sa maladie pour le patient (située à la fin de l'IPQ-R, questionnaire de perception de la maladie), il est important de noter que Brigitte s'abstient de répondre. Néanmoins, elle écrit deux pages sur l'histoire de sa maladie et le vécu de son traitement, racontés de manière factuelle ici encore. Il s'agit de la seule personne de notre étude qui a eu besoin d'écrire autant et de cette façon sur le questionnaire lui-même, dans un besoin manifeste de raconter sa maladie, de « se » raconter, sans lien avec la question posée. Nous retranscrivons donc ses écrits, à la question « Les causes (de la maladie) les plus importantes pour moi sont » :

« *La maladie m'a surprise car j'étais suivie depuis 2006 pour des diverticules. Trois coloscopies depuis : 2010, 2011, 2012. 2012 fatale pour moi. Mais des signes depuis juillet*

2011 avec huit d'hémoglobine (le hasard, découvert par un don du sang). Mais rien à la colo de septembre 2011 ? Prise de fer pendant un an et les analyses redeviennent normales. Sauf que fin mai le test Hémocult arrive positif (le hasard encore une fois qu'il arrive la bonne année). Je pense qu'il m'a sauvé la vie. Difficulté pour moi d'obtenir une nouvelle coloscopie (réponse du praticien : « soyez tranquille, je sais ce que je vais trouver », pour lui un diverticule qui saignait). J'obtiens une colo pour le 25 juillet 2012 et les choses sont allées très vite après. Opération et traitement chimio. Pendant la période du traitement je n'ai pas eu de problème particulier jusqu'à la huitième chimio seulement les mains (genre ?) qui s'arrêtaient quelques jours avant l'autre chimio. Depuis la neuvième chimio syndrome main-pied en continuel pour les mains avec cette fois une sensation de brûlure sur la paume des mains (douleur supportable). Pour les pieds, sensation de froid dans la journée. Pour la nuit, une sensation d'engourdissement avec l'impression de ne plus pouvoir bouger les pieds. Sensation de froid. Deuxième petit problème, sensation d'étouffement pendant les repas, il suffit de boire pour que ça passe. Brûlure au niveau de la gorge (comme des remontées gastriques).

Je suis allée consulter un magnétiseur avant que je sache la gravité de la maladie. Le mot cancer n'existe plus pour moi maintenant. Je peux vous dire que le mot me faisait très peur avant. Merci à tout le monde ».

### 3. Processus défensifs

Comme nous l'avons dit, le discours de Brigitte est très défendu : malgré les relances et les tentatives d'étayage, elle maintient une rétention surprenante en répondant souvent par des phrases très brèves et parfois sidérantes (« *Et j'avais un frère (...) qui est mort* » - l. 278-279, « *Ma mère s'est suicidée* » - l. 289, « *il s'est fait tuer* » - l. 287), comme si les affects liés à ces événements traumatiques étaient écartés, neutralisés. Et notamment lorsqu'elle parle d'un « *petit problème* » (l. 145) avec un de ses fils, ce dernier ayant décidé de « *faire un break* » (l. 154) avec ses parents : ils ne se sont pas vus durant... huit ans. Malgré le récit de cette histoire de vie ponctuée de ruptures violentes, à aucun moment Brigitte n'évoque son ressenti ou de quelconques affects. Elle reste toujours dans une maîtrise totale de son discours, répondant à toutes les questions de manière brève et minimaliste, ne laissant aucune place à une quelconque élaboration. Contre-transférentiellement, nous avons tout au long de l'entretien le sentiment d'essayer de lui tirer les vers du nez, l'impression qu'elle subit cette

rencontre, ou tout du moins qu'elle ne veut surtout rien nous dire. Pour exemple, à la simple question « *Vous avez des frères et sœurs ?* » (l. 271), les échanges qui suivent sont marqués par la réticence :

- « *Oui. J'ai... J'ai deux sœurs.*
- *Plus jeunes, plus âgées ?*
- *Beaucoup plus âgées.*
- *Beaucoup plus âgées ?*
- *Ouais.*
- *C'est-à-dire ?*
- *Et bah j'en ai une qui a 85 ans et l'autre qui va avoir 79 ans. Et j'avais un frère entre qui est mort* » (l. 272-279).

Ainsi, chaque question semble représenter une intrusion pour Brigitte, ou tout du moins ne pas lui permettre de parler d'elle. De même, l'envahissement de ses propos par des rires qui viennent ponctuer surtout les faits les plus dramatiques, nous donne à penser que les tentatives de contrôle des émotions et angoisses sont maximales.

Brigitte met elle-même fin à l'entretien, il apparaît clairement que parler d'elle et de son histoire la met en difficulté : « *Voilà, autrement, tout va bien. À part, euh, là j'ai un mal de dents, mais euh... (rires) On va peut-être voir ça tout à l'heure ? (référence à son RV à venir avec le médecin)* » (l. 450-451). Les questions l'obligent manifestement à penser à une situation qui lui fait peur, qu'elle souhaite occulter. Elle nous signifie clairement durant l'entretien que normalement, elle ne pense pas à la maladie. Sauf si on lui pose des questions. Cette phrase sonne comme un reproche latent, nous l'obligeons à se confronter à ce qu'elle souhaite à tout prix éviter.

L'analyse du DSQ-40 qu'a rempli Brigitte nous montre que les dérivés conscients des mécanismes de défense qu'elle reconnaît utiliser majoritairement sont l'anticipation, la sublimation, la répression, la formation réactionnelle, l'idéalisation et l'isolation, avec un score de

style « immature » bien en dessous de la moyenne de son groupe, un style « névrotique » un peu plus bas et un style « mature » sensiblement égal. Il est intéressant de noter que le score au style « immature » est bas notamment du fait d'un très faible recours à la rêverie, à l'agression passive et à la dévalorisation mais également à la dissociation, au clivage, à la somatisation et au déplacement.

#### 4. Mise en sens

À aucun moment de l'entretien Brigitte n'amorce l'ébauche de l'élaboration d'une historisation de sa maladie, d'une mise en sens qui pourrait lui permettre d'accéder à une position moins passive face aux événements. Sa pensée paraît opératoire : il semble que la survenue du cancer dans sa vie ne représente qu'un événement traumatique de plus qu'elle traite comme les autres en le mettant à distance par négation de tout affect ou de toute représentation douloureuse.

#### C. Réalité sociale (Sickness)

Brigitte est mariée et elle évoque de manière très rationnelle l'importance du soutien de son époux dans sa maladie. Cependant, elle dit clairement que le terme de cancer est tabou, « *à la maison, on n'en parle pas. On ne prononce jamais le mot* » (l. 507-508), comme si le terme en lui-même incarnait la réalité de la maladie. Tous deux à la retraite, ils ont tenu un restaurant ensemble durant 35 ans mais Brigitte ne dira rien de la relation qui les unit sur un plan affectif. De même que par rapport à ses deux fils, âgés de 40 et 32 ans, avec qui les relations ne semblent pas fluides, elle conclura par une énième dénégation « *il y a pas (...) trop de problèmes* » (l. 165-166). Néanmoins, nous ressentons clairement au cours de l'entretien qu'il s'agit d'un sujet tabou, dont elle ne souhaite absolument pas parler.

La mère de Brigitte s'est donné la mort alors que cette dernière avait 13 ans (après une dépression sévère qui l'a empêchée de s'occuper d'elle), elle s'est ainsi retrouvée à l'Assistance Publique, avouant à demi-mot que son père ne pouvait pas s'occuper d'elle du fait d'une maladie alcoolique : « *J'étais chez une dame qui était pauvre mais riche en cœur.*

*Donc euh, j'ai pas souffert. Je peux pas... Et heureusement qu'elle était là, parce que, peut-être que, après la mort de ma mère, et... Je vois, mon grand-père est mort trois semaines après mon père. Donc en trois ans de temps, j'ai tout perdu. Donc euh, il a fallu me reconstruire quand même » (l. 315-319). Le discours de Brigitte est marqué par la déniégation, elle nie les aspects traumatiques de son enfance : « Ah oui. Moi j'ai jamais souffert (Rires). Jamais, jamais souffert. C'est pour ça que, se retrouver à l'assistance publique, c'était... Ça a même pas été trop difficile parce que je vous dit, je suis tombée chez des gens... » (l. 389-391). Elle évoque la femme qui s'est occupée d'elle comme quelqu'un qui s'est bien occupée d'elle : « Bah elle me transformait... Parce que nous, on avait un trousseau, hein. Et on était catalogués, hein, à l'époque, dans les années 60. Les gens de l'assistance publique, on était tous habillés pareil (Rires) » (l. 396-398). La « transformation dont elle parle nous évoque sa propre « transformation » psychique actuelle pour camoufler les blessures et failles... Il n'y a qu'à l'évocation du décès de cette femme (qui a manifestement beaucoup compté pour elle) l'an dernier et de son enterrement que la parole de Brigitte se libère... un peu : elle évoque les circonstances et l'organisation des obsèques, très surprise du peu de monde que l'événement a mobilisé.*

## II. Analyse clinique du Rorschach

---

### A. Clinique de la passation

#### 1. Dynamique de la passation

Brigitte montre d'emblée des difficultés et résistances à investir le test : de la même manière qu'elle a retardé au maximum l'entrée dans l'entretien clinique en début de rencontre, reprenant item par item chaque questionnaire précédemment rempli, elle cherche dès la première planche à s'en « débarrasser » en répondant de manière brève et vague.

De même, les rires voire explosions de rire sont omniprésents tout au long de la passation, à vingt-sept reprises sur les moins de neuf minutes de passation. Ces rires nous évoquent une défense maniaque en réponse aux angoisses débordantes qui semblent assaillir Brigitte à la vue du matériel projectif. En effet, là encore, dès la présentation de la première planche, elle répond : « *bah je dirais une chauve-souris là* », avant d'exploser de rire. Ainsi, elle rit quasiment systématiquement après chaque réponse donnée comme pour juguler les angoisses relatives aux projections effectuées sur chaque planche.

#### 2. Caractéristiques de la production

Malgré un temps de passation court (8 minutes et 45 secondes), le nombre de réponses données par Brigitte s'avère dans les normes. Cependant, sur les vingt-six réponses cotables du protocole, certaines sont des énumérations d'éléments d'anatomie ou de représentations humaines fragmentaires (Hd), comme par exemple à la planche III (« *un bassin humain (...) Les bras ou les jambes, parce qu'on voit des talons... (...) Et puis, pareil hein, le cœur... Et puis... Le bas-ventre. Le cœur. Et puis le reste... J'imagine... Le thorax* »), ce qui nous amène à relativiser cette norme apparente.

Globalement, les temps de réponse sont brefs ainsi que les temps de latence néanmoins plus élevés aux planches III et IV renvoyant à des problématiques psychosexuelles et notamment au thème du couple et de l'image paternelle (à propos du sexuel phallique). De manière générale, malgré nos fréquentes interventions pour tenter d'étayer ses élaborations, Brigitte reste dans une position passive, semblant contenir ses réponses et leur potentiel développement.

Le psychogramme montre un mode d'appréhension global supérieur à la norme ( $G\% = 35\%$ ), au détriment d'une approche en détails légèrement inférieure ( $D\% = 54\%$ ) que nous pouvons interpréter ici comme une « conduite défensive par le recours à une réalité globale et adaptative contre l'émergence de représentations et/ou d'affects<sup>79</sup>. Par ailleurs, le fait que plus d'un tiers des réponses globales soient des G simples nous confirme cette attitude défensive visant à lutter contre la possibilité de se projeter et ainsi de livrer quelque chose de soi-même. Le mode d'appréhension des planches se révèle être toujours le même, signant un registre défensif très rigide (éventail de défenses non suffisant) et un malaise de Brigitte face au matériel.

Le recours massif au formel ( $F\% = 85\%$  supérieur aux normes) marque « une grande vigilance, un souci de contrôle allant dans le sens de la rétention, voire d'un effort coercitif de maîtrise, verrouillant l'expression d'affect et de désir sans formation de compromis »<sup>80</sup> (isolation excessive dans le cas de Brigitte). Par ailleurs, le  $F+\%$  extrêmement déficitaire ( $34\%$ ) nous amène à calculer le  $F+\%$  élargi. Celui-ci, tout aussi bas ( $37\%$ ), nous donne ainsi à voir une adaptation perceptive et socialisante de mauvaise qualité, que confirme le peu de banalités (au nombre de trois) dans ce protocole. Ces éléments viendraient ainsi témoigner d'une désocialisation, à travers un manque d'adaptation sociale, nous amenant à l'hypothèse que la mauvaise qualité formelle des réponses serait consécutive à des émergences pulsionnelles non canalissables entraînant des ratés perceptifs.

---

<sup>79</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p 91.

<sup>80</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 124.

Ces premiers éléments d'un protocole formel et défensif nous renvoient à un fonctionnement névrotique avec des mécanismes rigides, d'inhibition, d'isolation et de maîtrise, pouvant cependant également évoquer une désorganisation du percept liée au débordement fantasmatique de la patiente.

## B. Analyse et interprétation

### 1. Les processus de pensée

#### a. Investissement de la pensée

Les réponses globales surreprésentées signent une approche peu détaillée et donc dans l'évitement du matériel avec potentiellement l'émergence de déplaisir dû au nécessaire investissement de la pensée. Par ailleurs, elles sont quasiment systématiquement de mauvaise forme aux planches bilatérales (planches II, III, VII, VIII, IX et X), avec une impossibilité notable d'unification des représentations, ce qui se révèle inquiétant sur le plan de la qualité de la représentation de soi chez Brigitte. En effet, il semble qu'elle soit dans l'évitement de la relation, cherchant ainsi à nier celle-ci en tentant de donner des réponses unifiées, qui se révèlent par conséquent non adaptées.

La quasi-absence de déterminants kinesthésiques (une seule réponse kan) est le signe de possibilités de mentalisation peu effectives mais également d'un refus d'engagement, d'une rétractation et d'un contrôle excessif. De même, l'absence de réponses autres que formelles valide encore l'hypothèse d'un fonctionnement très rigide et obsessionnel où la régression n'a pas sa place.

#### b. Rapport au réel

Si le F% supérieur à la norme signe un accrochage à la réalité objective correcte, il renvoie également chez Brigitte à l'isolation entre représentation et affect. De plus, le F+% élargi

très déficitaire pointe une mauvaise qualité de rapport au réel, comme si Brigitte tentait de se défendre de représentations angoissantes par un recours aux formes et donc au concret excessif rendant son appréhension défaillante du fait de représentations liées au pulsionnel, refoulées et entraînant alors une mauvaise qualité formelle. En effet, ce recours excessif aux formes génère des réponses ne correspondant pas aux réalités des planches. Par ailleurs, la seule réponse recourant au monde imaginaire (A) est le « yéti » de la planche IV, cliché non incarné, signe d'un imaginaire figé et plaqué renvoyant à une défense de type opératoire.

### c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation

La capacité dans les relations interpersonnelles s'avère altérée face à la faiblesse du F+%, des réponses en détail (D% bas), des réponses animales (A% = 19%, très en dessous des normes) et du petit nombre de banalités. Seul le H% normatif pourrait venir contrebalancer ce défaut de socialisation si toutefois il n'était pas uniquement constitué de réponses humaines fragmentées (Hd). En effet, l'exclusivité de réponses humaines sous forme fragmentaire « risque de traduire l'absence d'intégrité de l'image du corps et/ou l'existence, chez le sujet, d'une angoisse de morcellement »<sup>81</sup>. Cependant, il nous semble important de pointer ici que la désintégration du corps à travers le morcellement qu'en fait Brigitte n'est pas à interpréter comme une angoisse de type psychotique mais plutôt comme quelque chose de l'ordre d'un paroxysme de l'angoisse de castration. En effet, les réponses morcelées et corporelles émergent aux planches bilatérales qui renvoient à une dimension relationnelle (planches II et III) : tout se passe comme si Brigitte, de peur d'être castrée dans sa relation à l'autre, préférerait se détruire (en se morcelant), l'appui sur l'autre n'étant pas possible pour elle. De même, le nombre très élevé de contenus anatomiques (au nombre de huit) aux planches bilatérales nous confirme cette intégrité défaillante du corps lorsqu'il s'agit de se confronter à la relation duelle, semblant alors pointer une enveloppe transparente qui laisserait voir ses parties constituantes et qui ne permettrait pas à Brigitte de projeter une représentation unifiée du corps dans ce contexte.

---

<sup>81</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 197.

Enfin, le temps de passation et les multiples équivalents chocs à six des dix planches corroborent la massivité des angoisses de morcellement, de castration et de perte d'objet suscitées par le matériel projectif. Nous pourrions d'ailleurs envisager les angoisses de morcellement dans ce contexte comme le tréfonds d'angoisses de castration, là où les réponses humaines fragmentaires (Hd) et celles à contenu anatomique fréquentes et morcelées aux planches bilatérales rouges (planches II et III) semblent renvoyer à la peur d'être castré par l'autre dans la relation. Brigitte préfère alors se morceler plutôt que de se détruire dans la relation, l'étayage par l'autre apparaissant comme inenvisageable.

## 2. La dynamique affective : le traitement des conflits

### a. L'axe narcissique

#### i. Représentation de soi : identité

Le G% supérieur à la moyenne renvoie à une recherche de maîtrise et de contrôle de Brigitte qui tente de contenir les mouvements pulsionnels émergents au contact des sollicitations latentes des planches. Par ailleurs, le D% plutôt bas signe en parallèle l'absence d'exploration dynamique des processus de pensée.

La succession fréquente de réponses humaines fragmentaires aux planches bilatérales (qui renvoient à la question du relationnel), associée à un F+% élargi très déficitaire, témoigne d'enveloppes psychiques défailantes. Les réponses anatomiques en lien avec ces représentations morcelées nous donnent à voir une unité du Moi fragile dont les limites semblent avoir été effractées, le pare-excitation ne se révélant pas assez consistant pour contenir les mouvements pulsionnels provoqués par la vision des planches.

Cependant, aux planches unitaires et compactes, et notamment à la planche de la représentation de soi (planche V), qui témoigne de la sensibilité aux failles narcissiques et identitaires, Brigitte parvient à produire des représentations unifiées et globalement de bonne qualité for-

melle, voire des banalités (la « *chauve-souris* » des planches I et V). Les réponses sont néanmoins globales et expéditives, là encore sous le sceau de l'inhibition.

À la planche I, la « *chauve-souris* » et l'« *amas de feuilles* », par ailleurs associés à des rires et explosion de rires, permettent à Brigitte de passer rapidement (en 18 secondes) à la deuxième planche sans élaborer davantage autour d'un matériel manifestement trop générateur de débordement pulsionnel. La première représentation évoquée est unifiée, mais l'émergence d'affect qui en découle n'est pas élaborable : elle s'en défend et passe à autre chose. De la même façon, la planche IV semble évitée avec une réponse « *yéti* » laconique (rires et explosions de rire à trois reprises) et la V avec la « *chauve-souris* », banalité qui signe cependant une certaine qualité de la représentation de soi. Ces réponses, brèves et ancrées dans le concret, lui permettent d'éviter des sollicitations trop anxiogènes.

## ii. Représentation de soi : identification

L'absence de kinesthésies, de réponses humaines clairement définies et de représentation de relations sont à souligner. Associée au nombre de réponses anatomiques, il semble que la capacité de Brigitte à se représenter l'unité d'une personne humaine soit altérée, de même que la reconnaissance de son identité subjective.

La couleur rouge à la planche II fait effraction chez Brigitte et semble sidérer ses processus de pensée : elle est alors incapable de construire une unité, un objet unifié. Ses réponses sont anatomiques et morcelées : elle tente de se raccrocher à la représentation du papillon, mais l'angoisse de morcellement la déborde et elle repart sur les poumons et le cœur. De même qu'à la planche III, la réaction au rouge correspond à un temps de latence plus important que pour les autres planches et à l'enchaînement de six réponses humaines fragmentaires (Hd) ou anatomiques morcelées.

Nous pouvons par ailleurs noter que la planche II, relative à la problématique œdipienne, est l'une des moins aimées par Brigitte. Il en est de même pour la planche VI, qui renvoie au thème sexuel phallique qu'elle évite quasiment en évoquant le matériel « *toujours ressem-*

*blant* » et une vague réponse géographique de mauvaise forme (« *la France* ») comme pour fuir là encore une représentation trop anxiogène (des équivalents chocs sont cotés aux deux planches).

## b. L'axe objectal

### i. Représentation des relations

Le protocole de Brigitte est totalement dénué de représentations de relations aux planches qui les sollicitent : planches II, III et VII où elle nous livre des réponses fragmentaires et morcelées. En effet, ces trois planches la renvoient à des corps humains fragmentés, à des organes semblant avoir été mis côte à côte sans qu'aucune représentation humaine unifiée n'émerge. Elle ne donne pas une seule réponse humaine entière dans toute la passation, mais uniquement des réponses humaines fragmentaires (Hd) et des réponses animales malgré tout peu nombreuses.

À la planche VII, où Brigitte persévère à propos de l'image du « *corps humain* », nous pouvons pointer une réaction au creux maternel (représentant son imago), sans enveloppe, imprécis, à travers une réponse anatomique puis une référence à des « *nuages* », image floue qui échappe, sans forme constituée. Elle semble ainsi rigide au symbolique sexuel, qui paraît ici la confronter à des angoisses de confusion avec l'image maternelle (la forme de nuage), consécutives à des relations d'objet floues et aux limites instables.

### ii. Traitement des affects

Les planches rouges font référence à des réponses anatomiques qui désorganisent le psychisme et une potentielle représentation humaine unifiée chez Brigitte. Le RC%, situé dans la norme haute, pointe une capacité à se laisser toucher par les sollicitations en lien avec la couleur. Ce signe de sensibilité affective malgré une attitude qualifiée de défensive pointe le risque d'une désorganisation potentiellement dangereuse : le refoulement est massif (formes vagues et floues) et nous faisons l'hypothèse que la couleur rouge et les sollicitations latentes

viennent exciter une problématique sexuelle sous-jacente chez Brigitte. Enfin, le TRI (0K/2.5C) et la formule complémentaire (1K/0E) nous donnant des résultats opposés, nous pourrions faire l'hypothèse d'une lutte de Brigitte contre ses tensions internes à travers un essai de refréner les affects émergents dans une tentative de contrôle des mouvements projectifs.

Il est intéressant de noter que Brigitte voit du « *corps humain* », qu'elle ne se représente par ailleurs que morcelé, à toutes les planches, excepté aux planches unitaires, à savoir aux planches I, IV, V, VI et IX. Il semble que face à des planches qui ne soient pas massives, elle se désorganise en étant envahie par une angoisse de morcellement qui résonne par ailleurs avec une difficulté à se représenter un corps unifié, peut-être non malade, non découpé ?

### C. Évaluation de l'organisation défensive

L'omniprésence des défenses maniaques dans le protocole de Brigitte, l'inhibition et la rétention que l'on pourrait qualifier de phobo-obsessionnelles nous orienteraient vers un fonctionnement de type névrotique. Néanmoins, l'envahissement des processus de pensée par des angoisses apparentées à celles de morcellement qui semblent difficiles à contenir, nous empêche d'exclure des mécanismes d'ordre psychotiques qui seraient sous-tendus par une structure de type névrotique. De plus, la problématique de l'étayage chez Brigitte est centrale, l'appui sur l'autre semblant totalement impossible, ce qui questionne une problématique limite. L'analyse du T.A.T. s'avère ainsi primordiale dans le but de préciser ces hypothèses.

### III. Analyse clinique du T.A.T.

---

Le rire qui ponctue toutes les réponses de Brigitte et émerge à chaque planche semble agir comme une défense maniaque à visée antidépressive et contenante d'angoisses débordantes. Par ailleurs, si l'ensemble des procédés d'élaboration du discours est globalement présent dans le protocole de Brigitte (cf. synthèse du T.A.T. dans le Tome II), les séries A et C sont surreprésentées très majoritairement par les procédés de référence à la réalité externe et ceux de type obsessionnel pour la série A et par les procédés d'inhibition de la série C.

Les procédés rigides de la série A sont nombreux, permettant la mise en place d'un cadre perceptif assurant le maintien du contact avec la réalité externe, ce qui est très rassurant compte tenu des hypothèses de fonctionnement psychique de Brigitte formulées au Rorschach. Il semble ainsi que les procédés de référence à la réalité externe utilisés massivement, par ailleurs de bonne augure pour confirmer un fonctionnement d'allure névrotique, ainsi que les procédés de type obsessionnels (les plus représentés dans ce protocole) signent une lutte contre l'émergence du pulsionnel en réponse aux sollicitations latentes des planches. Brigitte utilise ainsi en réponse à ces représentations angoissantes des procédés d'inhibition omniprésents dans tout son discours. Celui-ci se révèle pauvre, très peu élaboré, empreint de défenses rigides ayant pour but d'éviter à tout prix les conflits psychiques ou du moins de les tenir à distance.

Dès la planche 1, les capacités d'élaboration psychique de Brigitte sont marquées par le refoulement, du fait du conflit psychique relatif à l'angoisse de castration (sollicitation latente de la planche), dont Brigitte se défend massivement en décrivant la scène à l'aide de procédés antidépressifs (rires à quatre reprises en trente secondes) et d'inhibition. Toutes ses réponses se révèlent courtes et inhibées lors de la passation du T.A.T. mais il est à noter que six des quinze réponses tiennent en moins de deux lignes aux planches 4, 6GF, 7GF, 10, 13MF et 16 renvoyant majoritairement au couple, à la relation, mais surtout à la question de l'étayage (on retrouve donc le débordement pulsionnel repérable aux planches bilatérales du Rorschach et sollicitant une problématique similaire).

À la planche 4, Brigitte fuit la problématique latente de la planche, manifestement bien identifiée, à l'aide de processus d'inhibition prégnants : « *Là ça m'évoque, euh, des acteurs de cinéma (rires). Un film... (6'') La passion (rires). Burton et Liz Taylor (rires)* ». L'évocation, par un mécanisme semblant proche de celui de la condensation, de ce couple célèbre, réputé pour avoir vécu un amour passionnel mais impossible, ponctué de ruptures (deux divorces), signe une identification parfaite de la problématique sous-jacente évoquée par la planche et notamment le lien à l'angoisse de perte d'objet. Brigitte fait ainsi référence à une réalité externe et utilise des procédés antidépressifs (rires) : l'émotion suscitée par la présence du couple est nommée (« *la passion* ») mais le conflit n'est pas déployé. L'angoisse de séparation sous-jacente aux représentations liées à cette planche est pointée mais soigneusement contournée car non élaborable de même qu'à la planche 10 : « *Une femme dans les bras de son mari (rires). C'est tout ce que ça m'évoque* » où cette même menace provoque une inhibition massive proche d'un refus de la planche chez Brigitte.

La problématique œdipienne de la planche 6GF est également massivement refusée à l'aide de procédés rigides qui permettent à Brigitte d'éviter totalement le conflit : « *Là c'est pas pareil, c'est une scène de film, ça. Laquelle, j'en sais rien, mais... (rires) Je sais pas. Une scène de film* ». A la planche 6GF, la sollicitation latente qui renvoie à la relation mère-fille est identifiée laissant apparaître dans le discours de Brigitte une imago maternelle semblable au mauvais objet, une figure adulte interdiciatrice-castratrice qui veut enlever le bébé : « *Ça, quelqu'un de très malheureux avec son bébé, qu'on veut certainement lui enlever (rires). Hein, voilà* ». Ici encore, Brigitte se défend de représentations difficilement intégrables (rivalité mère-fille) par une restriction et une inhibition massives. La massivité de la problématique mortifère de la planche 13MF désorganise Brigitte qui évite le conflit en retournant la problématique en son contraire. Cependant, ses défenses semblent débordées et l'on constate l'émergence de processus primaires qui viennent apaiser les affects de perte et de destruction suscités par la planche : « *Ça c'est un médecin et quelqu'un de malade (rires). Hein, dans le vieux temps (rires). Il se demande s'il va la sortir de là, le pauvre (rires)... Hmm. C'est tout ce que je vois* ».

À la planche 16 (planche « blanche »), renvoyant à la manière dont le sujet structure ses objets internes et externes et organise ses réponses avec eux, la pensée de Brigitte est totalement inhibée. Elle ne parvient pas à se dégager du factuel, de ce blanc qui semble envahis-

sant, malgré nos tentatives d'étayage : l'absence de repères physiques semble désorganiser ses capacités d'élaboration psychique (« Bah euh, la dernière, feuille blanche, hein (rires). Euh... Ça inspire à écrire (rires). (Ça inspire à écrire ?) C'est tout. (D'accord.) La réflexion des cartes, ça inspire... (La ?) Ça inspire à écrire des réflexions sur les cartes »). Enfin, la problématique archaïque dépressive évoquée par la planche 19 est traitée par Brigitte, là encore, par un mouvement d'évitement en se raccrochant au percept. Les limites entre dedans et dehors émergent à peine à travers l'« igloo » (contenant bien défini) et « le petit rafirot quelconque » (embarcation précaire menacé par l'extérieur mais qui n'est pas englouti) mais elle s'en défend : les multiples silences associés aux rires au cours de son récit en attestent.

Là encore, comme au Rorschach, l'envahissement du discours par des procédés antidépressifs (rires omniprésents) et d'évitement obsessionnels pointe une inhibition importante, le refoulement massif de toute conflictualité psychique. La quasi-absence de procédés D (émergence en processus primaires), ainsi que la réactivité à la problématique latente des planches et la profondeur symbolique du discours de Brigitte (symbolisme transparent fréquent) nous orientent plutôt vers l'hypothèse d'un fonctionnement névrotique probablement obsessionnel.

## IV. Synthèse

---

Notre rencontre avec Brigitte, tant dans l'entretien clinique qu'au cours de la passation des projectifs, se trouve marquée par le sceau d'une inhibition massive et de défenses envahissantes obsessionnelles sous la forme de rires omniprésents dans son discours. Malgré les relances et les tentatives d'étayage, les propos de Brigitte sont empreints de rétention, parfois correspondant à des morceaux de phrases sans sens donnant une impression d'étrangeté à son discours alors difficile à suivre. L'isolation idéo-affective utilisée massivement dans tout l'entretien et qui lui permet de raconter froidement, de manière désaffectivée, un certain nombre d'événements extrêmement traumatogènes de son histoire, donne également un sentiment d'étrangeté, de déréalisation. Nous pouvons faire l'hypothèse que la dépression de sa mère suivie de son suicide, ainsi qu'un père alcoolique défaillant, aient entraîné des imagos maternelle et paternelle précaires et des assises narcissiques très fragiles. Là encore, comme chez Boris, le concept de la mère morte de Green (1983) nous éclaire sur le vide ressenti chez Brigitte : le vide d'une réalité interne caractérisée par la pauvreté des fantasmes de l'imaginaire chez un sujet que la terreur de perdre paralyse et accroche aux contenus de la réalité extérieure ; le vide de la pensée ; mais aussi le vide comme recherche d'une répétition compulsive du non-être d'une rupture primitive dans la continuité d'exister. Ce vide sidéral résulterait selon A. Green d'un désinvestissement massif, radical et temporaire de l'objet primaire, à savoir la première personne avec qui le nourrisson entre en relation. Rappelons que pour D.-W. Winnicott (1958), la préoccupation maternelle primaire renvoie à ce qu'un « *environnement suffisamment bon (good enough) dès le stade primaire permet au petit enfant de commencer à exister, d'avoir ses expériences, d'édifier un moi personnel, de dominer ses instincts et de faire face à toutes les difficultés inhérentes à la vie* » (p. 290). L'agressivité massive exprimée par Brigitte, notamment au T.A.T., contre la figure maternelle, nous renseigne sur les probables carences consécutives à ses manquements affectifs.

Par ailleurs, il est probable que la succession de deuil, réels et symboliques (deuils réels des deux parents et d'un frère, deuil symbolique de figures parentales aimantes), aient bloqués les processus psychiques de Brigitte, sidérant sa pensée. Son histoire et le contenu des protocoles de projectifs nous renvoient au cas clinique de Sylvia, décrit par E. Louët (2017) : « *La pauvreté des protocoles de patients déprimés, à l'instar de ceux de Sylvia, appelle les figures de l'immobile, forme de négativité extrême enfermant la psyché dans une gangue dépressive*

excluant toute forme de mouvement. **À douleur extrême, solution extrême**, avec l'éradication du mouvement, ce sont les effets de l'objet sur le moi qui sont neutralisés. Le refus du travail psychique parle d'un autre refus, celui du travail de deuil « imposé par une perte d'objet<sup>82</sup> ». À la négation des mouvements corporels répond celle de la psyché, car la pensée est aussi un acte, qui engage un mouvement de désir avant tout. Qu'on le nomme « de deuil » ou « de la mort<sup>83</sup> », il est question d'un processus qu'il faut surprendre. C'est le travail de représentance et son activité qui sont figés, en tant que la représentation implique la présence des traces de l'objet à l'intérieur de soi<sup>84</sup>. Figurer les représentations est une forme de négation de l'autre en soi, en ce qu'il est toujours susceptible de faire naître un mouvement de désir mobilisant inévitablement dans son sillage le risque de la perte » (p. 60-61). À la lumière de ces éléments, nous pouvons expliquer la répression de tout affect chez Brigitte, de même que l'absence d'élaboration psychique et l'évitement des conflits de façon obsessionnelle. Au-delà de ces éléments, ce qui apparaît manifestement chez Brigitte reste une incapacité à penser et à se déprimer. Enfin, le fonctionnement psychique de Brigitte n'est pas sans nous rappeler l'hypothèse de Pierre Cazenave autour d'une « maladie psychique extrêmement précoce, profondément enfouie » (Bigras, Cazenave & Bessis, 1994, p. 56) qui donnerait le cancer, à savoir la « maladie du nourrisson dans l'adulte ».

Brigitte nous a donné à voir dans l'intégralité de cette rencontre un fonctionnement psychique abrasé, désaffectivé, tentant à tout prix de se montrer détachée, comme simple spectatrice de sa propre histoire. Alors que nous envisagions l'annonce de la mort à venir comme un traumatisme systématique qui sidérerait une partie de l'appareil psychique et empêcherait toute possibilité d'élaboration d'un roman de la maladie, nous pouvons pointer une sidération des processus de pensée, mais sans pouvoir dire si elle a été consécutive ou pas au diagnostic de la maladie. En effet, nous avons plutôt ici le sentiment que l'histoire de vie de Brigitte, à haut potentiel traumatique, a entraîné chez elle une rigidification de son fonctionnement psychique associé à des défenses massives de l'ordre de l'inhibition, de la répression et de l'isolation, afin de parer aux fragilités de ses enveloppes psychiques et d'un pare-excitation effracté. Il semble ainsi envisageable de penser que l'annonce du cancer dans ce contexte soit

---

<sup>82</sup> Bégoïn, J. (1994). La problématique du deuil et le métabolisme de la souffrance psychique. In *Monographies de la Revue française de Psychanalyse*, « Le deuil ». Paris : PUF, p. 33.

<sup>83</sup> Pontalis, J.-B. (1977). *Entre le rêve et la douleur*. Paris : Gallimard.

<sup>84</sup> Chabert, C. (1999). Les voies intérieures. *Revue Française de Psychanalyse*, 3/63 : 1445-1488, p. 1470.

venue renforcer et figer un type de fonctionnement préexistant, sidérant par ailleurs tout processus de pensée. Il semble que Brigitte nie le traumatique de son histoire afin de ne pas avoir à le traiter, n'ayant pas les outils psychiques nécessaires pour le faire : ses défenses sont tellement massives et peu labiles qu'elles paraissent former un mur imaginaire de protection dissimulant la réalité (ce qui peut expliquer la sensation de processus pseudo-psychotiques à certains moments).

- **ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE PASCALE, 55 ANS**

« *Je pense que je suis devenue un peu fataliste...* »

## **I. Analyse clinique de l'entretien**

---

Pascale est une patiente prise en charge par la cancérologue d'un établissement voisin de celui où nous exerçons : elle accepte immédiatement de nous rencontrer lorsque nous la contactons, arguant du fait qu'elle habite tout près de l'hôpital et qu'elle est très disponible car elle ne travaille pas. Le rendez-vous est fixé facilement et rapidement, nous nous retrouvons au sein des locaux d'un centre de soins situé dans l'enceinte de l'hôpital. Pascale arrive tremblante dans le bureau même si elle annonce d'emblée qu'elle trouve qu'il y fait très chaud... Souriante et cherchant manifestement à paraître avenante malgré un état d'angoisse manifeste, elle porte les stigmates de chimiothérapies récentes (ses cheveux sont très courts). Par ailleurs, l'état de stress dans lequel elle se trouve se révèle envahissant, de par notamment des tremblements perceptibles et malgré une attitude agréable. Par ailleurs, il s'avère que la passation des projectifs va être particulièrement mal vécue par la patiente.

Nonobstant l'évidente bonne volonté dont fait preuve Pascale pour se montrer participative lors de notre rencontre, son attitude reste défensive : elle nous donne le sentiment d'avoir besoin de beaucoup d'étayage pour parvenir à se raconter, son malaise étant palpable et transmissible. Notre entretien débute sur une remarque de sa part quant au fait qu'elle a vécu le questionnaire préalable à notre rencontre comme « *anonyme* » et « *pas complet* » (l. 3), nous dit-elle, comme si elle avait eu besoin d'en dire plus, de donner davantage de détails sur son histoire et le vécu de sa maladie. Pour autant, elle insiste pour dire qu'elle l'a rempli uniquement pour nous aider dans le cadre de la recherche, mais absolument pas pour sa « *thérapie* » (l. 724), pour se « *questionner* » (l. 737) ou se « *guérir (...) psychologiquement* » (l. 739) (dénégation).

Paradoxalement, nous nous sentirons malmenée par une remarque assez virulente de sa part très rapidement après avoir commencé l'entretien : « *Vous voulez savoir quoi ? Tout ?* » (l. 15), marquant son ambivalence à travers un double mouvement paradoxal, nous mettant à

la fois dans une position où nous nous ressentons comme intrusive mais également trop légère et superficielle dans notre façon d'avoir appréhendé son vécu à travers les questionnaires.

Les protocoles de projectifs sont très abrasés, pauvres, les planches semblant mettre Pascale en difficulté. Par ailleurs, malgré un entretien long et éprouvant, de par le besoin d'étayage de Pascale pour s'exprimer mais surtout pour être contenue psychiquement, notre contre-transfert est d'emblée et restera tout au long de l'entretien positif, avec le sentiment a posteriori d'avoir tenté de la rassurer et fait le maximum pour contenir des angoisses quelque peu débordantes car non élaborées. A la réécoute de l'entretien, il apparaît clairement des mouvements défensifs de notre part, notamment lorsque Pascale évoque assez crûment ses angoisses de mort.

#### A. Réalité médicale (Disease)

Pascale nous annonce d'emblée, en début d'entretien et autour de la question de l'histoire de sa maladie, que « *c'est un lymphome. Non Hodgkinien*<sup>85</sup> » (l. 18). Elle ajoute immédiatement qu'elle a eu douze ans auparavant un cancer de la thyroïde soigné par chirurgie (thyroïdectomie<sup>86</sup>), traitement à l'iode radioactif, puis traitement hormonal au long cours. Malgré le choc qu'a représenté l'irruption de cette maladie dans sa vie, Pascale peut néanmoins dire que « *ça s'est passé quand même relativement bien* » (l. 152), le traitement ne lui ayant paru ni trop long, ni trop contraignant.

Suivie régulièrement depuis, l'analyse anatomopathologique d'un ganglion situé dans l'aine a révélé le Lymphome Non Hodgkinien quelques années plus tard qui selon Pascale n'a pas été traité mais juste surveillé durant environ deux ans, sa notion du temps semblant assez floue : « *donc j'ai été un bon moment, au moins... Pfft, j'ai plus de notion des dates, donc euh, c'est pas précis...* » (l. 37-38). Elle nous explique avoir vécu plutôt sereinement la période de surveillance, posant assez clairement que les difficultés sont arrivées avec la nécessité d'entreprendre la chimiothérapie (qui a duré un an et demi), conséquence d'une évolution

---

<sup>85</sup> Les Lymphomes Non Hodgkiniens (LNH) sont des proliférations malignes ayant pour origine les lymphocytes.

<sup>86</sup> Exérèse chirurgicale complète (thyroïdectomie totale) ou partielle (lobectomie) de la thyroïde.

de la maladie il y a trois ans environ. Là encore, il est important de noter que Pascale semble perdue dans ses repères temporels, comme si le temps avait pris une autre réalité au moment du diagnostic de son premier cancer, les événements semblant se superposer de manière un peu floue...

La patiente nous explique avoir subi sa dernière cure de chimiothérapie de « *consolidation* » (l. 64) il y a quelques mois, n'ayant plus désormais qu'à se soumettre à un bilan complet tous les six mois. Par conséquent, même si elle vit tout près de l'hôpital, elle nous dira en riant : « *j'ai pas de raisons particulières de venir à l'hôpital. Si j'ai pas besoin, j'y viens pas spécialement* » (l. 85-86), son rire résonnant comme particulièrement défensif à l'évocation d'un lieu qui semble extrêmement anxiogène pour elle de par ce qu'il représente en lien avec le vécu du traitement de sa maladie : « *À partir du moment où on attaque la chimio, là, c'est tout ce qui va avec, quoi, hein... Les cheveux, enfin euh... Puis la vie un peu bousculée quoi, parce que toutes les trois semaines, revenir faire une séance, euh... C'est pas toujours très agréable, quoi* » (l. 107-109).

## B. Réalité subjective (Illness)

### 1. Représentations de la maladie

Pascale évoque les angoisses qu'elle a connues au moment du diagnostic de son premier cancer, celui de la thyroïde, angoisses qui semblent être venues faire écho à celles ressenties durant la maladie de son père (un cancer du foie qui l'a emporté en six mois), malgré le discours médical qui se voulait apaisant : « *mon médecin m'a rassurée quand il m'a dit que j'avais un cancer de la thyroïde, en me disant que c'était le meilleur cancer qu'on puisse avoir. C'était... C'est une belle métaphore, mais bon (rires)* » (l. 147-150). Il nous semble ici intéressant de noter qu'en plus des rires défensifs relatifs à une représentation de la maladie qui reste anxiogène malgré la banalisation du médecin, apparaît également un terme dont l'usage dans ce contexte mérite selon nous d'être analysé. En effet, en aucun cas « *le meilleur cancer qu'on puisse avoir* » (l. 149) ne sonne comme une métaphore. Par ailleurs, ce que nous percevons du niveau socio-culturel de Pascale durant notre entretien, ainsi que l'ensemble de son discours, nous laisse penser qu'il n'y a que peu de chances qu'elle ne connaisse pas la

réelle signification du terme métaphore. Si le Larousse nous donne une première définition du terme<sup>87</sup> qui effectivement ne coïncide pas avec l'usage qu'en fait le médecin de Pascale, la seconde, qui reprend le rapproché de Lacan (1957, p. 507) entre métaphore et condensation (décrite par Freud dans le rêve), nous laisse entrevoir autre chose de la réalité psychique de la patiente : la métaphore serait à envisager comme un processus qui consiste à substituer un signifiant à un autre, qui en devient refoulé. L'usage de ce terme dans ce contexte prend ainsi tout son sens...

En effet, il apparaît clairement à travers le discours de Pascale, malgré ses tentatives de banalisation, que ses représentations de la maladie cancéreuse sont très anxiogènes : elle nomme plusieurs fois sa maladie lorsqu'elle en évoque le diagnostic « Ça » (« *Je suis tombée du ciel quand je suis revenue pour la visite après l'ablation et que le chirurgien m'a annoncé ça* » - l. 89-90, « *Enfin, j'avais aucun doute... Aucune suspicion que ce soit un truc comme ça, quoi. Donc je suis un peu tombée du ciel quand il m'a annoncé ça* » - l. 96-97), qui n'est pas sans nous évoquer la créature terrifiante du roman d'horreur de Stephen King<sup>88</sup>. Par ailleurs, elle parle aussi de la gravité du cancer lorsqu'il touche les organes vitaux : « *Et puis bon, ça reste quand même une maladie relativement, euh... Dangereuse dans le sens où, si ça récidive et que ça part de... Sur des organes importants, ça peut très bien tourner en catastrophe, quoi* » (l. 161-163).

Pascale peut exprimer clairement qu'elle s'est sentie moins ébranlée par le second diagnostic, notamment du fait qu'elle avait le sentiment d'avoir bien vécu sa première maladie et que le traitement en avait été plutôt simple : « *Peut-être aussi parce que j'avais vu que ça s'était traité relativement facilement, entre guillemets, quoi. Je veux dire, la chimio était pas très lourde pour le cancer de la thyroïde. À part les actes chirurgicaux et puis le... Les trois jours d'isolement à Necker, bon, j'ai pas eu de, de contrecoup énorme* » (l. 303-306). Nous pouvons cependant nous questionner sur l'usage des termes « *contrecoup énorme* » et sur le fait que dire que ce dernier n'a pas vraiment existé sonne ici comme une dénégation. Cependant, il semble malgré tout que le terme même de lymphome a résonné moins violemment pour Pascale que celui de cancer (de la thyroïde), probablement du fait des représentations

---

<sup>87</sup> Emploi d'un terme concret pour exprimer une notion abstraite par substitution analogique, sans qu'il y ait d'élément introduisant formellement une comparaison.

<sup>88</sup> King, S. (1986). *Ça*. Paris : Le Livre de Poche.

associées au mot lui-même, mais également comme si le premier diagnostic avait fait fonction d'amortisseur psychique face au second (« *Mais euh, après, quand on a diagnostiqué le cancer de la thyroïde, euh... Bon, le mot cancer, ça fait toujours, euh, flipper, et... Oui, je pense que j'ai plus pris le coup au cancer de la thyroïde qu'au lymphome. Au lymphome, je vais pas dire que j'étais blasée, mais euh, ça m'a moins secouée* » - l. 321-324).

Malgré tout, Pascale peut exprimer clairement à quel point l'incertitude s'est révélée (et est toujours) difficile à vivre au quotidien, parlant d'« *épée de Damoclès au-dessus de la tête qui, qui peut vous tomber dessus n'importe quand* » (l. 165-166), de « *ne jamais savoir en rentrant à l'hôpital, si... Ça va aller mieux, ou si ça va aller pire. Donc c'est toujours une période de, de... De flottement...* » (l. 158-160), donc « *C'est le doute qui est le plus gênant, quoi* » (l. 168). L'idée sous-jacente et qui apparaît en filigrane est celle que Pascale va nous asséner (après nous avoir dit en préambule que de nombreux progrès ont été faits au niveau des traitements et que de plus en plus de malades guérissent) d'une façon particulièrement insistante à deux reprises. Haussant un peu la voix, sur un ton que l'on pourrait qualifier d'à la fois affirmatif et informatif, comme si elle nous l'apprenait mais avait également besoin de se l'entendre dire, elle énonce « *On peut jamais être guéri d'un cancer, parce qu'on sait très bien qu'à un moment ou à un autre, ça peut revenir* » (l. 447-448), et un peu plus loin dans l'entretien, de la même façon : « *parce qu'on ne dit jamais qu'on est guéri d'un cancer, on est en rémission, ou... Mais on n'est jamais guéri d'un cancer* » (l. 453-454). Elle insiste ensuite pour en déduire qu'elle en a pris son parti et qu'elle a appris à faire avec, en rationalisant : « *Moi maintenant, je suis devenue fataliste, je tourne à six mois, quoi* » (l. 451).

Les représentations de sa maladie et surtout de son traitement touchent également à la perturbation de l'image corporelle (qu'elle qualifie elle-même de « dégradante ») inhérente aux effets secondaires de la chimiothérapie qu'encore une fois elle tente de banaliser en vain : « *Bon, le seul truc, c'est la perte des cheveux. Et c'est vrai que c'est bénin, mais c'est quelque chose qui est très... Très déstabilisant quoi. Parce que, la maladie, plus avoir une image de soi qui est, qui est dégradée... C'est euh... C'est pas... C'est pas acceptable. (...) Alors qu'en fait, c'est quelque chose d'anodin. Quoi, j'veux dire, on sait que ça repousse, on sait que... Mais on aurait besoin d'avoir une image de soi positive, et c'est une façon d'avoir une image négative* » (l. 331-337). Elle nous avouera d'ailleurs sur le ton de la confiance que son mari

ne l'a jamais vue sans ses cheveux (elle portait toujours une perruque et dormait avec un foulard) et qu'elle-même évitait de se regarder dans le miroir.

Enfin, et en lien avec les effets secondaires si mal vécus du traitement chimiothérapique, Pascale peut qualifier de « poisons » les produits contenus dans les perfusions de chimiothérapie argumentant avec des éléments de son vécu de patiente : « *Quand on voit les infirmières manipuler les perf', euh... C'est pas anodin. Elles mettent les gants... Il y en a une qui était enceinte quand j'ai commencé le traitement, elle a arrêté de bosser là-bas le temps de sa grossesse donc c'est quand même quelque chose qui est pas, euh...* » (l. 420-423).

## 2. Théories étiologiques

À propos de la question de l'étiologie de sa maladie, Pascale tente, de la même façon que pour tout le reste de banaliser ses éventuels questionnements, dans une confusion assez signifiante : « *...de la même manière que tout le monde se la pose quand il lui arrive quelque chose, en disant pourquoi moi, et puis voilà quoi. Voilà. Mais pas euh... Pas forcément parce que... Je pense que je suis devenue un peu fataliste. A dire tout le monde est touché par ce truc, là, et y'a pas de raisons de passer à travers les gouttes, quoi* » (l. 278-281). Elle tente également de justifier l'inhibition de ses questionnements par le fait qu'elle a déjà été traitée pour un premier cancer (« *Peut-être que le fait que j'ai déjà été traitée pour un cancer fait que le deuxième, euh, me travaille moins la tête. Je sais pas* » - l. 287-288), même si nous comprenons à demi-mot à quel point la violence du second diagnostic a plus été exponentielle que minorée par l'expérience déjà vécue (« *Parce que là, c'est un deuxième, c'est pas une récurrence. Donc euh... (...) Encore (rires)* » - l. 292-294).

Pascale tente tout de même d'évoquer des causes qui nous semblent attendues autour de l'étiologie de sa maladie : elle se questionne sur l'hypothèse d'un « *truc familial* » concernant le goitre dont elle et sa tante ont souffert (en lien avec le cancer de la thyroïde), elle parle également de la catastrophe nucléaire de Tchernobyl mais sans conviction. Elle nous dit ne pas chercher de raisons « *intrinsèques* » avant de nous lancer : « *Euh, vous voulez dire quoi, que j'ai... Que j'ai fait des erreurs de, de... D'hygiène de vie ?* » comme si elle se sentait accusée d'être responsable de sa maladie. Il semble en fait émerger finalement une sorte de culpabilité

latente chez Pascale qui évoque le fait d'être fumeuse et la responsabilité qu'elle se devrait d'endosser si elle avait dû faire face à un diagnostic de cancer du poumon. Il semble qu'elle ait besoin de se dédouaner de toute responsabilité en précisant bien qu'elle a une maladie dont la cause n'est pas un comportement à risque connu. Ce point nous interroge sur l'éventualité d'une certaine forme de culpabilité qu'elle nie cependant en formulant le fait que la question n'est pas ce qu'elle a « *fait de travers* » (l. 552).

Par ailleurs, Pascale s'étonne de prendre conscience au cours de l'entretien du fait que le début de ses traitements et donc la phase de décompensation de sa pathologie correspond à la mise à la retraite de son mari (liant d'emblée chronologiquement le pot de départ en retraite de son mari et le pet-scan qui a montré l'évolution négative de sa maladie). Elle fait elle-même le lien avec les hypothèses étiologiques psychologiques en se questionnant sur le fait qu'alors que son mari était enfin plus présent auprès d'elle, elle tombait réellement malade et se trouvait complètement mobilisée par sa pathologie et son traitement : « *Si on parle de choc psychologique, ou d'états psychologiques qui font que, des fois, ça... On dit que ça joue quand même sur la maladie, je sais pas si c'est vrai ou pas, mais c'est vrai que le traitement n'a commencé qu'une fois qu'il était à la maison. Arrêté quoi. En retraite* » (l. 256-259). Ce point nous questionne évidemment sur la relation de couple de Pascale et de son mari, et surtout de la place qu'a pu prendre la maladie dans ce contexte mais elle ne nous en dira rien.

Enfin, il apparaît qu'ayant vécu un accouchement extrêmement traumatique (Pascale nous dit avoir failli mourir des suites d'une septicémie), elle semble sous-entendre qu'elle considérerait avoir eu son lot de difficultés et avait en quelque sorte le sentiment que le sort s'acharnait : « *J'estimais avoir donné déjà beaucoup, donc euh... Je voulais... Je trouvais pas normal que je reparte encore dans un truc angoissant, pénible, et...* » (l. 552-554). Un peu comme si, finalement, il y avait un quota d'événements douloureux et anxiogènes à vivre dans une vie, et qu'elle considérerait l'avoir déjà atteint.

Il apparaît par ailleurs dans l'analyse de la partie quantitative de cette recherche relative aux réponses de Pascale qu'elle tente de maintenir à distance toute réflexion au sujet de l'étiologie de sa maladie puisqu'elle évite de se livrer en répondant « *Ni d'accord ni pas d'accord* » aux vingt items concernant ses représentations quant aux causes de sa maladie,

excepté pour celui du hasard ou de la malchance qu'elle est d'accord pour intégrer dans les potentielles raisons de l'apparition de sa pathologie. Par ailleurs, elle ne répondra pas à la question lui demandant de ranger par ordre de priorité les trois facteurs considérés comme les plus importants parmi les causes possibles de la maladie mais écrira en toutes lettres : « *Je n'ai pas l'impression d'être responsable de ma « maladie » et la faute à pas de chance ne fait pas partie des cases à cocher* ». Là encore, la réponse écrite, teintée d'agressivité, laisse penser qu'il existe une certaine forme de culpabilité chez Pascale qu'elle tente de dénier par tous les moyens.

### 3. Processus défensifs

L'analyse des réponses de Pascale au DSQ-40 (cf. chapitre 2) nous montre des moyennes aux différents styles défensifs très proches des autres patients de son groupe (en phase curative de leur maladie), avec des scores relativement homogènes quels que soient les mécanismes de défense dont on tente d'évaluer les dérivés conscients. Il apparaît uniquement un recours un peu plus élevé à l'humour, à l'anticipation et au pseudo-altruisme, et un défaut d'utilisation de procédés plus « Immatures » tels que la rêverie, le déni ou la dissociation.

Ces résultats plutôt neutres ne corroborent pas une attitude qui nous semble très défensive en entretien, avec un recours massif à la dénégation (« *Après, on vit avec. C'est vrai que, je vais pas dire que j'ai banalisé, mais euh... Presque* » - l. 174-175, « *C'est pas quelque chose qui me, qui me hante* » - l. 179, « *Ça me bouffe pas la vie tout le temps. Ce n'est que à certaines périodes. Sinon je vis totalement normalement* » - l. 184-185) et une façon de banaliser et de rationaliser au maximum les événements et représentations anxiogènes, dans le but nous semble-t-il de tenter de tenir à distance les angoisses qui y sont relatives. Il nous semble que Pascale lutte en permanence contre l'omniprésence de la maladie dans sa vie, notamment autour des angoisses relatives à l'incertitude de son évolution, aux résultats d'exams de suivi et de surveillance, etc.

Au sujet de son premier cancer, elle nous dira : « *j'ai pas eu de, de contrecoup énorme* » (l. 305-306), ce qui résonne là encore comme une dénégation massive et l'aveu d'un envahissement psychique des représentations anxiogènes de la maladie dans sa vie. C'est ainsi qu'elle

poursuivra, semblant tenter de nous convaincre (ou de se convaincre elle-même ?) : « *Mais bon, à la limite, personne n'en n'a, quoi (de certitudes, ndla). Vous prenez votre voiture, vous pouvez très bien avoir un accident et puis en mourir. Donc euh, je veux dire, ça fait partie du processus je trouve...* » (l. 460-462), « *Parce qu'en fait, la mort fait partie de la vie, hein* » (l. 476). C'est ainsi qu'en associant librement, elle élabore un discours autour des représentations de la maladie qui semblent l'amener tout naturellement vers la question de sa propre mort à venir. Là encore, son discours est teinté d'éléments de rationalisation, autour de ce qui serait juste ou non, autour de la question d'un âge plus acceptable pour être malade et éventuellement mourir, exposant jusqu'à des arguments « *logiques* » face à cette question : « *Alors que là, moi, c'est plus présent. Et je dirais même qu'à la limite, même si je... Enfin je...* (grande hésitation) *J'ai pensé à la mort. Et je l'ai un peu relativisée, dans le sens où, bon, j'ai 55 ans, donc j'ai déjà fait la plus grande partie de ma vie (...). Euh, à la limite, si je mourais, bon. Je préfère ça que quand je vais à Villejuif et que je vois des petits bouts de chou hauts comme ça (fait le geste) qui, qui sont malades et qui peuvent mourir. Je trouve que c'est plus juste que ça m'arrive à moi qu'à ces petits, qu'à ces petits-là, quoi. (...) Je trouve plus logique que ça arrive à quelqu'un qui a de la bouteille, qu'à des petits bouts de chou, quoi. À la limite, je préfère avoir un cancer moi, qu'un de mes petits-enfants en développe un. Je trouve ça plus logique. Donc euh, j'ai pas relativisé la mort, hein, parce que, on est tous pareil, hein, on n'a pas envie. Mais euh, disons que, bon, elle fait plus partie de ma vie qu'elle n'en faisait partie avant* » (l. 480-493). Son discours résonne en nous comme une négociation que Pascale mènerait avec elle-même, autour d'une nécessaire acceptation qu'elle devra affronter la question de l'issue de sa vie, mais avec toutes les résistances psychiques que cela engendre et qu'elle formule, tout du moins en partie, à intelligible voix. Elle conclura sur cette question en s'affirmant très fataliste : « *Je pense que j'ai pris une philosophie de vie, euh, par rapport à ça, qui fait que, si ça doit, ça doit* » (l. 569-570). Nous pouvons enfin nous interroger au sujet de l'emploi de l'expression « *avoir de la bouteille* » (l. 490) par Pascale, pour qualifier les personnes pour lesquelles il serait plus juste que la maladie et éventuellement la mort surviennent. Cette expression nous interpelle dans ce contexte et nous renvoie à l'idée que peut-être il serait nécessaire d'après Pascale d'avoir suffisamment d'expérience (de la vie) afin d'être apte à faire face à un événement aussi douloureux...

#### 4. Mise en sens

Il semble évident pour Pascale que l'irruption de la maladie dans sa vie, même si elle s'en défend partiellement, lui a apporté un autre regard sur les choses et les événements, comme si elle était désormais apte à prendre la mesure de bonheurs simples : « *Ça a rien changé de particulier, sauf que, j'ai l'impression de, de, de profiter des choses différemment. Voilà. Des petits moments de bonheur...* », à parvenir à se concentrer sur l'essentiel (« *Pas de forcément rechercher dans le matériel, mais profiter de choses qui sont toutes simples, toutes bêtes, mais euh... Mes petits enfants qui jouent ensemble et qui éclatent de rire, euh, c'est des trucs, euh, complètement euh, jouissifs* » - l. 652-654, « *Peut-être que ça va être un grand mot, mais prendre le plaisir quand il est là et pas forcément aller le chercher, euh, sur la lune, quoi* » - l. 673-674).

De manière assez étonnante, il semble que Pascale ait réellement pris conscience au cours de notre rencontre de l'impact qu'a eu sa maladie sur sa manière d'appréhender la vie : « *Et je pense que c'est la maladie qui a provoqué ça. Parce que j'étais beaucoup moins, euh, contemplative avant (...) Et j'étais pas comme ça avant* » (l. 657-657). D'ailleurs, elle l'exprime clairement en formulant qu'elle prend soudain la mesure de ce changement et surtout de sa corrélation avec l'apparition de la maladie dans sa vie, comme si elle ne s'était jamais posé la question auparavant.

De même, Pascale se sent obligée d'expliquer qu'elle a rempli le questionnaire de recherche proposé par sa cancérologue uniquement pour participer à la recherche et nous rendre service (« *Je l'ai plus rempli, euh, comment dire ? je l'ai plus rempli pour vous aider que pour ma thérapie. C'était, c'était pas le but. Enfin, j'ai pas été chercher dans ce sens-là* » - l. 723-724), mais à aucun moment dans l'espoir que cela lui apporte quelque chose à elle. Par là-même, elle sous-entend que le questionnaire, et surtout l'entretien, pourraient avoir un effet thérapeutique, ce dont elle semble prendre soudainement conscience, tout en s'en défendant (ce qui correspond à son fonctionnement : elle pointe les mécanismes en jeu en niant le fait d'être elle-même concernée).

Au sujet de la proposition qui lui a été faite de rencontrer une psychologue durant ses traitements, elle finira par évoquer le fait que peut-être cela aurait pu l'aider : « *J'ai pas eu l'impression d'en avoir besoin. Peut-être qu'en fait j'en avais besoin. Mais j'ai pas eu l'impression d'en avoir besoin. Je, j'avais à la maison tout ce qu'il me fallait pour, pour me retaper moralement* ». (...) « *Alors après, peut-être que c'était une erreur (rires), mais euh...* » (l. 728-734). Ses rires semblent très défensifs, Pascale ne semble pas sûre d'elle du tout, ce que nous confirme sa dénégation presque trop limpide : « *Mais euh, c'est vrai, le questionnaire, non, je l'ai pas rempli pour me, pour me questionner ou pour me guérir, ou...* » (l. 736-737). Nous pouvons ici nous questionner sur la nature de la guérison évoquée... Guérison physique ? Psychique ? Que pourrait représenter pour elle le fait de « se questionner » justement ?

Il apparaît clairement que la participation à cette recherche a permis une amorce de travail d'élaboration chez Pascale, impossible jusque-là de par la massivité des défenses psychiques mises en place à la suite de l'apparition de la maladie, et qui probablement ne demande qu'à être poursuivi...

### C. Réalité sociale (Sickness)

Pascale s'est mariée jeune à un homme qui est maintenant (depuis deux ans) à la retraite, et dont elle a eu deux filles, qui vivent à proximité de chez leurs parents et qui ont eu chacune deux enfants. Toute la famille se retrouve tous les dimanches pour déjeuner, dans une ambiance apaisée et agréable selon la patiente, qui semble décrire une famille unie et des filles très disponibles et soutenantes, ce dont elle ne souhaite pas particulièrement profiter : « *...mais un soutien qu'on n'aime pas trop, qu'on n'aime pas trop solliciter parce que... Parce que voilà quoi. Moi, mon papa est décédé d'un cancer, donc euh, je sais aussi ce que ça fait de, de s'inquiéter, de... Et d'être euh, d'être angoissée, de pas savoir qu'est-ce qui va se passer et quand...* » (l. 138-141). En effet, le père de Pascale est décédé il y a une quinzaine d'années, d'un cancer du foie qui l'a emporté en six mois. Elle est fille unique et a des liens avec sa mère, qui vit dans leur région d'origine. Sur le plan professionnel, Pascale a travaillé deux ans en tant que secrétaire au début de son mariage : le couple a ensuite parcouru de nombreuses régions de France pour le travail de monsieur, avant de venir s'installer défini-

tivement en Ile-de-France. Elle n'a finalement jamais retrouvé de poste qui lui convenait en termes d'horaires et d'intérêt, puis s'est consacrée à l'éducation de ses filles.

Malgré un environnement familial qui semble étayant, Pascale explique clairement qu'elle veut protéger ses proches de ses états d'âmes et des conséquences de sa maladie en général, en tenant à gérer seule ses angoisses, mais en admettant que cela complique les liens familiaux : « *Et puis, ça modifie aussi les rapports, euh, familiaux. Parce que, on essaie de prendre sur soi pour pas trop... Pour pas trop angoisser les autres, mais on sait que l'angoisse, elle est là chez tout le monde, donc euh... On joue souvent au petit soldat, mais à l'intérieur, c'est pas toujours... C'est pas toujours facile, quoi* » (l. 116-120). Elle admet qu'il est difficile de devoir faire face seule : « *Parce que, prendre sur soi, c'est bien, mais à un moment, il faut aussi pouvoir évacuer et craquer, et comme vous voulez pas le faire pour pas, pour pas angoisser les autres, y'a un moment où... Où c'est pesant quoi* » (l. 122-124).

Dans le discours de Pascale, il est surprenant de constater qu'à aucun moment n'émergent de liens sociaux extérieurs à sa famille, de même qu'elle ne donne aucune indication sur d'éventuelles activités qu'elle pourrait mener. Nous n'avons donc aucune piste sur la façon dont elle emploie ses journées et son temps libre de manière générale. Pas plus que nous n'en avons sur de potentiels liens amicaux...

## II. Analyse clinique du Rorschach

---

### A. Clinique de la passation

#### 1. Dynamique de la passation

D'emblée, lorsque nous proposons le Rorschach à Pascale, elle rit de manière défensive, nous expliquant qu'elle a déjà vu les planches « *à la télé* » et que cela la fait « *rigoler* » (jaune ?) de s'y trouver confrontée aujourd'hui. D'ailleurs, elle rit, voire explose de rire en donnant certaines de ses réponses, quasiment à chaque planche (excepté aux planches III, IV, V et VII, qui semblent les plus menaçantes pour elle) et jusqu'à la fin de la passation.

Elle pointe à de nombreuses reprises ses difficultés (« *Il faut vraiment que ça m'évoque quelque chose ?* », « *...franchement, ça m'évoque rien...* », « *je sèche un peu* » - à plusieurs reprises, « *j'ai vraiment du mal* », etc.) et a énormément besoin d'étayage tout au long de la passation, alors qu'elle donne finalement un nombre de réponses tout à fait dans la norme (vingt-cinq réponses au total), plutôt riches et de bonne qualité, malgré un temps de passation plutôt bref (16 minutes et 20 secondes). Se plaçant dans une position passive, teintée d'agressivité, elle semble se soumettre entièrement à la volonté de la clinicienne de la faire élaborer autour des planches mais ne livre rien. Néanmoins, il semble que l'enjeu soit davantage narcissique pour elle : très inquiète de ne pas donner les « bonnes » réponses, elle clôt le test en demandant « *je suis normale docteur ?* ».

Il apparaît durant le test que Pascale a perçu assez finement l'enjeu des aspects projectifs (« *j'ai vraiment l'impression d'aller chercher dans le tréfonds pour vous donner une réponse* ») et qu'elle s'en défend : elle emploie le terme « *franchement* » à six reprises au cours de la passation, ce qui sonne comme une dénégation (elle ne veut pas nous dire ce qui l'anime). Elle exprime par ailleurs à l'issue de la passation qu'elle a cherché à se prémunir de l'aspect dangereux de la projection en nous livrant des idées logiques et rationnelles. Néanmoins, le calcul du RC% (supérieur à la norme chez Pascale) nous renseigne sur les capacités

régressives dont elle a fait preuve durant la passation, ce qui contraste avec sa volonté consciente de contrôle.

## 2. Caractéristiques de la production

Vingt-cinq réponses sont données par Pascale sur un temps de passation pourtant un peu court, le temps moyen par réponse étant très bref (trente-neuf secondes) : le temps de latence moyen est de cinq secondes, mais pouvant aller jusqu'à vingt-sept secondes à la planche X (planche de la séparation, mais également en lien avec d'éventuelles angoisses de morcellement) et trente-huit secondes à la planche IV, qui semble sidérer ses processus de pensée.

L'analyse du psychogramme de Pascale confirme bien la recherche de maîtrise et de contrôle ressentis cliniquement : le mode d'appréhension des planches est plus global que la moyenne ( $G\% = 44\%^{89}$ ), au détriment d'une approche en détails timide ( $D\% = 56\%^{90}$ ), signant une attitude défensive, probablement en lien avec une lutte contre l'émergence de la réalité interne par l'utilisation de la réalité objective caractérisée par le nombre important de G simples banals<sup>91</sup>. Le recours massif au formel ( $F\% = 84\%$  supérieur aux normes) chez Pascale signe une adaptation perceptive et socialisante de bonne qualité et pointe l'existence de « *défenses de caractère sans souplesse ni perméabilité topique* »<sup>92</sup>, à savoir un surinvestissement de la réalité qui vient combler le manque d'élaboration et qui renvoie à l'absence de mentalisation caractéristique du patient au fonctionnement très défendu, voire opératoire<sup>93</sup>. Néanmoins, le  $F+\%$  déficitaire (ainsi que le  $F+\%$  élargi) nous donne à envisager un débordement des possibilités de Pascale, du fait de préoccupations fantasmatiques et émotionnelles débordantes (Chabert, 2012, p.126). Le nombre important de banalités (huit) au sein du protocole appuie par ailleurs un conformisme excessif en lien avec un plaquage de la réalité venant remplir le vide d'un espace psychique difficile à investir.

---

<sup>89</sup> Normes adultes :  $G\% = 20-23\%$  (Azoulay, C. (2001))

<sup>90</sup> Normes adultes :  $D\% = 60-68\%$  (Azoulay, C. (2001))

<sup>91</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 103.

<sup>92</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 124.

<sup>93</sup> Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : PUF, 2000.

## B. Analyse et interprétation

### 1. Les processus de pensée

#### a. Investissement de la pensée

La recherche de globalité clairement énoncée par Pascale (« *Ça m'évoque rien de global* », « *Je suis incapable de vous donner un... Un truc qui me, qui me branche sur la globalité* ») se traduit effectivement par un protocole dans lequel les réponses globales sont surreprésentées, au détriment d'une approche plus détaillée, permettant un évitement du matériel et des potentielles émergences pulsionnelles associées.

Les deux seules réponses kinesthésiques (les « *chiens qui se font un bisou* » de la planche II et le « *couple qui danse* » de la planche III), qui sont de plus des banalités, confirment des défenses massives qui empêchent toute mentalisation, mais également une recherche de contrôle, de maîtrise face aux représentations potentiellement angoissantes suscitées par le contenu latent des planches.

#### b. Rapport au réel

Le F+% sous-normatif (ainsi que le F+% élargi) chez Pascale semble signer un débordement pulsionnel difficilement contrôlable, même s'il est à noter que plus de la moitié des F+ sont des banalités, « *l'effort semblant important pour tenter de cerner une réalité objective qui échappe malgré les tentatives pour la circonscrire et la maîtriser* »<sup>94</sup>.

De plus, très peu de contenus imaginaires apparaissent dans le protocole (quasi absents, exceptés le géant à la planche IV et les lutins à la planche VII), ce que l'on peut interpréter comme une volonté de Pascale de s'accrocher à cette réalité rassurante, de ne pas risquer de

---

<sup>94</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 129.

se laisser aller à des représentations qui ne seraient pas assez logiques et rationnelles, renvoyant à des défenses de type opératoire.

### c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation

Le taux de réponses en détail (D%), légèrement en dessous de la norme, signe une tentative de maîtrise des mouvements pulsionnels émergents, avec un nombre élevé de banalités (qui renvoient à la pensée collective) et un taux de réponses Animales (A%) situé dans la norme haute, représentant un faisceau d'éléments qui attestent d'une bonne adaptation sociale, voire d'un conformisme social excessif.

Le taux de contenus humains (H%), très en dessous des normes, nous renseigne sur des capacités de représentations interpersonnelles et d'identification à l'autre difficiles, avec en plus une majorité de réponses (H) (deux pour un H) qui pointent un fonctionnement très défendu avec des tentatives d'accrochage massif à la réalité dans tous les autres domaines. Dans ce cadre, nous pouvons faire l'hypothèse d'un impact de la maladie somatique sur les capacités d'identification de Pascale, comme si son corps abîmé l'obligeait à rester en marge de la population.

Enfin, les importants temps de latence aux planches II, IV, VIII, X nous donnent à voir le mouvement de refoulement chez Pascale face à certaines représentations suscitées par le matériel projectif, autour notamment de problématiques sexuelles et d'identification, mais également par rapport aux angoisses de morcellement, renvoyant au traumatisme psychique généré par la maladie.

## 2. La dynamique affective : le traitement des conflits

### a. L'axe narcissique

## i. Représentation de soi : identité

Si le mode d'appréhension global des planches par Pascale pointe bien une recherche de maîtrise des représentations suscitées par le matériel, il est à noter que le F+% déficitaire questionne la qualité des enveloppes psychiques. Par ailleurs, seules trois réponses humaines apparaissent dans tout le protocole dont deux imaginaires (un « couple » à la planche III, un « géant » à la planche IV et des « lutins » à la planche VII), ce qui nous donne à penser que les capacités de Pascale à s'identifier à une image humaine sont mises à mal. En revanche, les réponses animales (A% normatif) sont de bonne qualité et intègres, signant de bonnes capacités d'intégration et de socialisation, mais sans qu'aucune réponse animale imaginaire n'émerge...

La quasi-absence de contenus « effractants » (Anat., Sang, Sex.), avec uniquement des contenus intellectualisés (Bot., Geo., Obj., Géolog...), nous montre que le pare-excitation de Pascale est efficient, parvenant à tenir à distance la charge pulsionnelle relative au contenu des planches. Une seule réponse Anatomique est à noter à la planche II, avec l'émergence de la maladie sous la forme de représentation de poumons de fumeurs, ce qui nous renvoie au discours de Pascale durant l'entretien autour de la culpabilité inévitable dans le cas de cancer pulmonaire chez un malade fumeur.

## ii. Représentation de soi : identification

Les difficultés d'identification à toute forme humaine repérées dans le paragraphe précédent du fait du H% très déficitaire sont corroborées par la quasi-absence de réponses kinesthésiques (une réponse K+ avec le couple qui danse à la planche III et une réponse kan+ avec les chiens qui se font des bisous à la planche II). Aux planches unitaires, révélatrices de potentielles failles narcissiques et identitaires, Pascale se retrouve en difficulté. A la planche I, il apparaît que l'angoisse autour du choix de la « bonne » réponse émerge en lien avec une problématique identificatoire, alors qu'aux planches IV (Équivalent Choc puis dit « sécher »), V (planche la moins aimée, sur laquelle Pascale passe très vite), VI (manque d'imagination d'après Pascale, « *j'ai vraiment du mal* », se référant alors à un vécu personnel traumatique - septicémie - pour se dégager de sa difficulté, comme un investissement visant à lutter contre

les angoisses d'échec, de dépression) et IX, l'angoisse suscitée par le matériel transparent chez Pascale, qui cherche à répondre rapidement pour se dégager d'une situation inconfortable pour elle. Cependant, la chauve-souris de la planche V nous renvoie à une identité préservée, la représentation féminine s'opposant clairement à une représentation masculine (« *plus que le papillon* ») même si la planche fait partie de celles les moins aimées par Pascale.

Les planches à symbolisme sexuel (IV, VI, VII) la mettent en difficulté, semblant entraver ses capacités d'élaboration. L'attitude de Pascale est défensive, elle évite la planche IV en répondant brièvement et en nous disant qu'elle « *sèche* » et a énormément besoin d'étayage à la planche VI, pour réussir à en dire quelque chose (« *J'ai vraiment l'impression d'aller chercher dans le tréfonds pour vous donner une réponse...* ») et se refermer immédiatement après, manifestement aux prises avec une problématique de rétention (qu'est-il possible pour elle de donner sans se mettre en danger ?).

## b. L'axe objectal

### i. Représentation des relations

Le H% bien en dessous des normes ainsi que le nombre minime de réponses kinesthésiques nous donnent à penser que la dimension relationnelle est évitée par Pascale, peut-être dans le prolongement de la stratégie d'évitement du conflit déjà repérée chez elle : les représentations humaines sont rares, et encore plus en mouvement. Il est à noter qu'elle parvient tout de même à donner deux réponses qui correspondent à des représentations de relations aux planches bilatérales (relationnelles) II et III (les chiens qui se font des bisous et le couple qui danse), alors qu'elle l'évite à la planche VII (elle évoque deux lutins mais fait appel à la symétrie pour justifier qu'ils soient deux).

### ii. Traitement des affects

La sensibilité à la couleur est verbalisée par Pascale à plusieurs reprises : elle le dit à la planche II et aux planches VIII, IX et X, ajoutant même être incapable d'« *...associer quelque*

*chose de logique... avec la couleur... »*. Manifestement, la couleur sidère ses processus de pensée de par les affects qu'elle pourrait faire émerger, ce qui explique que les réponses sensorielles (estompage et couleur) soient quasi absentes du protocole, seules deux réponses couleur apparaissant aux planches II et IX, dont une de mauvaise qualité (« *les poumons d'un fumeur et d'un non-fumeur* ») et l'autre plutôt angoissante (le feu).

Le Type de Raisonnement Intime (TRI) montre ici un fonctionnement extratensif, avec une affectivité latente, associée à un RC% au-dessus des normes, qui atteste d'une capacité à se laisser toucher, stimuler par l'environnement, et de bonnes capacités régressives. Néanmoins, la Formule Complémentaire (FC) dénote un fonctionnement intratensif, élément qui nous montre à quel point Pascale tente de contenir les manifestations affectives émergentes, de lisser son fonctionnement psychique.

### 3. Évaluation de l'organisation défensive

Il apparaît clairement dans le protocole de Pascale une volonté de contrôler et de maîtriser l'émergence du pulsionnel en réponse aux sollicitations latente des planches : le mode d'appréhension global et la pauvreté des contenus nous montre les résistances mises en place, la nécessité de « coller » à la réalité objective (Pascale parle de réponses logiques et rationnelles) pour lutter contre l'émergence de représentations angoissantes et des affects associés.

Le fonctionnement psychique de Pascale nous semble comme figé : il est difficile de dire si les éléments latents en faveur d'un fonctionnement névrotique (manifestations hystériques, refoulement, défenses obsessionnelles) sont étouffés par les conséquences du traumatisme de la maladie cancéreuse, empêchant toute élaboration psychique (trop angoissant) et amenant Pascale à appréhender les éléments extérieurs sur un mode opératoire.

### III. Analyse clinique du T.A.T.

---

La synthèse du T.A.T. de Pascale (cf. Tome II) nous montre la surreprésentation des procédés de la série C (Évitement du conflit), représentant près de la moitié des procédés utilisés. Les procédés de la série A (Rigidité) sont également prévalent puisqu'ils correspondent à 34% des cotations, laissant très peu de place au déploiement des procédés des séries B et E (sensiblement égales dans leur représentation). Il semble que le fonctionnement psychique de Pascale soit marqué par les défenses narcissiques et l'inhibition (procédés CI et CN massivement représentés), ainsi que par un abord des planches plaqué à la réalité (procédés A1) sur un mode obsessionnel (procédés A3), qui fait écho à la problématique de rétention identifiée au Rorschach.

Dès la première planche du T.A.T., Pascale nous questionne à nouveau sur sa performance (« *Ça vous va ? C'est suffisant ?* »), toujours manifestement angoissée à l'idée de ne pas être une patiente suffisamment bonne. Elle se projette d'emblée, grâce à cette planche, dans une situation de « *supplice* » pour elle, évitant néanmoins la situation de conflit psychique autour de l'immaturité fonctionnelle du petit garçon représenté. De même qu'à la planche 2, Pascale s'accroche à la description des personnages, niant ainsi la problématique de la triangulation œdipienne émergente du matériel. Par la suite, Pascale va systématiquement éviter toutes les représentations pouvant être conflictualisées, par différents procédés servant tous la mise à distance des affects et angoisses émergents : inhibition massive (planche 5 et 10), hésitation et annulation des représentations (planches 3 et 4), collage à la réalité et accrochage au percept (planche 2, 6GF, 11, 13B), refoulement (le bébé est scotomisé à la planche 7GF afin d'éviter toute représentation conflictuelle et anxiogène) et idéalisation des représentations (comme contre-investissements pour lutter contre les affects dépressifs à la planche 12BG par exemple, qui renvoient à des objets internes peu solides).

La planche 9GF semble mettre Pascale en grande difficulté, provoquant un choc et un débordement de ses processus de pensée : l'étayage s'avère nécessaire pour la soutenir dans son élaboration autour d'un matériel renvoyant aux investissements narcissiques et à la rivalité féminine, même si elle évite là encore tout conflit. De même, les planches 13B (le noir) et 13MF (la rigidité cadavérique) entraînent l'émergence de représentations crues et massives,

immédiatement niées et mises à distance dans une tentative de surinvestissement de la réalité extérieure, afin d'éviter un débordement des processus psychiques. Il semble que les angoisses générées par la violence de représentations en lien avec les pulsions agressives et la mort suscitées par ces images saturent les défenses mises en place par Pascale.

À la planche 19, face à un matériel à contenu régressif, Pascale ne parvient pas à élaborer autre chose que des éléments épars, tirés d'une tentative d'approche descriptive. Elle dit elle-même être en difficulté face à la composante « abstraite » de la planche : en effet, il est ici plus difficile de se raccrocher au réel, moyen de défense utilisé pour lutter contre les affects dépressifs émergents, se révélant inefficaces. De même à la planche 16, planche de la séparation matérialisée par le vide (planche « blanche ») qui semble faire violence à Pascale, sa pensée se retrouvant là encore comme sidérée.

Au T.A.T., les problématiques latentes sont nettement et plus facilement identifiées qu'au Rorschach par Pascale, qui est dans l'évitement du conflit à chacune des planches, nous donnant à entendre un discours très inhibé et défendu. Il apparaît que la position dépressive se révèle difficilement élaborable par Pascale, ses objets internes fragiles, une imago maternelle précaire. Ici encore, des éléments névrotiques sont bien identifiables dans le fonctionnement psychique de Pascale (refoulement, symbolisme, rivalité), ainsi que des éléments dépressifs, d'angoisse face au vide et à la mort, que nous pouvons relier à la sidération psychique et au potentiel effractant de l'annonce de la maladie grave et à son potentiel traumatogène.

#### IV. Synthèse

---

Le discours de Pascale, tant dans l'entretien clinique qu'au cours de la passation des projectifs, se révèle être un discours inhibé, sous contrôle, de manière à ce que des représentations d'angoisse ou d'affects dépressifs ne puissent émerger. En effet, il nous semble assez clair que la patiente lutte contre tout ce qui pourrait faire écho au traumatisme et au choc qu'a représenté l'irruption du cancer dans sa vie. Elle ne veut rien en dire et craint ce que pourraient révéler les projectifs, qu'elle décrit comme « intrusifs » : « *C'est ça, c'est le côté intrusif qui me, qui me... Intrusif et non... Inconnu en fait. Parce qu'en fait, je sais pas du tout comment fonctionne votre, votre science...* » (l. 774-775) : en fin d'entretien, après la passation des projectifs. « *Qu'est-ce que ça révèle sur moi ?* » (l. 779-780). Elle explique ainsi avoir tout fait pour « *rester rationnelle* » (l. 786), ajoutant « *c'est pas agréable du tout. Parce que... (...) C'est vrai que j'ai pas apprécié du tout le... Le principe. (...) Être obligée de mettre des mots...* » (l. 796-819). Pascale a manifestement très peur de ce que pourrait révéler son discours, que nous puissions la trouver « folle » : « *Je veux pas que ça révèle sur moi quelque chose qui n'y est pas. Vous comprenez ce que je veux dire ? (...) Enfin, si j'essaie d'interpréter quelque chose, de manière complètement délirante, euh, je veux pas que, selon votre code, ça corresponde à un truc qui est pas moi. Donc je sais pas dans quelle direction aller, je sais pas si je reste rationnelle, si je pars totalement dans la, dans la loufoquerie, et, par rapport à ça, j'essaie de garder un cadre pour vous donner des réponses, mais euh, je sais pas quel est le cadre. C'est ça le problème. (...) C'est fait aussi pour faire... Enfin, ça a quand même un but je pense révélateur sur une personnalité ? (...) Ça me dit rien... Et, euh... Fallait vraiment que je cherche, euh, dans le tréfonds, pour vous donner des réponses, quoi. Parce que moi, comme ça, ça me disait rien* » (l. 826-855). En effet, il semble que Pascale emploie une grande partie de son énergie psychique à montrer un fonctionnement adapté, socialement attendu, qui n'est pas sans nous rappeler ceux que J. Mc Dougall nommait les « normopathes », à savoir des « *individus qui, tout en étant profondément malheureux, essaient de trouver refuge derrière un mur de « pseudo-normalité » afin de tenter de se protéger de toute prise de conscience de leur vécu affectif* » (1989, p. 173).

Par ailleurs, nous avons pu repérer au T.A.T. des objets internes fragiles (notamment à la planche 12BG) qui questionnent la présence d'une imago maternelle peu bienveillante et non

étayante. Là encore, le concept de la mère morte de Green pourrait éclairer le sentiment de vide de la pensée, ou plutôt d'incapacité à penser, ressenti contre-transférentiellement chez Pascale, ainsi que des capacités d'élaboration abrasées.

En lien avec notre problématique de recherche, nous pouvons constater ici que malgré le pronostic favorable de cette patiente par rapport à l'évolution de sa pathologie, il demeure néanmoins des effets traumatogènes autour de la sidération de la pensée et de capacités d'élaboration ébranlées et mises à mal par le vécu de la maladie. Alors qu'un fonctionnement psychique normalo-névrotique semblait préexister, il apparaît que les conséquences de la maladie aient générées une rigidification du système de défense psychique (peu opérant par ailleurs) de la patiente, ne lui permettant plus d'élaborer autour de son vécu, de traiter les affects et angoisses afférents.

Il est ainsi compliqué pour elle ne serait-ce que d'imaginer ou entrevoir une éventuelle explication ou construction autour de l'étiologie de sa maladie, de même que sur la question du sens que celle-ci peut revêtir dans sa vie : s'en remettant au hasard, elle se dit désormais fataliste, se tenant ainsi totalement à distance de ce vécu traumatique.

- ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE LOUIS, 75 ANS

« *C'est une expérience le cancer* »

## I. Analyse clinique de l'entretien

---

Louis est un patient qui a immédiatement accepté de nous rencontrer lorsque nous l'avons contacté par téléphone : pris en charge dans le centre hospitalier d'une ville voisine, il se rend totalement disponible, se pliant à nos contraintes de lieu et d'emploi du temps. Le premier contact physique est très agréable et souriant, l'abord de Louis est facile, son discours est d'emblée prolifique, difficile à canaliser et à suivre, souvent décousu, nous donnant d'emblée un sentiment d'étrangeté. Sur le plan contre-transférentiel, nous ressentons fréquemment la sensation de ne pas parvenir à suivre le déroulement de sa pensée.

L'entretien débute d'emblée par une remarque surprenante de Louis, qui nous dit : « *ma psychanalyse, c'est le contact* » (l. 1). Il nous explique alors qu'il n'a jamais entrepris de psychanalyse, mais il amorce d'emblée son discours par ce qu'il nomme la « *dépression infantile précoce* » (l. 12), puis le « *trou noir* » (l. 15), la « *grosse déprime* » (l. 16-17), vingt ans d'alcoolisme... Un peu plus loin, il se qualifie d' « *être assez complexe* » (l. 108), à la fois manuel et intellectuel, nous dit-il.

### A. Réalité médicale (Disease)

Louis a reçu le diagnostic de lymphome<sup>95</sup> il y a deux ans, deux mois après le décès de sa mère, morte à 101 ans, manifestement de vieillesse, après avoir vécu dix ans chez son fils (et sa belle-fille, avec qui elle ne s'entendait apparemment pas). Louis évoque néanmoins des problèmes cardiaques chez sa mère, qu'il qualifie également d'anorexique « *qui avait beaucoup de problèmes* » (l. 77), et concluant : « *c'était un cas* » (l. 77).

---

<sup>95</sup> Tumeur se développant dans les tissus appelés organes lymphoïdes, et en particulier dans les ganglions lymphatiques.

Louis décrit une fatigue ressentie depuis environ un an, et de la fièvre au moment où il est hospitalisé via les urgences : selon lui, un bilan sanguin et un scanner ont permis de poser très rapidement le diagnostic de lymphome, que Louis décrit comme « méchant », avec la présence de très nombreux ganglions. En effet, son oncologue a noté sur le questionnaire médical de Louis, dans le cadre de notre recherche : « lymphome agressif ». Il envisage d'emblée une situation très grave, ayant dit à sa femme au début de la prise en charge qu'il allait « au trou », lui demandant d'aller aux pompes funèbres organiser ses obsèques. Il a ensuite tempéré ses propos, nous donnant l'impression qu'il cherche à expliquer qu'il a finalement dépassé l'état de sidération consécutif à l'annonce de la maladie, ses propos restant obscurs : « *Sur le coup, j'ai cru que j'étais assez résigné, mais en fin de compte, euh, quand on m'annonce ça, j'ai analysé que j'avais le phénomène, euh, surexposition quand même à la lumière... Vous savez, hop. Vous avez un rideau de protection qui s'abaisse. Vous êtes plus tétanisé que résigné* » (l. 144-147). Il nous dira plus loin qu'il médite souvent, qu'il ne pensait pas à lui quand il était hospitalisé : « *je suis pas là dans le lit à me dire, je vais mourir. Alors je suis pas dans mon corps. Toujours m'en extraire* » (l. 160-161). Lors de l'hospitalisation qui a permis le diagnostic, Louis s'est retrouvé en isolement protecteur<sup>96</sup> quelques jours, période qu'il décrit comme difficile, mais après laquelle il s'est senti mieux, physiquement et moralement.

Lors de notre rencontre, Louis nous explique qu'il lui reste deux séances d'injections d'anticorps monoclonaux, et qu'ensuite, son traitement sera terminé, si toutefois il ne rechute pas, ce qu'il envisage très clairement, l'évoquant de manière directe.

## B. Réalité subjective (Illness)

### 1. Représentations de la maladie

À travers le discours de Louis, nous pouvons entendre à quel point sa représentation de la maladie cancéreuse est angoissante, notamment quand il explique pourquoi, selon lui, le corps médical ne donne pas toutes les informations connues aux patients : « *Les médecins parlent pas assez. Euh, p'têtre qu'ils ont peur que, les gens, ça leur fasse peur et qu'ils se*

---

<sup>96</sup> Mesures de protection du patient dont le système immunitaire est affaibli par un traitement ou une pathologie.

*suicident, ou qu'ils tombent en déprime, encore... Enfin bref. (...) Qui sont... En cacophonie intérieure, quoi* » (l. 165-169). La « cacophonie intérieure » dont il parle, et qui le concerne assurément, nous interroge sur la symbolique de cette annonce et des répercussions de la maladie. En effet, étymologiquement, la cacophonie, du grec « kakos » (mauvais) et « phoni » (voix), renvoie à une dissonance, à des mots, syllabes ou sons désagréables. Nous pouvons donc imaginer que l'annonce de la maladie a résonné pour Louis comme une cacophonie, dans ce qu'elle a d'insupportable et de désagréable à entendre. Dans ce contexte, le mot (la cacophonie) n'est pas différenciable de la chose qu'il représente (l'annonce), ce qui nous renvoie à la mise en « équation symbolique »<sup>97</sup> déjà évoquée chez Boris, et évoquant un fonctionnement psychique psychotique. Par ailleurs, cette même cacophonie n'est pas sans faire écho au discours de Louis, souvent discordant, flou et diffluent.

Par ailleurs, la maladie est également synonyme de rechute et potentiellement de mort pour Louis, qui a tout à fait conscience du risque : « *Je serais même plus embêté si j'avais une rechute (rires). (...) Si j'avais... Ce sont des maladies récurrentes, hein... Elles risquent de revenir, bon. Ça m'ennuierait. Je suis plus anxieux maintenant. (...) Ouais, parce que ça serait recommencer, donc faut se réhabituer. (...) Que moi j'ai... La notion de la mort, je l'ai depuis très longtemps. (...) Je sais que la maladie est récurrente, donc faut que je me réhabitue à cette notion. Maintenant que je suis sauvé, que tout est bien, les analyses sont bonnes, que le lymphome est parti, euh... Si ça revenait, bon, je peux le prendre, j'y arriverais* » (l. 285-300). En évoquant le risque que son cancer revienne, il évoque la mort, la guerre, et le fait qu'il ait été réformé lors de son service militaire : il ne nous en dira pas plus, mais nous pouvons nous questionner sur le lien entre cette éviction et son fonctionnement psychopathologique. De plus, à l'évocation de sa maladie et de ses conséquences, émergent des représentations violentes et crues en lien avec la mort : « *À six ans, j'ai dû avoir l'extrême onction* » (l. 301-302), « *Et sous ma fenêtre, je me rappelle toujours, il y avait six cadavres d'américains canadiens, qui étaient là...* » (l. 306-307).

À sa façon, et malgré un discours flou et difficile à suivre, Louis évoque à quel point l'annonce de la maladie l'a renvoyé à sa mort à venir et la façon dont il a réussi à faire face,

---

<sup>97</sup> Segal, H. (1957). Note sur la formation du symbole. In : *Délire et créativité*. Paris : Des Femmes, 1987, p. 93-120.

malgré des angoisses débordantes : « *Donc pour vous dire que la mort, je l'ai toujours... (...) Euh, je l'ai pris pour moi. Mais euh, c'est-à-dire que je la prends pour moi... Constamment je disais, je vais tomber un jour dans le bois, crise cardiaque, et tout ça. Mais, euh... Tant que le mal n'est pas dans l'arbre, on n'a pas de manifestations. C'est quand on la touche, quand on touche le mal, qu'on dit ah bah oui. Mais j'ai réagi bien, je pense que ce stoïcisme dont j'ai fait preuve, quand j'ai eu la déclaration du mal, euh, je me suis dit, bon bah, c'est la fin, comme je l'ai toujours pensé. Mais après, je me suis laissé faire, j'ai fait confiance au monde médical, bah soignez-moi, faites votre possible...* » (l. 353-362). Dans son discours, nous pouvons repérer à quel point l'évocation de ces représentations tellement anxiogènes désorganisent sa pensée et infiltrent son discours, même si le fil conducteur reste repérable.

## 2. Théories étiologiques

Au fil de son discours, extrêmement décousu, Louis en vient à nous parler de ce qui pourrait ressembler dans ses propos à des risques professionnels : « *Comme ils ont cru que j'avais, parce qu'en même temps, j'ai de l'amiante dans les poumons. Mon métier c'est chimiste au départ, donc j'ai attrapé de l'amiante dans la plaque pleurale... Et puis... J'en souffre pas, c'est bon. Le fait que j'ai du mal à respirer, c'est surtout je pense la chimio qui a fait beaucoup de dégâts aussi. Et puis j'ai fumé aussi... Bon, j'ai arrêté pareil, il y a 38 ans. Brutalement, en n'ayant pas... Comme l'alcool, pareil. Mais... Pourquoi je dis ça ?* » (l. 170-175). Il est difficile de suivre le fil de sa pensée et de ses associations, mais nous comprenons qu'il établit un lien entre l'étiologie de sa maladie et son hygiène de vie. Il nous explique ainsi qu'il a arrêté de fumer il y a près de quarante ans, brutalement, en mettant ses cigarettes à la poubelle un matin. De même, il évoque spontanément sa consommation d'alcool, en nous disant : « *j'ai été saoul une fois, mais ça a duré vingt ans* » (l. 255). Il dit avoir arrêté il y a plus de vingt-cinq ans, s'être abstenu pendant douze ans, et reboire « *un demi-verre de vin* » (l. 260) maintenant, ce qui ne lui fait rien, nous dit-il (ce qui sonne comme une dénégation).

Quand nous lui posons directement la question de l'origine de sa maladie selon lui (il tergiverse tellement que nous cherchons à orienter plus directement son discours), il évoque l'alimentation, selon lui trop abondante de nos jours par rapport aux efforts physiques fournis. Il parle de son enfance, du fait qu'il a connu la faim et des conditions de vie précaires. Il con-

clut en nous disant : « *ma mère était anorexique, elle a vécu cent ans* » (l. 416), comme gage de la suralimentation comme facteur de risque du cancer.

Il est à noter qu'à l'IPQ-R, Louis nous parle essentiellement d'étiologie psychologique (il note les soucis familiaux en premier lieu dans les champs libres et obtient un score de 20 sur 30 à l'item « psychologique », soit un score bien supérieur à celui des sujets de son groupe), puis de vieillissement et d'immunité (« système immunitaire affaibli » écrit-il en troisième position). Il est intéressant de noter que le lymphome, en s'attaquant aux lymphocytes, affaiblit le système immunitaire. Il semble donc que Louis fasse un amalgame entre cause et conséquence de son cancer. De plus, il est intéressant de noter que Louis est le seul participant à la recherche qui obtient un score de zéro à l'item « hasard » des causes supposées de sa maladie. Il semble que Louis ait besoin de tout expliquer, contrôler, au moins intellectuellement, même s'il ajoute qu'il ne veut pas paraître « *prétentieux de vouloir donner une explication* » (l. 428-429). Il évoque également le fait d'avoir trop travaillé, donnant comme exemple le fait d'avoir « *fait quatre-vingts stères de bois dans l'hiver* » (l. 436) avant de tomber malade, expliquant que l'épuisement qu'il a ressenti l'a probablement affaibli, empêchant selon lui son système immunitaire de lutter (ce qui corrobore sa réponse à l'IPQ-R). Enfin, il nous parle également rapidement de la pollution et de la radioactivité, mais sans établir de rapport de cause à effet avec sa maladie.

Quand nous faisons le lien entre le décès de sa mère et le diagnostic de sa maladie deux mois après, Louis se met à pleurer en nous disant qu'il ne voulait pas en parler, mais qu'il a vécu un gros choc qu'il qualifie d'« affectif » il y a trois ans : sa nièce de 29 ans s'est suicidée en se jetant sous le métro. Il nous dit qu'il n'était pas particulièrement proche d'elle, mais parle d'empathie... Il nous semble que la souffrance de cette nièce le renvoie directement à sa propre souffrance, et à d'autres pertes qu'il évoque rapidement (des amis de ses enfants, chez les témoins de Jéhovah), mais surtout celle d'un ami, retrouvé dans la forêt après avoir ingurgité une dose létale de médicaments. Relater ces événements l'amène à repenser avec beaucoup de douleur aux obsèques de sa nièce et de son ami (incinérations très mal vécues), à la condamnation pour pédophilie de son beau-frère, père de sa nièce, au caractère pathologique (selon lui) de son beau-père, aujourd'hui décédé... Tout le discours est confus et difficile à suivre, mais l'idée principale de la mort et de la souffrance psychique semble clairement en être le fil directeur, qu'il déroule à la suite de l'évocation des causes de sa maladie (qui sem-

ble donc le renvoyer à sa mort à venir). Il conclut finalement par un : « *quand on regarde bien, tout le monde est malade* » (l. 513) (psychiquement).

### 3. Processus défensifs

Le discours de Louis, prolifique et décousu, est difficile à suivre de par les fréquents coq-à-l'âne et manifestations du clivage, qui lui permet de se contenir face aux représentations trop anxiogènes qu'il amène d'emblée, probablement parce qu'il ne lui a pas échappé que, même dans le cadre d'une recherche, une rencontre avec une psychologue l'engage à parler de lui, ici autour de sa maladie et de son vécu. Ainsi, ses propos sont envahis d'angoisses, et notamment d'angoisses de mort.

Par ailleurs, Louis tente par moment de se contenir en contrôlant son discours et en inhibant certaines représentations. Néanmoins, il ne parvient que rarement à lutter contre la désorganisation de sa pensée, aux prises avec l'émergence de processus primaires, malgré des mécanismes de clivage souvent opérants : « *Je suis un peu anar' dans ma tête. Plus anar' que... Enfin bref. (...) Anarchiste. Euh, disons, libertaire. Assez décousu. Ça, ça vient de l'éducation. Ça c'est, vous savez... Mais néanmoins je suis, je suis... J'aime l'ordre, j'aime les choses bien propres. Je suis partagé entre, ouais, entre ce qui est droit, bien, et qui n'est pas forcément le meilleur, mais, euh... Ce que... J'aurais autre chose qui me... Qui me tenterait vers l'autre pôle* » (l. 203-209).

### 4. Mise en sens

Le discours de Louis ne nous permet pas de dégager clairement des éléments constitutifs d'un roman de la maladie, témoins d'une mise en sens de son vécu. Il évoque de nombreux points en lien avec l'étiologie et le développement de sa maladie, et notamment sur le plan psychologique, mais ces derniers ne sont pas vraiment partageables : son discours est hermétique, trop flou et décousu pour pouvoir reconstruire un récit cohérent, qui témoignerait d'une élaboration psychique construite autour de l'événement-maladie.

### C. Réalité sociale (Sickness)

Louis dit d'emblée avoir cinq enfants, mais il s'avère qu'il en a en réalité un sixième d'une première union, avec qui il n'a plus aucun lien depuis la séparation d'avec sa mère. Sa fille cadette vit encore au domicile familial, deux de ses enfants vivent à proximité de chez lui et un de ses fils vit en province. Il évoque brièvement le sujet parce que nous l'y invitons, mais n'en dira pas plus : « *Mais du côté de ma première femme, c'est casse-gueule, ouais... Ma femme tient la route, mais mon fils est parti, bon. Parti mal. On a un pedigree ou on l'a pas. Je sais pas si vous êtes d'accord, mais je trouve que... Il n'y a pas que le choix. Le libre-arbitre comme on dit. Le choix, on le fait pas tellement. J'ai du mal à croire au libre-arbitre. On est seulement dans des choses qui derrière nous... Pourraient justifier un choix. C'est pas le choix par lui-même qui dit, oh, il a fait un choix, derrière il faut voir ce qui peut le pousser. Sans qu'il s'en rende compte. Moi je suis parti, j'ai divorcé, je suis parti, euh, j'ai rompu avec le système, et puis je me retrouve dans les bois, et bah, j'ai trouvé mon bonheur. Je me suis... Et ça m'a permis de méditer constamment, voilà. Et puis je lis beaucoup* » (l. 223-231). En toute fin d'entretien, il nous lâche brutalement qu'ils ont perdu un bébé de trois mois avec sa première femme (d'une probable mort subite du nourrisson). Il ne fait pas de lien direct mais évoque une grande culpabilité par rapport à leur séparation.

Louis raconte également avoir fait des travaux difficiles étant jeune, avoir connu des situations pénibles, concluant par le fait que dans la vie, la souffrance est nécessaire, et citant les philosophes grecs, qu'il dit avoir lus : « *C'est pas la même époque, mais n'empêche qu'on a coupé les ongles des gens. Moins de défenses hein* » (l. 317-318). Il nous parle de sa mère en disant « *elle était dingue, elle était folle* » (l. 568), responsable selon lui de la rupture avec son père, l'ayant manifestement empêché de le connaître. Ses parents auraient divorcé très tôt, alors qu'il était bébé. Sa mère serait retournée avec son père pour se faire faire un deuxième enfant (sic), le frère cadet de Louis, qu'il ne voit plus. Les deux frères ont ainsi été élevés par leur mère et leurs grands-parents, avec une grand-mère décrite comme forte et autoritaire et une mère comme noyée « *dans ses problèmes* », « *vaniteuse* » et « *malheureuse* » (l. 602-604). Il évoque une addiction au sexe, contre laquelle il a dû lutter toute sa vie, en parlant de sa culpabilité, car « *verset biblique, rester fidèle à la femme de sa jeunesse* » (l. 645-646). Par ailleurs, il dit se considérer comme témoin de Jéhovah, en avoir gardé les valeurs, comparant la bible à un « *haut livre de philosophie* » (l. 373), même s'il ne l'est plus (éviction ?).

## II. Analyse clinique du Rorschach

---

### A. Clinique de la passation

#### 1. Dynamique de la passation

Le protocole de Louis, à l'instar de son discours, est riche et prolifique : il comporte trente-et-une réponses, soit un nombre légèrement au-dessus des normes (vingt à trente réponses en moyenne), et la passation dure près de dix-huit minutes, soit de loin la plus longue passation de tous les sujets de notre cohorte (excepté Pascale, l'ensemble des patients rencontrés ont traité les dix planches du test en dix minutes maximum). Il est à noter que Louis nous donne parfois, en fonction des planches, un certain nombre de réponses enchaînées et sans transition, alors qu'à d'autres moments, il s'enlise dans un discours énigmatique et discordant (exemple à la planche X, qu'il traite en presque six minutes, se perdant dans un discours flou et décousu, cf. tome II).

La passation du test est fluide, Louis semble à l'aise avec le matériel, qui paraît l'inspirer. Il nous livre ainsi des éléments de sa pensée et de son fonctionnement psychique, sous le sceau du clivage et donc d'une certaine tentative de contrôle de sa pensée, qui se révèle facilement diffluente et hermétique.

#### 2. Caractéristiques de la production

Le psychogramme de Louis montre un nombre de réponses conséquent, avec un temps de passation classique (contrairement aux autres patients du protocole). Il est à noter que malgré tout, le mode d'appréhension des planches est global, de manière tout à fait conséquente et supérieure à la norme ( $G\% = 61\%^{98}$ ), au détriment d'un mode d'approche par le détail ( $D\% = 35\%^{99}$ ) très abrasé. Ce point marque une nette attitude défensive par rapport au test, ressen-

---

<sup>98</sup> Normes adultes :  $G\% = 20-23\%$  (Azoulay, C. (2001))

<sup>99</sup> Normes adultes :  $D\% = 60-68\%$  (Azoulay, C. (2001))

tie cliniquement non pas dans l'inhibition comme avec les autres patients, mais dans la capacité à donner des réponses que l'on pourrait qualifier d'« attendues », voire de banalités, comme pour annuler celles qui ont pu émerger spontanément, montrant une capacité de reprise et de contrôle de sa pensée étonnante. Par ailleurs, près de la moitié des réponses globales de Louis sont des G simples, ce qui corrobore selon nous une attitude défensive face à l'émergence de représentations pulsionnelles discordantes.

Sur le plan formel, il apparaît que tant le F% (45%<sup>100</sup>) que les F+% (64%<sup>101</sup>) et F+% élargi (69%) sont en dessous des normes, pointant un rapport au réel ébranlé, une mise en place inopérante de l'épreuve de réalité selon Chabert<sup>102</sup>: « *quand la formalisation est faible, il arrive qu'elle s'accompagne d'un rapport au réel dont les assises sont fragiles, précaires, inefficaces pour permettre l'étayage des fonctions adaptatives. Le corollaire en est souvent l'émergence débridée de mouvements pulsionnels ou le surgissement d'une fantasmagorie qui marque l'échec de la secondarisation et l'envahissement par les processus primaires* ». De fait, ces éléments corroborent l'impression clinique à la lecture du protocole de Louis, marqué par le clivage et émaillé d'un discours flou et de plus en plus diffluent au fur et à mesure de la passation.

## B. Analyse et interprétation

### 1. Les processus de pensée

#### a. Investissement de la pensée

Les planches sont abordées par Louis majoritairement de façon globale, dans une recherche de contrôle et de maîtrise des représentations émergentes, avec à peine plus d'un tiers de réponses de bonne qualité formelle, et des réponses G et D souvent simples, comme si Louis

---

<sup>100</sup> Normes adultes : F% = 50-70% (Azoulay, C. (2001))

<sup>101</sup> Normes adultes : F+% = 70-80% (Azoulay, C. (2001))

<sup>102</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte - Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 120-121.

cherchait à contenir l'émergence de processus de pensée débordants, en se soumettant au matériel de manière la plus neutre possible. Néanmoins, tout au long de la passation, nous pouvons observer les débordements pulsionnels que Louis a du mal à contenir, même s'il se reprend presque systématiquement au moyen d'un clivage des représentations, reprenant le plus souvent des représentations simples et acceptables psychiquement.

Chez lui, au contraire de la plupart des patients de notre recherche, les contenus sont variés, en lien selon nous avec des représentations angoissantes (anatomie, fragment, sang, sexe) et dissociées (abstraction). Le déroulement de la pensée de Louis nous donne à entendre un discours diffluent, souvent flou et altéré, laissant à penser une désorganisation des repères identitaires (corroborée par le faible nombre de réponses humaines) et objectaux.

#### b. Rapport au réel

Les indices F%, F+% et F+% élargi du psychodrame de Louis, tous sous-normatif, pointent une altération du rapport au réel, caractérisé essentiellement par un discours flou et discordant.

#### c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation

Le nombre de réponses en détails (D%) est très en dessous de la norme, ce qui signe, en association avec les F%, F+% et F+% élargi sous-normatifs et le peu de réponses animales (A% = 32%<sup>103</sup>) et humaines (H% = 10%<sup>104</sup>), un défaut de socialisation et des difficultés d'intégration. Néanmoins, le nombre moyen de banalités pourrait nous aiguiller vers un conformisme adapté, que nous interprétons plutôt comme une tentative de maintenir les représentations pulsionnelles à distance, en lien avec le fonctionnement défensif pointé par la recherche de globalisation dans l'approche des planches, au détriment de l'analyse de détails.

---

<sup>103</sup> Normes adultes : A% = 45% (Azoulay, C. (2001))

<sup>104</sup> Normes adultes : H% = 12-18% (Azoulay, C. (2001))

## 2. La dynamique affective : le traitement des conflits

### a. L'axe narcissique

#### i. Représentation de soi : identité

En regard des données déjà analysées (G%, D%, F%, F+% et F+% élargi), nous pouvons faire l'hypothèse chez lui d'une altération de la qualité des enveloppes psychiques, d'un défaut de limites entre l'intérieur et l'extérieur et de représentations identitaires altérées. Les contenus renvoyant à une angoisse latente (anatomie, sang, sexe), présents de manière conséquente dans le protocole de Louis, pointent une effraction des limites, des enveloppes psychiques.

Aux planches unitaires, dont les réponses peuvent renvoyer à des failles narcissiques et identitaires, Louis parvient presque systématiquement à nous donner une banalité, mais noyée au milieu d'autres réponses plus abstraites et d'un discours désorganisé, comme s'il parvenait à se rattraper ponctuellement, signe de défenses psychiques efficaces. Néanmoins, il est à noter qu'à la planche V, planche de la représentation de soi, Louis parvient à se contenir et à donner une réponse globale organisée, « *la chauve-souris* », banalité témoin d'une identité relativement préservée et d'un ancrage à la réalité possible, tout du moins ponctuellement.

#### ii. Représentation de soi : identification

Les réponses humaines (peu nombreuses) et les kinesthésies, essentiellement de mauvaise qualité, nous donnent à penser des difficultés identificatoires, laissant émerger des mouvements apparents agressifs et des réponses abstraites et morcelées. Nous observons dans le protocole de Louis une réponse humaine abstraite (« *une rivalité entre deux clowns* », planche I), révélant une kinesthésie de mauvaise qualité, au même titre qu'une des représentations massives émergeant à la planche III (« *ils se déchirent un enfant* »), et une réponse humaine de mauvaise qualité formelle, à savoir les « *nouveaux-nés* » repérés à la planche IX. Enfin, la réponse humaine morcelée et également de mauvaise qualité formelle de la planche IX, « *un*

*personnage qui s'en va, mais il est incomplet* », pointe la difficulté de Louis à faire face à une planche qui renvoie à l'éclatement et au morcellement, ses capacités d'unification subjectives semblant mises à mal.

Par ailleurs, les planches à symbolisme sexuel (IV, VI et VII) sont appréhendées de manière très distanciée par Louis, mais finissent néanmoins par le mettre en difficulté. À la planche IV, il se défend immédiatement de l'émergence d'une représentation massive (« *un géant* ») dont il ne dit rien, pour nous donner ensuite des réponses plus neutres sur le plan pulsionnel (« *une forêt* » et un « *ciel d'orage* »), nous montrant des capacités de clivage tout à fait efficaces. La planche VI, abordée via une abstraction (« *naissance d'une... D'un papillon* »), en lien avec la thématique de transformation corporelle et identitaire, suivie de tentatives de rationalisations scientifiques se voulant contenant, mais qui échouent, désorganise totalement son discours : « *Dans les bois... Souvent, dans les ormes, on voit des... En ce moment, les arbres, quand ils sont malades... Départ d'une chenille en papillon... Le « Cossus gâte-bois* », *qui est une grosse chenille, comme ça, qui fait des trous dans les arbres... Les scolytes (ndlr : insecte) des ormes aussi... Vous voyez, on a des scènes dans la nature qui sont... Vous savez, qui font penser à ça. Sinon... Ouais, c'est tout là. C'est ce que je vois* ». Enfin, à la planche VII, Louis parvient à se tenir à distance de la thématique latente de la planche, à savoir l'imago maternelle, en évitant toute représentation concrète, nous donnant une réponse globale impressionniste, à savoir « *un champ magnétique* », lui permettant d'éviter complètement tout conflit psychique.

## b. L'axe objectal

### i. Représentation des relations

Les réponses kinesthésiques, comme nous l'avons vu précédemment, tendent à montrer des difficultés identificatoires et des relations interpersonnelles conflictuelles. Aux planches bilatérales (II, III et VII), renvoyant aux représentations de relations, émergent chez Louis des représentations archaïques et teintées d'agressivité, excepté à la planche VII, où il évite la sollicitation latente de la planche (cf. plus haut). À la planche II, « *une explosion* », « *du sang* », « *des corps* », sont les trois premières réponses énoncées, suivies d'une banalité (« *des*

*éléphants* »), qui signe, ici encore, la capacité de Louis à se reprendre, à retrouver une contenance psychique, à travers une représentation attendue et plus neutre (clivage). A la planche III, la banalité est donnée d'emblée (« *une danse africaine* »), mais niant l'aspect relationnel de la planche, jusqu'à ce qu'émerge une représentation plus agressive « *ils se déchirent un enfant* », dont Louis va tenter de se défendre ensuite en rationalisant son propos. Il apparaît donc que la dimension relationnelle des planches le met en difficulté, pointant des capacités relationnelles probablement compliquées.

## ii. Traitement des affects

La première rencontre avec le rouge à la planche II désorganise clairement Louis dans un premier temps, qui parvient néanmoins à se reprendre et à énoncer une banalité. Aux trois dernières planches pastel, il semble qu'il ait de plus en plus de mal à se contenir psychologiquement et à lutter contre l'émergence de représentations massives et archaïques : son discours devient encore plus flou et désorganisé, nous ne parvenons plus du tout à suivre le fil de sa pensée.

Par ailleurs, le RC% (45%), bien au-dessus des normes<sup>105</sup>, tend à montrer un fonctionnement régressif, axé sur l'imaginaire, que nous constatons partiellement dans le protocole de Louis, et qui semble justement lutter contre cette régression engendrée par le matériel projectif. Le Type de Résonance Intime (TRI) et la Formule Complémentaire (FC) pointent un fonctionnement opposé : le TRI nous donne à voir un fonctionnement extratensif, qui sous-tendrait peu d'intériorisation, une mise en avant des affects et un appui sur le relationnel, alors que la FC évoquerait plus un fonctionnement intratensif, à savoir marqué par l'intériorisation et le contrôle des affects. Au regard de l'analyse du protocole de Louis, il nous semble pertinent de dire que ce dernier alterne entre ces deux positions, tentant de lutter contre le pôle extratensif, dans une recherche effective d'intériorité et de contrôle, qui fonctionne de manière aléatoire, en fonction du degré de mise à mal de ses défenses psychiques (pas toujours efficaces).

---

<sup>105</sup> Normes adultes : RC% = 30-35% (Azoulay, C. (2001))

### C. Évaluation de l'organisation défensive

Louis semble lutter durant toute la passation contre des représentations envahissantes, ce qu'il parvient plus ou moins à faire, notamment en clivant ses représentations, de manière souvent efficace. Ainsi, nous pouvons constater dans son discours un double mouvement de contrôle et de maîtrise, mais également de débordement de ses processus de pensée, allant jusqu'à une désorganisation manifeste de son discours. Ce poids du pulsionnel difficile à contenir, en opposition avec les éléments de réalité extérieure, associé au débordement de ses processus de pensée et à l'émergence de processus primaires tout au long de son discours, nous amènent à faire l'hypothèse d'un fonctionnement psychotique chez Louis, avec des capacités défensives notables, et notamment des possibilités de clivage qui lui permettent bien souvent de se contenir sur le plan psychique.

Ces hypothèses corroborant nos impressions cliniques durant l'entretien avec Louis, teinté de bizarreries dans le discours et de signes de désorganisation de la pensée, nous allons tenter de préciser ces éléments à l'aide de l'analyse du protocole de T.A.T.

### III. Analyse clinique du T.A.T.

---

L'analyse des procédés d'élaboration du discours du protocole de Louis (cf. synthèse du T.A.T. dans le Tome II de ce travail) nous donne à voir une surreprésentation de la série E (pour plus de la moitié des procédés), à savoir l'émergence de processus primaires, avec essentiellement une massivité de la projection (procédés E2) et une altération du discours (procédés E4). La série C se retrouve pour un quart des procédés, essentiellement autour d'un investissement narcissique repérable grâce aux procédés CN. Enfin, la présence notable de procédés de type obsessionnel (série A) confirme la tendance de Louis au contrôle et à l'approche défensive du matériel.

La manière d'appréhender le matériel projectif de manière très défendue, entraînant une inhibition massive des processus de pensée, permet à Louis de se contenir psychiquement aux planches 3BM, 4, 6BM et 7. Néanmoins, à toutes les autres planches, son système défensif ne parvient pas à empêcher l'attaque des liens de pensée par les processus primaires. Alors qu'au Rorschach, nous avons pu observer des mécanismes, notamment de clivage, qui permettaient à Louis de se reprendre après avoir été malmené par l'émergence de représentations pulsionnelles trop envahissantes, au T.A.T., rien ne tient : son discours est diffluent, désorganisé, flou et envahi de représentations angoissantes de morcellement, d'anéantissement, de mort.

À la planche 1, Louis tente de plaquer des références personnelles sur le matériel, mais la menace de désintégration corporelle (« *un bras qui sort* », « *un membre décharné* ») l'envahit, entraînant un discours hallucinatoire et signant un défaut d'unité de la représentation de soi. De même qu'à la planche 2, la question de la dimension relationnelle, et donc du lien à l'objet, le désorganise complètement, entraînant un discours hermétique dont nous ne pouvons pas dégager de sens. À la planche 5, le contenu latent est traité crûment, sans aucune secondarisation ni symbolisation des représentations, ce qui nous confirme l'envahissement de la pensée de Louis par des processus psychotiques.

La planche 8BM, avec tout ce qu'elle renvoie de pulsions agressives à valence destructrice, désorganise la pensée de Louis, qui, mis à mal corporellement par l'image, évoque des

fantasmes délirants de scènes primitives, de représentations archaïques. Par ailleurs, nous pouvons nous questionner sur l'impact de la maladie sur son fonctionnement psychique, avec très certainement une majoration des angoisses de morcellement et de mort, du fait de la menace létale représentée par le diagnostic de lymphome. De même, le rapproché corporel de la planche 10, associé au flou de l'image qui peut questionner les limites, permet de pointer à travers l'analyse du discours de Louis des différenciations soi/autrui et soi/environnement problématiques. Enfin, il apparaît aux dernières planches du protocole des angoisses massives d'étouffement, de liquéfaction (planche 11), d'abandon (planche 12BG), de persécution (planche 19), de mort (omniprésentes), en lien avec l'incapacité de Louis à symboliser ses représentations : il est débordé et désorganisé, son discours devenant flou et diffluent, parfois même délirant.

L'analyse du protocole de T.A.T. de Louis nous donne à voir l'omniprésence d'un registre corporel non élaboré, d'angoisses de type psychotique (morcellement) envahissantes, un discours flou et désorganisé, qui confirment notre orientation vers l'hypothèse d'un fonctionnement psychotique, avec des angoisses de mort probablement majorées par l'apparition de la maladie potentiellement létale.

#### IV. Synthèse

---

Le discours de Louis est marqué, tout au long de notre rencontre, par l'émergence de processus primaires qui envahissent sa pensée et nous donnent à penser, en lien avec l'analyse des protocoles de projectifs, un fonctionnement psychotique, dissocié, mais non délirant. L'émergence massive d'angoisses de morcellement, mais également de mort, ainsi que les préoccupations d'ordre corporel (malformation, démantèlement), nous laissent à penser que l'atteinte corporelle fantasmatique de la maladie cancéreuse a majoré les difficultés de Louis, qui a du mal à contenir et organiser ses pensées (le clivage, mécanisme de défense très souvent repérable chez lui, se révèle plus ou moins opérant). Afin d'illustrer nos propos et malgré le fait que l'intégralité de l'entretien clinique de recherche figure dans le tome II de ce travail, voici un extrait du discours de Louis, à l'issue de la passation du T.A.T. et donc de la planche 16 (planche blanche), qui l'a tout particulièrement désorganisé :

*« Et puis, bon, là j'essaie à nouveau de dessiner le soir, quand je suis fatigué, je prends n'importe quoi... Il faut que je me trouve une pièce, parce que... J'ai une femme qui... Elle est jeune, elle a ses problèmes de famille, donc elle aussi elle a des problèmes. Mais, tout ça étouffé, bon, elle est croyante, donc elle a étouffé ça. La religion, c'est l'opium du peuple, avait dit... Mais, c'était... On l'a pris du côté vachard, mais il voulait dire autre chose. Il le dit dans un sens, mais c'est une... C'est une drogue dans la mesure où elle vous dope, elle vous drogue, elle vous... Elle est bien quelque part. Elle est nécessaire. Parce que sinon, on pourrait pas. Les grandes civilisations, elles étaient des civilisations religieuses. La Grèce Antique... Vous savez, il y a eu Fustel de Coulanges, la cité antique, de Fustel de Coulanges, c'est très beau. Et on voit que tout était basé sur le rituel. Et le roi prêtre, c'était le chef de famille de sa petite tribu, de son petit clan. Il ne savait plus lire la prière ou les textes, le abracadabra, qui était propre à son clan, il était rejeté d'Athènes parce qu'Athènes en lui-même n'était qu'un lieu où tout le monde... C'était le culte. Et les gens étaient autour. Et voilà, c'était nécessaire. On a fait des puissances avec ça. L'église a fait une grande puissance. Ça a duré longtemps. Elle a fait du... L'église catholique n'a pas fait le meilleur, hein. C'est comme, on parle de l'Islam, c'est pas mieux. Et, euh... Donc... Cet opium, pour dire, euh... Oui, bon, pour revenir... Ma femme, cet opium lui est nécessaire. Mais elle est vraiment dedans, hein. Mais je peux pas la sortir. Elle est trop fragile. J'étais son support. Maintenant, je*

*suis moins son support, ce qui me gêne. J'en éprouve une jalousie maintenant avec le temps, parce que... Bon, sexuellement, je me suis, euh... Puis la chimio, ça vous arrange pas. Donc il y a moins de contacts physiques, euh... Je vois qu'elle m'échappe un peu. Tout jeune, j'ai rêvé qu'elle m'échappait. Dans mes rêves, elle partait. Je ne pouvais pas tenir une femme, j'ai pas eu d'affection maternelle, donc... Bon, l'échec, je vais être obligé d'avoir un échec. Mais euh... Moi, mon rêve, c'était d'avoir l'amour platonique. C'est amour qui est... Bon, tout le monde n'est pas prêt à supporter ça. Et puis c'est pas normal. On est toujours en fracture. C'est tout, on est... J'en arrive à dire que le mariage n'est pas bon, en fin de compte, il faudrait le mariage avec chacun son logement, hein... Comme on dit en plaisantant, j'aurais fait des kilomètres pour elle quand j'étais jeune, elle ne ferait pas un centimètre pour moi... Je suis vieux, mais... Plaisanterie (rires). Ça me fait marrer. La vie, faut pas la prendre au sérieux, c'est tout. Mais y'a des moments... Euh, quand on recherche la femme, on recherche un complément. Et on cherche aussi qu'elle vienne admirer. L'homme est toujours en admiration. La femme aussi quelque part. Et puis euh... Mais à un moment donné, quand on se sent... Qu'on veut se réfugier à nouveau, on veut plus de l'autre dans son univers, dans son jardin secret. On en parle, parce que nous n'avons pas de liens physiques, mais à partir du moment où il y a un lien physique, ce qui gâche... Parce qu'il y a une domination, quelque chose qui va pas, quoi. Le lien... Ça, c'est l'évolution... C'est pour ça que je peux pas être chrétien. Je croirais effectivement que l'évolution a fait que, on a cérébralisé notre vie, et puis en fin de compte c'est très bien, on va pas être, tirés par les cheveux, eh, j'en ai trouvé une dans la tribu d'à côté, hein... (rires) Mais... C'est difficile, hein. Pfff... » (1. 779-819).*

Le discours de Louis, ainsi que sa réalité, ne sont pas partageable : nous avons durant tout l'entretien tenté d'y mettre du sens, en vain. Il est à noter que notre manque d'expérience auprès de patients psychotiques nous a mis en difficulté face à ce patient, et également dans l'analyse.

En lien avec notre questionnement autour du traumatisme de l'apparition de la maladie à potentiel léthal comme entrave à l'élaboration du roman de la maladie, nous pouvons dire que, chez Louis, de nombreux éléments étiologiques émergent. Néanmoins, le discours flou et discordant ne nous permet pas de dégager une construction logique, mais plusieurs pistes énoncées par Louis, qui semblent faire sens pour lui. Nous avons en effet davantage

l'impression que les tentatives d'inhibition de son discours viennent comme des tentatives de contrôle d'émergences pulsionnelles trop envahissantes, mais pas nécessairement comme des restrictions face au récit des angoisses de mort relatives à la maladie.

## • ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE CHRISTIAN, 73 ANS

*« Moi ma vie, elle est dans le rétro... »*

### I. Analyse clinique de l'entretien

---

Nous rencontrons Christian, patient suivi par une oncologue exerçant dans un centre hospitalier voisin du nôtre, en hôpital de jour, avant qu'il ne soit branché pour une séance de chimiothérapie. L'accueil téléphonique avait été très agréable, mais il nous avait expliqué être en difficulté pour se déplacer (du fait de séquelles d'AVC), et préférerait donc que nous puissions nous voir lors d'une de ses venues sur l'hôpital.

Nous prenons l'ascenseur ce matin-là avec Christian (sans savoir qu'il s'agit de lui, nous le comprendrons cependant rapidement), en brancard et escorté de deux ambulanciers. L'hôpital de jour n'étant pas encore ouvert, nous attendrons un moment dans le couloir tous les quatre, en discutant. Finalement, nous nous voyons au sein de l'hôpital de jour, comme convenu initialement, avec des rideaux comme paravents nous entourant. Le bruit ambiant est parfois un peu gênant. Christian est installé dans un fauteuil roulant. Il a quelques difficultés d'élocution, dues à ses séquelles d'AVC (la retranscription de l'entretien se trouve parfois très approximative), et un strabisme important (que nous imputons sans certitude à la même cause). Par ailleurs, il est amputé du bras gauche (juste en dessous de l'épaule), conséquence d'un accident du travail survenu alors qu'il avait une trentaine d'années. Il nous répète à diverses reprises qu'il n'a aucun tabou, que nous pouvons poser toutes les questions que nous souhaitons. Au moment de nous séparer, il rend la séparation chaleureuse, comme s'il était difficile pour lui de se dire au revoir.

La rencontre avec Christian se révèle particulière dans le sens où il a énormément besoin d'être contenu, accompagné et canalisé... Y compris lors de la passation des projectifs, qui semble réellement le mettre à mal. Il a un grand besoin d'étayage, de relances, les protocoles sont pauvres. De plus, les conditions de l'entretien sont assez défavorables. Lors de la réécoute, nous constatons une certaine indisponibilité de notre part, ou tout du moins un malaise, qui

nous donne le sentiment d'avoir souhaité que l'entretien se termine rapidement (conditions défavorables de la rencontre ? Fonctionnement psychique de Christian ?).

#### A. Réalité médicale (Disease)

C'est un AVC<sup>106</sup> il y a environ trois ans qui a amené Christian à être hospitalisé, et ainsi à subir des explorations médicales qui ont permis de poser le diagnostic de cancer du côlon. Son propos est assez décousu, il est très difficile de remettre dans l'ordre la chronologie des événements à partir de son discours, mais s'il annonce d'emblée plusieurs mois entre l'AVC et le diagnostic, il s'avère que la chirurgie de son cancer du côlon a en fait été quasi immédiate après l'AVC (qui s'est poursuivie par une longue rééducation, du fait d'une hémiplégie post-AVC, en service de Soins de Suite et de Réadaptation), consistant en une résection d'une partie conséquente de son côlon (environ quarante centimètres nous dit-il). Le traitement s'est poursuivi par un protocole de chimiothérapie, mais l'apparition de métastases au foie a entraîné une nouvelle intervention chirurgicale.

Au moment où nous nous rencontrons, Christian présente plusieurs métastases hépatiques, ainsi qu'une probable carcinose péritonéale<sup>107</sup> (d'après ses explications). Il est sous traitement chimiothérapique en continu, à raison d'une séance tous les quinze jours, afin de tenter de contenir l'évolution de sa maladie. Il est à noter que la cancérologue de Christian a rempli le questionnaire médical en l'incluant dans le groupe de patient dit « en phase curative » de leur maladie. Néanmoins, au regard de l'histoire médicale de ce patient et de son évolution, il nous aurait finalement semblé plus pertinent de l'inclure dans le groupe de patients dits « palliatifs ». En effet, « *la présence d'une carcinose péritonéale témoigne d'une maladie néoplasique évoluée et est habituellement associée à une faible survie (de 4 à 7 mois dans les carcinomes péritonéales d'origine colorectales)* » (Denis & Elias, 2004). Même si de nouvelles thérapeutiques ont vu le jour ces dix dernières années, la survie à cinq ans reste très limitée (inférieure à 5% dans ce type d'évolution)<sup>108</sup>.

---

<sup>106</sup> Accident Vasculaire Cérébral.

<sup>107</sup> Atteinte plus ou moins diffuse du péritoine par une tumeur maligne.

<sup>108</sup> Référentiel OncoLogiK, Novembre 2015.

## B. Réalité subjective (Illness)

### 1. Représentations de la maladie

Christian nous explique qu'avant son AVC, il se sentait fatigué, ce qu'il interprète comme un signe précurseur du développement de sa pathologie cancéreuse. En évoquant l'irruption de la maladie dans sa vie, il se défend de la violence de ses représentations en évoquant la possibilité que le cancer touche des personnes jeunes, nous racontant l'histoire d'une de ses voisines de chimiothérapie, décédée à l'âge de trente ans, alors qu'elle avait la charge de trois jeunes enfants. C'est alors qu'il peut nous dire que lui a fait son devoir (élevé ses enfants) et qu'à son âge, les conséquences de la menace létale de la maladie ne sont pas les mêmes que chez des patients plus jeunes. Nous pouvons néanmoins entendre à quel point il associe la maladie cancéreuse à la menace de mort et sa crainte de ne pas pouvoir survivre à la maladie. Il ajoute d'ailleurs qu'il n'est jamais venu « *en reculant* » (l. 289) à l'hôpital, comme s'il fallait qu'il nous prouve qu'il est un bon patient, volontaire, qui met tout en oeuvre pour être soigné au mieux. Par ailleurs, il nous fait part en fin d'entretien de la crainte qu'il a eue au moment de sa première intervention chirurgicale de se retrouver avec une stomie<sup>109</sup> (crainte tout à fait justifiée au vu du type d'intervention et de la pathologie), nous disant : « *ça, moralement, ça doit être dur à supporter* » (l. 444) et ajoutant qu'avec un seul bras, il se serait retrouvé dans une situation insupportable (il n'aurait pas pu se prendre en charge de manière autonome).

Christian évoque la seconde partie de son traitement (après l'apparition des métastases) en parlant de « *deuxième guerre* » (l. 210), exprimant ainsi clairement la violence des traitements et l'énergie qu'il a dû déployer pour y faire face. Ses proches représentent pour lui une raison fondamentale de faire face, il nous dit d'ailleurs avoir pensé à sa petite-fille quand il a appris son diagnostic, ajoutant : « *c'est ma meilleure thérapie* » (l. 422).

---

<sup>109</sup> Petite ouverture, temporaire ou permanente, créée lors d'une intervention chirurgicale pour évacuer les selles lorsqu'elles ne peuvent plus l'être par les voies naturelles (Institut National du Cancer : [www.ecancer.fr](http://www.ecancer.fr))

## 2. Théories étiologiques

Christian se défend très clairement de la question de l'étiologie de sa maladie et ne nous dit qu'une phrase à ce sujet : « *quand on a eu de la merde toute la vie... (rit) Bah c'est la fatalité* » (l. 429). Il sous-entend donc à la fois que sa vie a été tellement difficile que le cancer n'est qu'un événement douloureux de plus dans son déroulement, évoquant la fatalité, il nous semble tant pour sa maladie que pour tous les événements traumatiques qui ont émaillé sa vie. Par ailleurs, il ajoute avoir pris cette annonce « *philosophiquement* » (l. 433), n'ayant pas le choix ajoute-t-il, mais étant ennuyé de faire subir le stress et les angoisses à ses proches.

Il semble ici que l'élaboration de théories étiologiques profanes soit impossible pour Christian, voire même que cette potentielle construction n'aie pas de sens. Ceci n'est pas sans nous rappeler ce qu'Aulagnier (1986) nomme l'échec dans l'appel au fantasme dans la psychose, écrivant « *j'avancerai que cet échec qui peut aboutir à une psychose se situe en ce temps de la prime enfance, dans lequel des éprouvés, des expériences, des accidents ont donné lieu à des affects d'effroi, de sidération, d'effraction, non reliables à une causalité que seul le discours du Je maternel aurait pu apporter. Soit que ce Je (le Je du porte-parole) les ait ignorés volontairement ou involontairement, soit parce qu'il les a vus mais a refusé de leur accoler un sens qui aurait permis d'alléger la souffrance éprouvée, soit enfin parce qu'il a violemment refusé de se faire support d'une interprétation fantasmatique de la part de l'enfant, fantasmatisation qui aurait attribué la cause des affects vécus au désir-plaisir du porte-parole* » (cité par Balestrière, 2009, p.132). Cette question de la construction du sens ayant pour fonction d'atténuer la violence de l'événement-maladie nous renvoie directement aux hypothèses de notre recherche, et ainsi à l'incapacité chez Christian d'aborder ce cheminement.

Par ailleurs, à l'IPQ-R, les réponses de Christian sont sensiblement les mêmes que les autres patients de son groupe en ce qui concerne le hasard et les facteurs de risque dans l'étiologie de la maladie. Ses scores aux items qui renvoient à une cause en lien avec l'immunité ou des facteurs psychologiques sont eux beaucoup plus bas que ceux des patients de son groupe. Aux trois causes les plus probables de sa pathologie selon lui, il répond :

l'insuffisance de soins médicaux dans le passé, le hasard ou la malchance (« né sous une mauvaise étoile ») et son propre comportement.

### 3. Processus défensifs

Dès le début de l'entretien, Christian nous annonce, comme s'il posait les règles de notre rencontre : « *je vous dis tout de suite, avec moi, y'a pas de questions taboues, hein. Vous posez ce que vous voulez comme questions* » (l. 54-55), ce qui résonne évidemment comme une dénégation signifiant à quel point il ne souhaite pas entrer dans l'échange. Pour exemple, après avoir évoqué son amputation du bras, il nous répond brutalement, quand nous le questionnons sur l'événement : « *Oh oui. Bon, vous avez d'autres questions à me poser comme ça ? N'hésitez pas hein...* » (l. 257), nous signalant à la fois son malaise face au sujet de la discussion et pointant à quel point il ne souhaite surtout pas nous en parler. De manière générale, les événements difficiles et douloureux de la vie de Christian sont amenés de manière très défensive, soudainement et furtivement, comme si cela allait pouvoir lui permettre de faire l'économie d'en parler : « *Bon, 68, je me marie. 70, un enfant mort-né. 71, ma fille. 72, mon accident*<sup>110</sup>. *73, on revient en France. 75, j'enterre mon père et mon plus jeune frère* » (l. 312-313). De même, après avoir évoqué les rapports - difficiles - avec sa mère, il nous dit : « *Bon, vous voulez d'autres questions ? Je vous le dis, y'a pas de problème...* » (l. 402-403). Ainsi, et ce tout au long de l'entretien, il n'a de cesse de nous dire à quel point cet entretien est effrayant pour lui et à quel point il souhaite éviter tous les sujets difficiles pour lui et toutes les questions en lien avec des événements douloureux. Manifestement, chez Christian comme chez plusieurs autres patients de notre recherche, subsiste la crainte d'une potentielle « anormalité », et ainsi l'appréhension face à la rencontre et à ce que nous pourrions découvrir de son fonctionnement psychique : « *posez-moi des questions, si ça peut vous servir... Parce que vous devez rencontrer des cas... Très différents* » (l. 463-464).

Au DSQ-40, les scores de Christian pour les trois styles défensifs montrent des résultats globaux très proches des autres patients de son groupe. Les mécanismes prévalentes selon ses

---

<sup>110</sup> Christian fait ici référence à son amputation du bras.

réponses sont l'humour et la répression, l'idéalisation et l'isolement, ce que nous retrouvons cliniquement dans son discours.

#### 4. Mise en sens

Comme nous l'avons dit un peu plus haut, il apparaît clairement que Christian est dans l'incapacité psychique de construire un sens à son vécu, qu'il s'agisse d'événements de vie traumatiques antérieurs à sa maladie (mort d'un enfant, amputation d'un membre, deuils multiples) ou de son cancer lui-même. Son fonctionnement psychique, marqué par l'inhibition, semble construit sur une incapacité à penser et faire des liens, comme si cela risquait de se révéler trop dangereux fantasmatiquement. Il raconte ainsi des éléments de sa vie très violents de manière factuelle et désaffectivée, témoignant d'une pensée de type opératoire, mais nous renvoyant également à un appareil psychique que nous pourrions qualifier de « *forteresse vide* » (Bettelheim, 1967).

#### C. Réalité sociale (Sickness)

Marié depuis 45 ans, Christian a une fille qui vit à proximité de chez lui (à dix minutes à pied nous dit-il) et un garçon, qui vit à l'autre bout du département. Sa fille a elle-même une fille adolescente, dont Christian et son épouse s'occupent beaucoup depuis qu'elle est toute petite. Electromécanicien au début de sa carrière, dans un DROM (Département et Région d'Outre-Mer), d'où ils sont revenus, lui, sa femme et sa fille, après l'accident qui lui a coûté son bras, il s'est alors reconverti comme secrétaire comptable dans le domaine bancaire. Il nous annonce, de manière assez incongrue, qu'avant leur fille aînée, lui et sa femme ont eu un enfant mort-né. Dans la foulée, il nous parle de la mort de son père et de son frère cadet. Il fait le lien entre la maladie de son père (traitements longs, amaigrissement) et son vécu à lui : « *c'est pour ça que je voudrais pas en arriver là* » (l. 318-319)... En arriver où ? À la mort...? Quant à son frère, il semble supposer un alcoolisme qui aurait entraîné une cirrhose à laquelle il n'aurait pas survécu... Christian a par ailleurs, une soeur et trois frères (dont le plus jeune est donc décédé), et il nous assène, à propos de sa place dans la fratrie : « *moi j'étais au milieu, ma mère ne m'aimait pas* » (l. 385).

## II. Analyse clinique du Rorschach

---

### A. Clinique de la passation

#### 1. Dynamique de la passation

Le protocole de Christian est étonnamment pauvre, ne comptant que dix réponses<sup>111</sup>, soit un nombre très en dessous des normes, avec un temps de passation très court (huit minutes). Les réponses sont données très rapidement (le temps latence moyen étant de six secondes), représentant la moitié du temps des banalités. Il semble que Christian investisse très peu le matériel et se défende de l'aspect projectif du test pour lutter contre ses représentations internes, en se raccrochant de manière défensive à la réalité pour lutter contre son monde interne.

Le discours de Christian, marqué par une inhibition massive et un hyperformalisme, nous donne au Rorschach le sentiment d'un fonctionnement psychique très défendu, ne nous donnant rien à voir de ses représentations et bloquant nos propres capacités associatives. Il apparaît que Christian, mis à mal par le matériel, s'en défend psychiquement par des réponses rapides et très normatives, correspondant à ce qu'il pense correspondre aux réponses attendues socialement.

#### 2. Caractéristiques de la production

L'inhibition au Rorschach chez Christian est corroborée par un mode d'appréhension global très supérieur aux normes<sup>112</sup> (G% = 80%), ce qui nous renvoie ici à ce qu'écrit Chabert (1983) sur le fait que les réponses globales puissent servir de réceptacle à l'anxiété ou à l'angoisse. De même, l'approche en détail très déficitaire<sup>113</sup> (D% = 10%) pointe une attitude défensive, et potentiellement chez Christian une fragilité extrême de l'intégrité du sujet et des

---

<sup>111</sup> Normes adultes : 20 à 30 réponses (Azoulay, C. (2001))

<sup>112</sup> Normes adultes : G% = 20-23 % (Azoulay, C. (2001))

<sup>113</sup> Normes adultes : G% = 60-68 % (Azoulay, C. (2001))

objets, corroboré par « *un effort de globalisation à tout prix qui ne permet pas la moindre découpe (une seule réponse D dans le protocole), synonyme alors de rupture ou de fragmentation* » (Chabert, 1983, p. 114). Par ailleurs, alors que Christian donne uniquement des réponses globales aux six premières planches (il refuse de traiter la septième), il traite les trois dernières planches, renvoyant à la solidité du pare-excitation, par une approche en détails : son discours est pauvre et parcellaire, mais il ne parvient plus à globaliser ses représentations.

Sur le plan formel, le F% surnormatif (F% = 80%<sup>114</sup>) et le F+% normatif (F+% = 70%<sup>115</sup>) tendraient à montrer un rapport au réel adapté avec de solides assises, néanmoins, ces indices sont ici le reflet des efforts de Christian pour éviter l'expression des représentations projectives : les conduites de contrôle étant massives et manifestes chez lui, il bloque l'accès à son monde interne, dans un mouvement de protection caractérisé par l'inhibition et la tendance à l'hypernormativité, le contrôle intellectuel permettant une rigidité ne permettant pas un contact spontané avec les planches.

## B. Analyse et interprétation

### 1. Les processus de pensée

#### a. Investissement de la pensée

Les planches du test sont appréhendées par Christian de manière globale, dans une recherche évidente de contrôle de l'émergence de représentations que nous pouvons imaginer dangereuses psychologiquement. Par ailleurs, cinq sur sept des réponses globales correspondent à des G simples, ce qui corrobore une attitude défensive et un refus d'implication face au matériel. Il nous semble qu'ici, cette mobilisation défensive renvoie à « *une méfiance extrême dans la relation à l'autre* » où Christian « *perçoit le désir de ne pas se livrer en se dévoilant à l'autre par une implication plus manifeste* » (Chabert, 1983, p. 89).

---

<sup>114</sup> Normes adultes : F% = 50-70 % (Azoulay, C. (2001))

<sup>115</sup> Normes adultes : F+% = 70-80 % (Azoulay, C. (2001))

## b. Rapport au réel

L'abord hypernormatif du matériel chez Christian nous donne à voir des réponses qui pourraient signifier un rapport au réel de bonne qualité (F% surnormatif), mais que nous questionnons au regard des processus défensif et du manque d'investissement du matériel. Les réponses sont effectivement très majoritairement de bonne qualité formelle, mais elles représentent une pensée plaquée, exempte de tout mouvement pulsionnel.

## c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation

L'approche en détail quase inexistante dans le protocole de Christian (D% = 10%), le F+% normatif et les réponses animales presque systématiques (huit sur les dix réponses données) - témoignant d'un A% bien au-dessus des normes (A% = 80%<sup>116</sup>) - appuient l'hypothèse d'un hyperconformisme manifeste. Le discours de Christian est calqué sur celui qu'il suppose attendu, dans un mouvement de maîtrise de toute émergence pulsionnelle. En effet, d'après Chabert (1983, p.194), « *un A% très élevé (...) peut faire état d'une carapace sociale érigée comme défense majeure, mise en place, en particulier, pour éviter le contact authentique, la relation vraie* ». Par ailleurs, le nombre majeur de banalités (la moitié des réponses), corrobore complètement cette hypothèse, appuyant le fait d'une adhésion totale à la pensée collective. Les réponses humaines (H% = 10%<sup>117</sup>), au nombre de deux, vagues (« *deux personnes* », planche III), dont une fragmentée (« *une tête* », planche II), signent des capacités de représentation interpersonnelle et d'identification à l'autre (et à l'image humaine), abrasées. Tous ces éléments questionnent par ailleurs les capacités de socialisation de Christian.

Enfin, le temps de passation très court s'avère un argument complémentaire à la volonté de contrôle de Christian, qui répond très rapidement, ne se laissant surtout pas le temps de se laisser imprégné par le matériel : il nous donne les réponses attendues dans un temps limité, comme s'il s'agissait d'un exercice intellectuel auquel il veut répondre au mieux (« *Vous allez*

---

<sup>116</sup> Normes adultes : A% = 45% (Azoulay, 2001)

<sup>117</sup> Normes adultes : H% = 12-18% (Azoulay, 2001)

*me donner les réponses après ?* », planche V), se protégeant par des barrières anti-projectives qui lui semblent nécessaires pour ne pas se laisser déborder par le test.

## 2. La dynamique affective : le traitement des conflits

### a. L'axe narcissique

#### i. Représentation de soi : identité

Au regard des éléments précédemment énoncés, il nous semble difficile d'interpréter les modes d'appréhension du protocole de Christian, du fait de l'importance de la globalisation dans le sens de l'hyper-contrôle des représentations. Par ailleurs, l'absence totale de contenus (une réponse « scène » uniquement, vague, crue et défendue, à la planche VIII : « *on dirait deux bestioles... En train de bouffer une feuille peut-être... Peut-être... Là, je sais pas...* ») confère au protocole de Christian un aspect vide et superficiel, pointant son incapacité à laisser émerger ses représentations inconscientes. Comme l'écrit Chabert (1983, p.204), les réponses s'avèrent « *tout à fait plates, relevant d'un simple contact perceptif, sans que vienne s'y glisser la moindre marque symbolique. Il en est ainsi pour un certain nombre de références factuelles, concrètes, qui n'appellent aucune association ni chez le sujet ni chez le clinicien. Cette platitude qui relève d'une approche superficielle quasi pelliculaire du monde, entraîne en effet, chez le clinicien, un vide idéationnel, une sorte de paralysie associative très significative : les contenus se déroulent avec une monotonie et surtout une pauvreté desséchante, sans liaison entre eux, sans qu'on puisse en dégager une trame, un fil conducteur, sans rapport non plus avec le contenu latent des planches même s'ils sont adéquats sur le plan de la lecture de leur contenu manifeste* ».

Par ailleurs, les deux réponses « peau » du protocole (« *une peau d'animal* », planche IV et « *une peau de bête* », planche VI), en regard du peu de réponses global, nous donne à voir un investissement important des enveloppes chez Christian, dans une tentative de se construire une autre enveloppe, plus contenante ?

## ii. Représentation de soi : identification

Comme nous l'avons vu plus haut, le peu de réponses humaines laisse à penser un défaut d'identification chez Christian, de même que les réponses « peau » aux planches unitaires IV et VI, toutes deux renvoyant au thème du sexuel phallique, nous indiquent de probables failles identificatoires masculines. A la planche V, Christian nous parle du papillon, banalité pouvant renvoyer à une identité préservée et à un certain ancrage dans la réalité : il ajoute néanmoins « *vous allez me donner les réponses après ?* », ce qui confirme notre hypothèse d'une approche normative et plaquée, avec une réponse intellectualisée qui ne dit en réalité rien de son monde interne et de ses représentations.

### b. L'axe objectal

#### i. Représentation des relations

Christian se défend de façon manifeste tout au long de la passation de toute représentation de relation : la dimension relationnelle évoquée par les planches II, III et VII est niée, les représentations globalisées (« *une tête* » à la planche II), isolées (« *deux personnes... Ils tiennent quelque chose chacun de leur côté...* » à la planche III) ou bien entraînant un refus (planche VII). Il semble qu'il soit impossible pour lui d'envisager la mise en relation de représentations de personnages, ce qui est corroboré par la présence d'une seule réponse kinesthésique dans tout le protocole. Si l'on considère que les kinesthésies se révèlent des indices de l'aptitude d'un sujet à se situer dans une aire transitionnelle (Chabert, 1983, p.138), à savoir sa capacité à déployer des potentialités créatrice et de mentalisation, nous pouvons conclure chez Christian à une scène psychique réduite et à un monde de représentations nettement déficitaire. Pour rappel, le taux de réponses humaines est sous-normatif dans le protocole de Christian, ce qui ne nous rassure pas sur sa capacité d'intégration et de représentation de l'espèce humaine.

## ii. Traitement des affects

Le Type de Résonance Intime (T.R.I.) et la Formule Complémentaire (F.C.) chez Christian témoignent tous deux d'un fonctionnement intratensif, révélateur de mouvements d'intériorisation, de contrôle des affects et d'intellectualisation, ce qui corrobore toutes nos hypothèses au sujet de son fonctionnement psychique. Le RC%, dans la norme basse, laisse néanmoins entendre la capacité chez Christian à se laisser toucher par les couleurs et par leur dimension affective : il nous semble en effet que c'est entre autre contre cette réactivité qu'il lutte massivement, dans un mouvement de défense protecteur.

### C. Évaluation de l'organisation défensive

L'ensemble du protocole de Christian est placé sous le sceau du contrôle et de la retenue : ce dernier semble lutter massivement contre la dimension projective du matériel, dans laquelle il ne veut en aucun cas se laisser prendre. Il se défend ainsi contre les représentations émergentes, d'affects, d'angoisses, de relations, au prix de défenses hyper-efficientes qui entraînent un négativisme protecteur. La restriction et l'inhibition, ainsi qu'un hyperformalisme, responsable de l'hypernormativité des réponses, nous renvoient à ce que nomme Chabert (2012) le désert psychotique, quand elle évoque notamment un « *effort de lecture « objectivante » du matériel qui tente d'en éliminer l'apport subjectif* », avec un protocole composé « *de réponses hyper-adaptatives et conformistes, comme dépourvues de toute marque de sujet* ». Nous pouvons néanmoins faire l'hypothèse chez Christian que cette inhibition massive ne résulte pas de l'inexistence de processus psychiques dynamiques, mais bien d'une défense contre l'émergence de représentations trop angoissantes, peut-être par la forme qu'elles pourraient prendre ? Il n'en demeure pas moins que tout ce que Chabert (Ibid) décrit, représente de manière extrêmement juste l'attitude et le fonctionnement de Christian lors de la passation du Rorschach, que nous allons tenter d'explorer plus avant avec l'analyse du protocole de T.A.T. : « *cette « inhibition » apparaît dès la passation dans les attitudes des patients : leur bonne volonté apparente, leur désir de coopération manifeste s'accompagnent d'une sorte d'immense désarroi, au-delà d'une simple maladresse d'expression verbale ; les mots justes manquent, les phrases s'interrompent, en ruptures brusques, ponctuées parfois de « vous voyez ce que je veux dire », comme si le recours à l'autre - réservoir des mots liés aux choses - constituait le seul appui possible* ».

### III. Analyse clinique du T.A.T.

---

Contrairement au protocole de Rorschach, où les défenses de Christian, à savoir l'inhibition massive, permettaient de contenir globalement les représentations anxiogènes, au T.A.T., la figurabilité du matériel déborde ses processus de contrôle : les angoisses débordent, donnant à voir des fantasmes de mort et de morcellement. La synthèse du protocole (cf. Tome II) pointe l'utilisation massive de procédés de type obsessionnel (série A) et d'altération du discours (série E); et un tiers des cotations représente des procédés de type inhibition (série B). Ces données corroborent l'impression clinique : malgré des tentatives de contrôle et d'inhibition, le discours de Christian se désorganise sous le poids des angoisses générées par les sollicitations latentes du matériel. Il apparaît donc globalement que le discours de Christian se décompose en plus de 40% d'éléments de cotation de la série C (évitement du conflit), environ 20% des séries A (rigidité) et E (émergence des processus primaires) et seulement 12% de la série B (labilité), ce qui est en lien avec le fonctionnement psychique qu'il nous donne à voir au cours de cette passation.

Par ailleurs, les barrières anti-projectives érigées au Rorschach, dont le protocole lissé et plaqué était le reflet, semblent être mises à mal au T.A.T... En témoigne l'utilisation du terme « *mec* », semblant correspondre à une projection de Christian : « *le mec qui se concentre sur ce qu'il va faire* » (planche 1, début de la passation), « *le mec qu'est pas à l'aise* » (planche 4, face aux angoisses générées par l'image) et « *le mec qui escalade* » (planche 11). Il apparaît que la planche 1, en tant qu'entrée en matière du test et présentation de son caractère représentatif, génère chez Christian des défenses d'inhibition, mais également un mouvement mégalomane (l'enfant « *rêve à sa carrière de musicien* ») et projectif, où il annonce qu'il va devoir se concentrer (pour contenir les représentations et angoisses émergentes ?). La planche 4, de par la sollicitation de représentations de relations, met Christian en difficulté, ce qu'il énonce très clairement de manière projective. Enfin, la planche 11, probablement par ce qu'elle sollicite d'une imago maternelle archaïque, le renvoie également à des angoisses qui l'empêchent d'élaborer autour de l'image et génèrent un mouvement hallucinatoire où il se projette en train d'escalader une montagne. En lien avec la problématique latente de la planche 11, celle de la planche 5, autour de l'image féminine/maternelle qui pénètre et regarde, sidère tout autant les processus psychiques de Christian, qui refuse la planche (inhibition massive). De même, à la planche 3BM, renvoyant classiquement à la position dépres-

sive, Christian associe directement sur la folie (« *quelqu'un qui est à l'asile* »), dans un mouvement qui nous semble projectif, ce qui nous questionne sur son passé psychiatrique et l'éventualité qu'il ait lui-même déjà fait un/des séjour(s) en institution psychiatrique.

De plus, il est intéressant de noter les occurrences des termes en lien avec le regard (le terme lui-même ou le verbe « regarder » conjugué), au nombre de huit dans le protocole, essentiellement aux planches 4 et 7BM. La planche 4, au-delà de sa sollicitation latente, représente un couple (l'homme se détourne de la femme) et invite à des représentations de relation, contre lesquelles nous avons vu au Rorschach que Christian lutte avec beaucoup d'énergie. Au T.A.T., il apparaît que cette image le déborde de par l'angoisse que génèrent les représentations émergentes, entraînant une incapacité à faire des liens, aucune conflictualité ne pouvant émerger. Son discours est très projectif (« *le mec qu'est pas à l'aise quoi* »), mais il est impossible d'en interpréter le fil : « *Le regard... Lui, il semble un peu angoissé, et elle, elle regarde, euh... (...) Quand on le regarde... C'est pas votre regard, hein... Regardez, les yeux... Bouche fermée, donc...* ». Nous pouvons néanmoins faire l'hypothèse d'un regard persécuteur, objet partiel dangereux, et une confusion des identités (le regard de l'homme, celui de la femme, le sien, le nôtre, on ne sait plus vraiment ce qu'il évoque). De la même façon, la relation de proximité représentée par la planche 7BM (deux hommes très près l'un de l'autre, dont on ne perçoit que les visages), déclenche chez Christian la problématique du regard persécuteur : « *on dirait le père et le fils, en train de parler d'un sujet un peu difficile... Sûrement. Il le regarde... Lui, il est un peu affolé on dirait. Le regard... Ouais. Disons que ça fait un peu comme la confession* ». La question de la mise en relation et de la proximité corporelle semble mettre Christian en difficulté et susciter chez lui des angoisses difficilement canalissables, entraînant des fantasmes de persécution.

De manière générale, Christian aborde les planches de façon extrêmement défendue, tentant de mettre à distance les représentations angoissantes. Il ne nous dit rien de son fonctionnement psychique et exprime clairement ses réserves à investir le test, notamment à la planche 16 : « *Ah, très bien. C'est bien, là au moins, y'a pas à réfléchir* ». Néanmoins, l'angoisse est palpable dans tout le protocole, les défenses sont massives et inhibent les processus de pensée, mais certains débordements sont inévitables et perceptibles, laissant la place à des fantasmes mortifères semblant envahissants. Globalement, derrière une attitude plutôt extravertie et familière (cf. vocabulaire et aisance), Christian ne donne pas à voir ce qui

l'anime psychiquement, tentant de mettre à l'écart ses fantasmes et angoisses. Au regard de son protocole de T.A.T., placé sous le sceau de l'inhibition, un fonctionnement psychotique non délirant nous semble à envisager.

## IV. Synthèse

---

La rencontre avec Christian peut se définir, que ce soit par rapport à l'entretien clinique ou à la passation des tests, par l'inhibition et la recherche d'un conformisme, que nous interprétons comme une quête d'hypernormalité, qui craque face à certaines planches d'un matériel projectif trop déstabilisant. Le sentiment d'un discours vide, le peu d'élaboration et la pauvreté associative nous ont mise en difficulté lors de cette rencontre : malgré de nombreuses interventions pas toujours opportunes et les tentatives vaines d'étayage et de contenance, nous nous sommes retrouvée confrontée à ce que nous associons au « *désert psychotique* » décrit par Chabert (2012). En effet, cette dernière parle d'un « *processus de pétrification qui tarit toute forme de création par assèchement des sources vives de la pensée* », ce qui nous renvoie au sentiment de platitude face au discours de Christian, dont nous faisons l'hypothèse qu'il lutte contre des angoisses possiblement débordantes en tentant de donner à voir un fonctionnement hypernormatif et des réponses aux tests projectifs hyper-adaptées, comme désubjectivées.

Au regard du fonctionnement psychique de Christian, nous pouvons faire l'hypothèse que le sentiment de vide psychique et d'absence de possibilité de mise en sens des événements précède l'apparition de la maladie cancéreuse dans sa vie. Ainsi, l'élaboration de théories étiologiques profanes, et plus largement d'un roman de la maladie, demeure impossible psychiquement pour Christian : il semble que ce type d'élaboration reste inatteignable pour lui, du fait d'un appareil psychique insuffisamment solide pour faire face aux représentations en lien avec son vécu et aux angoisses qui pourraient le submerger s'il tentait de s'y confronter. Le fait que l'état clinique de Christian ait été qualifié de « curatif » par sa cancérologue, alors qu'il semblerait que son évolution soit plutôt de mauvais pronostic, ne modifie manifestement pas réellement les représentations de Christian par rapport à sa maladie, qu'il préfère laisser à distance. La proximité symbolique de la mort, de par l'atteinte cancéreuse, entraîne chez lui une rigidification des défenses, sur un mode qui ne permet aucune élaboration de l'événement-maladie (inhibition, contrôle et procédés de type obsessionnels). Il est ainsi difficile de parler de traumatisme en lien avec l'irruption de sa maladie dans la vie de Christian du fait du sentiment de vide psychique et d'abrasement de la pensée, qui nous semblent préexister au diagnostic de cancer.

## CHAPITRE 4. ANALYSE QUALITATIVE DES RENCONTRES AVEC LES PATIENTS EN PHASE PALLIATIVE DE LEUR MALADIE

---

### • ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE BERNARD, 65 ANS

« *Une telle maladie, on y pense toutes les dix minutes...* »

#### I. Analyse clinique de l'entretien

---

Bernard a accepté d'emblée la rencontre proposée lorsqu'il a été contacté, plusieurs mois après avoir rempli les questionnaires relatifs à cette recherche, qui lui a été présentée par son oncérologue. Venant toutes les semaines en hôpital de jour pour y suivre son traitement de chimiothérapie, il souhaite que nous nous rencontrions à l'une de ces occasions. Cette semaine-là, il se rend dans le service pour une consultation, les derniers résultats d'examens n'étant pas positifs, son traitement doit être rediscuté. Il a ainsi rendez-vous avec son oncologue juste après notre entretien. Il attend pour cela dans la salle d'attente avec son épouse, qui se demande si elle doit l'accompagner.

Dans un premier temps, Bernard tient à nous préciser qu'il a rempli le questionnaire d'une seule traite, sans revenir en arrière. Il craint par conséquent des incohérences, premier signe annonciateur de son souci de contrôle de tout ce qu'il peut dire ou faire, et ainsi de la façon dont cela peut être interprété. Une fois ce point précisé, il se lance dans le récit de l'histoire de sa maladie.

##### A. Réalité médicale (Disease)

Bernard pose en préambule qu'il n'a jamais été malade de sa vie, qu'il n'a « *jamais eu aucun arrêt maladie au cours de (sa) carrière, rien...* » (l. 27-28). C'est au cours de ce qu'il nomme un « *check-up* » (l. 31) de santé effectué à sa demande, alors qu'il est à la retraite de-

puis six ans, que le test Hemocult<sup>118</sup>, au milieu de différents examens tout à fait normaux, se révèle positif. Il subit donc une coloscopie, examen permettant de confirmer une suspicion de cancer du côlon dans ce type de cas. Bernard exprime alors avoir été surpris de s'entendre annoncer un cancer du côlon à un stade avancé, alors qu'il n'avait « *Aucun symptôme... Ni saignements, ni rien, ni manque d'appétit, ni perte de poids, rien. Absolument rien* » (l. 35-36).

Pris en charge au CHRU de Lille à sa demande par un de ses neveux, chirurgien digestif, Bernard se fait diagnostiquer, au cours des examens complémentaires, un second cancer, localisé au rein gauche (totalement indépendant de son cancer du côlon), ainsi que des métastases hépatiques. Il est donc rapidement opéré : une chirurgie lourde qui permettra une colectomie<sup>119</sup> (« *on m'a retiré une bonne partie de la tranche supérieure du côlon* » - l. 65), une néphrectomie<sup>120</sup> et l'ablation de la métastase hépatique.

Bernard évoque également, sans clairement les nommer, ses craintes concernant l'étendue du second cancer, présenté comme peu virulent : « *Donc j'ai quand même fait une scintigraphie et tout, une scintigraphie osseuse, parce que généralement, ça embraye directement sur ce genre de choses...* » (l. 72-73). Il parle ici à demi-mot de suspicion de métastases osseuses, qui signeraient une maladie évoluée à un stade avancé. Il a ainsi été rassuré, mais nous explique avoir eu une nouvelle métastase hépatique à peine un an après son opération chirurgicale, malgré une chimiothérapie adjuvante<sup>121</sup> qui n'a donc pas empêché la récurrence. Ce nodule a été opéré par radiofréquence<sup>122</sup>, malheureusement sans pouvoir être totalement éradiqué : une intervention chirurgicale s'en est donc suivie, permettant l'ablation de « *tout le lobe gauche du foie* » (l. 93). Ces multiples ablations successives de plusieurs parties du corps de Bernard nous questionnent sur leur impact psychique et leur résonance avec l'angoisse de castration contre laquelle il semble lutter.

---

<sup>118</sup> Test utilisé dans le dépistage du cancer colorectal : il permet de détecter des traces de sang occulte dans les selles.

<sup>119</sup> Résection du côlon.

<sup>120</sup> Ablation d'un rein.

<sup>121</sup> Traitement réalisé chez un patient dont la tumeur a été enlevée en totalité par une autre modalité. L'objectif est de diminuer le taux de récurrence et d'améliorer la survie.

<sup>122</sup> Traitement qui détruit la tumeur par la chaleur.

En parallèle, Bernard n'a jamais cessé les traitements de chimiothérapie, qui provoquaient régulièrement des aplasies<sup>123</sup>, voire à certains moments, pour certains produits, avaient des effets qu'il décrit comme ayant été « *dévastateurs* » : « *je ne vous parle pas de l'alopecie, tout ça, on s'en fout, ça n'a pas d'importance. Par contre, j'avais des gros problèmes de, de, de... De diarrhées... De perte de globules blancs, presque totale de globules blancs. Donc absolument aucune défense immunitaire... (...) Donc gros problèmes, perte de poids, près de 10% de mon poids que j'ai perdu, donc c'était énorme. D'ailleurs ça n'allait pas du tout, il a fallu m'arrêter ça...* » (l. 108-114). Depuis, Bernard suit une chimiothérapie appelée thérapie ciblée<sup>124</sup> (par anticorps monoclonaux), qui provoque malgré tout des effets secondaires : « *Beaucoup d'acné, des, de boutons, des choses comme ça... De la peau extrêmement... Des ongles cassants, perte d'ongles même, puisque j'ai des ongles qui tombent... Des grosses crevasses, la peau extrêmement sèche...* » (l. 120-123). Il nous dira pour conclure la question des effets secondaires que « *ça, c'est des petits inconvénients* » (l. 123), et dans un lapsus révélateur : « *m'enfin, on s'en passe* » (l. 123) (enchaînant avec un « *on s'y fait* » de circonstance). À travers ce discours rationalisé où l'impact des traitements tente d'être minimisé, Bernard nous laisse entrevoir une représentation de soi et une image du corps malmenées et perturbées par les effets secondaires de cures de chimiothérapies agressives.

Dernièrement, les examens de suivi ont montré la réapparition de nodules au niveau du côlon, mais également sur la surrénale droite et au niveau de « *la tranche de section du foie* » (l. 130-131), nous dira Bernard. D'autres examens sont à venir pour déterminer la nature de ses nodules et envisager une modification de la prise en charge thérapeutique. Comme nous l'avions vu pour le cas de Brigitte, les principaux facteurs de risque dans les cancers colorectaux sont l'âge, les habitudes de vie, la présence de polypes, les antécédents personnels de cancers, les antécédents familiaux de cancers colorectaux, les maladies inflammatoires du côlon et les mutations prédisposant au risque de cancer colorectal.

---

<sup>123</sup> Blocage temporaire de l'activité de la moelle osseuse, entraînant une diminution de la production des cellules sanguines.

<sup>124</sup> On parle de traitements ciblés car leur action est concentrée sur les cellules cancéreuses, ce qui limite les dommages causés aux cellules normales du corps et réduit les effets secondaires.

## B. Réalité subjective (Illness)

### 1. Représentations de la maladie

Bernard évoque d'emblée la maladie cancéreuse comme une pathologie connue, tant dans ses enjeux que dans ses aboutissements, qu'il évoque toujours à demi-mot, voire à l'aide de formulations qui ont pour fonction d'atténuer et de minimiser ses dires en rationalisant la réalité : « *je suis pas naïf, déjà, dans un premier temps. Je sais quand même, disons, quelle est cette maladie. Je sais où elle mène, je sais où ça peut aller, je sais quels sont les enjeux et tout. Donc je sais très bien que je n'irai pas jusqu'à 90 ans* » (l. 147-150). Toujours dans un discours où il énonce des choses sérieuses sans clairement les nommer, il évoque un pronostic sombre : « *ça va poser de gros problèmes, ça j'en suis sûr. Mais enfin bon, j'en suis conscient, je l'ai toujours accepté dès le départ, et c'est tout. Je prends les choses comme... Si vous voulez, je suis un petit peu fataliste...* » (l. 151-153).

La maladie est décrite comme envahissante psychiquement (« *une telle maladie, on y pense toutes les dix minutes...* » - l. 160), avec toujours « *quelque chose qui vous rapporte à ça* » (l. 161). Pour s'en défendre, Bernard explique qu'il évite de se projeter dans l'avenir, prenant les choses au fur et à mesure nous dit-il, afin d'éviter de se confronter à l'incertitude de ses capacités ou de son état dans les mois à venir (« *On ne peut pas savoir ce qu'on pourra faire dans six mois* » - l. 351-352), ayant semble-t-il parfaitement intégré le mauvais pronostic de sa maladie. Enfin, alors que Bernard évoque la maladie probablement cancéreuse dont serait mort son père, il pointe les représentations selon lui anciennes de « *longue et douloureuse maladie* » (l. 423) et du tabou autour du mot « *cancer* » : « *c'est pas sérieux de dire ça* » (l. 425). À travers ce discours sur le regard social porté sur la maladie cancéreuse il y a trente ans en le rendant obsolète, il semble se protéger des représentations actuelles trop angoissantes en les minimisant, comme si celles-ci étaient désormais radicalement différentes.

## 2. Théories étiologiques

Bernard nous explique qu'au moment du diagnostic de sa maladie, la priorité était de se faire soigner et que la question de l'origine de son cancer ne s'est pas posée. Ce n'est qu'après avoir pu prendre un peu de recul, nous dit-il, qu'il a pu s'interroger sur l'étiologie de sa pathologie. D'emblée, il évoque le décès de son père à l'âge de 80 ans, de problèmes « *digestifs* » (l. 372) selon lui : « *on s'est aperçu qu'il prenait beaucoup de médicaments pour le transit* » (l. 373-374). Le diagnostic de mort par infarctus du mésentère est selon lui erroné : il s'agirait plutôt d'une occlusion intestinale, ce qui questionne son identification à son père à travers une maladie commune, « *enfin, moi, c'est l'idée que je m'en fais...* » (l. 377-378).

Dans les questionnaires relatifs à la partie quantitative de cette recherche, nous retrouvons chez Bernard des scores aux différentes causes imaginées de la maladie très proches des autres patients de son groupe (dit « palliatif »). À la question des trois causes les plus probables selon lui, il répond : l'hérédité, la pollution et les habitudes alimentaires, ce qui est en adéquation avec son discours dans l'entretien clinique.

## 3. Processus défensifs

Le discours de Bernard est étonnamment scientifique, plaqué sur un vocabulaire médical parfaitement maîtrisé, dans une rationalisation très défensive qui donne un sentiment de rupture totale entre vécu et affects associés. Le recours à l'isolation idéo-affective est ainsi massivement visible dans son discours, de même que l'intellectualisation et la négation d'affects.

Au regard des résultats obtenus au DSQ-40 (partie quantitative de la recherche), il s'avère que les moyennes à chaque style défensif sont globalement très similaires à celles obtenues par les autres patients de son groupe. Les dérivés conscients des mécanismes de défense majoritairement identifiés par Bernard sont la rationalisation, la répression, l'anticipation et l'activisme, ce qui correspond parfaitement au ressenti clinique à l'écoute de son discours.

#### 4. Mise en sens

Le discours scientifique et très rationnel de Bernard ne laisse que peu de place à l'élaboration psychique : il énumère des faits sans jamais les associer à de quelconques émotions, ne faisant aucun lien entre les représentations évoquées de son vécu et d'éventuels affects, qui sont totalement absents de son discours. De plus, il ne donne que peu d'éléments de son histoire de vie, excepté autour de faits très concrets et peu engageants affectivement.

Par conséquent, on ne peut pas parler ici de « *roman de la maladie* » élaboré par Bernard, même s'il traite la question de l'étiologie de son cancer, mais à l'aide d'un argument tout à fait rationnel et scientifique : l'hérédité. Alors que ses deux frères et sa sœur ne sont eux pas touchés par la maladie (ils ont subi des examens qui le confirment), il serait le seul à avoir reçu cette transmission de son père, un peu comme une malédiction qui signerait parallèlement un lien particulier entre les deux hommes. De plus, alors que toute la fratrie a embrassé une carrière médico-sociale (un frère médecin et un travaillant pour la D.R.A.S.S.<sup>125</sup>, une sœur aide-soignante), lui seul semble s'être démarqué en n'empruntant pas une voie professionnelle relative à des notions de soins et d'accompagnement (en lien probable avec une possible réparation). Retraité d'un poste dans les forces de l'ordre, cela nous évoque l'incarnation d'une figure surmoïque et potentiellement castratrice, peut-être comme contre-investissement d'une angoisse de castration trop envahissante ? L'hypothèse étiologique formulée par Bernard à propos de sa pathologie cancéreuse nous renvoie à l'agressivité potentielle qui pourrait exister envers son père de lui avoir transmis exclusivement sa maladie, et au mode de résolution du complexe Œdipien autour d'un fantasme parricide potentiellement toujours très présent.

#### C. Réalité sociale (Sickness)

Bernard est retraité, il a donc fait carrière en tant que commandant de police et a rencontré son épouse, de six ans sa cadette, dans son milieu professionnel, elle-même étant encore en activité. Ils n'ont pas eu d'enfants, d'après lui parce qu'ils se sont mariés trop tard (à respecti-

---

<sup>125</sup> D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

vement 33 et 27 ans...) : il n'en dira pas plus, ne semblant pas souhaiter s'étendre sur ce point, qui cependant interroge la question de la transmission, mais également de la castration.

L'épouse de Bernard semble très anxieuse par rapport à l'état de son mari : « *ah bah mon épouse est beaucoup plus... Elle est un petit peu moins fataliste que moi, elle se fait beaucoup plus de mauvais sang, elle voit les choses beaucoup plus loin, c'est un petit peu différent* » (l. 342-344). Il semble ici que la différence réside dans la capacité de l'épouse à évoquer ses sentiments, ce qui est bien identifié ici par Bernard comme une différence fondamentale entre leurs deux fonctionnements, mais également dans leur positionnement : l'un va mourir, l'autre survivre...

Par ailleurs, Bernard explique avoir toujours été pris dans un activisme non dissimulé : il a continué à travailler malgré sa retraite et ce jusqu'au moment du diagnostic de cancer, dans « *ce qu'on appelle la réserve civile* »<sup>126</sup> (l. 217). Il faisait également de nombreuses balades en vélo, du golf, du jardinage... Activités qu'il a dû abandonner il y a un an, du fait de l'évolution de sa maladie.

Dans cet entretien clinique, Bernard nous livre une série d'informations médicales sur sa maladie, comme s'il était extérieur à la situation, tel un médecin qui présenterait un cas clinique. Quelques éléments de sa vie sont évoqués, notamment en réponse à nos questionnements, mais de manière très inhibée et désaffectivée. L'ensemble du discours est rationalisé, l'intérêt d'explorer ses protocoles de projectifs nous semble d'autant plus important pour tenter d'avoir une lecture plus fine de son fonctionnement et de sa problématique.

---

<sup>126</sup> Recrutement de retraités pour aider le personnel actif, avec de nombreux déplacements à travers tout le pays.

## II. Analyse clinique du Rorschach

---

### A. Clinique de la passation

#### 1. Dynamique de la passation

Le protocole de Bernard est pauvre et inhibé, il ne compte que quinze réponses pour un temps de passation de 10 minutes et 35 secondes. Les temps de latence sont très brefs à chaque planche, excepté aux deux planches qu'il refuse, semblant sidéré par les sollicitations latentes associées, à savoir les planches VII et IX (renvoyant respectivement à l'imgo maternelle et à la position régressive).

Il est important de noter que Bernard nous explique d'emblée, lorsque nous évoquons le test de Rorschach, qu'il connaît le matériel et s'est déjà questionné à son sujet : *« je me suis déjà penché un petit peu sur ce genre de tests. (...) Non, ça me dit rien, c'est... Je vois une tache, oui d'accord, une tache, effectivement, symétrique, mais bon, oui, c'est tout, point. Voilà. Enfin, on peut essayer, hein, peut-être... »*. Cependant, il semble inquiet des réponses qu'il pourrait donner, et probablement des interprétations que nous pourrions en faire : *« et je peux dire un tas d'incongruités »*, de même qu'il craint manifestement de ne pas parvenir à répondre à la consigne : *« je manque cruellement d'imagination vous savez »*. Nous pouvons ainsi envisager que Bernard, s'étant déjà *« penché »* comme il le dit sur ce type de test, en a au moins partiellement saisi les enjeux. Compte tenu de ce qu'il nous a donné à voir en entretien, à savoir un discours rationalisé et très cartésien, nous pouvons aisément envisager qu'il puisse appréhender la situation projective, voire qu'elle puisse l'angoisser.

#### 2. Caractéristiques de la production

Le psychogramme de Bernard montre un protocole inhibé avec un nombre de réponses inférieur à la norme, un mode d'appréhension global dominant (G% = 60%) au détriment d'une approche en détails (D% = 33%), inférieure aux normes, signant une attitude défensive et de contrôle par rapport au matériel projectif, avec une lutte contre l'émergence de potentiels af-

fects. Par ailleurs, les réponses globales sont majoritairement simples ou organisées, pointant le caractère adaptatif et dynamique du fonctionnement cognitif de Bernard, ce dont nous pouvons préjuger lors de la première partie de notre rencontre.

## B. Analyse et interprétation

### 1. Les processus de pensée

#### a. Investissement de la pensée

L'approche du protocole massivement globale, avec un G% très au-dessus des normes au détriment d'une approche en détails (D% en dessous des normes), est significative d'une recherche de maîtrise et de contrôle de Bernard, face à un matériel d'emblée à fort potentiel anxiogène. Par ailleurs, seuls deux G simples apparaissent dans son protocole, dont un seul associé à une forme correcte (à la planche V, « *Ça c'est la chauve-souris* »), ce qui nous amène à faire l'hypothèse que le caractère adaptatif du fonctionnement cognitif de Bernard est ici mis à mal par le caractère déstabilisant du matériel. Quant aux réponses D, elles représentent pour la moitié des D simples, signant un abord descriptif et rationnel des planches. Il semble que Bernard redoute ses difficultés à se laisser aller à la projection et surtout à ne pas donner les réponses adéquates qu'il imagine attendues lors de la passation. En effet, sa manière d'appréhender le monde de manière très cartésienne et scientifique et sur un mode défensif ne peut que le mettre en difficulté face à un matériel nécessitant une certaine forme de régression et de lâcher-prise.

#### b. Rapport au réel

Le F% (60%), normatif, « *témoigne de l'utilisation (...) d'un mode de fonctionnement courant, habituel, normal, nécessaire, qui consiste à cerner la réalité au plus près de son contour formel dans un mouvement d'adaptation réaliste (...) (et) suppose une obéissance de base à la consigne qui consiste à se mouler aux cadres perceptifs prégnants, dans une prise en compte de la réalité venant tempérer la libre expression projective qui se manifeste en*

*particulier dans l'émergence de processus primaires* »<sup>127</sup>. Il apparaît ainsi que Bernard, en respectant scrupuleusement la consigne (signe d'un surmoi trop présent) et en tentant de donner des réponses au plus près d'une réalité éprouvée, tente de se défendre des mouvements projectifs dans lesquels il se retrouve pris. Cependant, la moitié de ses réponses formelles sont de mauvaise qualité, pointant des défenses pas assez efficaces face à l'émergence du pulsionnel généré par les planches (retour du refoulé).

Le F+% (30%) largement déficitaire nous amène à calculer le F+% élargi, également sous-normatif (50%), qui nous donne à penser chez Bernard qu'il y a « *débordement de ses possibilités quand les préoccupations fantasmatiques ou émotionnelles surgissent* » (Chabert, 2012, p.127).

### c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation

Les réponses humaines (H% = 53%), dont le nombre est très au-dessus de la norme, marquent la capacité de Bernard à reconnaître son identité subjective et à « *se représenter soi-même dans un système de relations qui ouvre la voie à l'empathie et à la reconnaissance de l'autre dans le repérage de ses similitudes et de ses différences* »<sup>128</sup>. Cependant, la mauvaise qualité formelle de ces réponses pointe une fragilité et une instabilité identitaires. Il semble qu'il se raccroche à cette recherche d'identité du fait des nombreuses réponses humaines données, mais que ses failles identitaires (majorées par la maladie ?) ne lui permettent pas de se projeter de manière adaptée au contenu des planches.

En revanche, le A% en deçà des normes (33%) pointe un défaut de socialisation, qui, associé au D%, F% et F+% (y compris élargi) déficitaires, et au nombre peu élevé de banalités (même s'il est à remettre en perspective par rapport au peu de réponses données), nous oriente vers une altération des capacités relationnelles chez Bernard.

---

<sup>127</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 119-120.

<sup>128</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 196.

## 2. La dynamique affective : le traitement des conflits

### a. L'axe narcissique

#### i. Représentation de soi : identité

Le fonctionnement inhibé et défendu de Bernard face au matériel projectif est visible par le mode d'appréhension majoritairement global qu'il a des planches, et le défaut d'approche par le détail, renvoyant à un fonctionnement figé, empêchant l'exploration dynamique des processus de pensée. L'hypothèse de l'effraction traumatique du diagnostic qui empêcherait l'imagination de se déployer nous questionne, avec cependant la nécessité de la relativiser du fait de toute l'incertitude autour du fonctionnement psychique antérieur de Bernard. Par ailleurs, le F% normatif signe la présence d'enveloppes psychiques, mais de mauvaises qualités (F+% faible), incapables de circonscrire les affects et angoisses émergents.

À la planche I, celle du premier contact avec le matériel, Bernard n'appréhende pas la planche comme une représentation compacte mais comme une image « en miroir », dans une posture très narcissique, à laquelle il semble essayer de se dépêtrer de sa description en nommant toutes les parties du corps des deux personnages qu'il identifie de chaque côté de l'axe, et en remâchant sa description, avant de s'inquiéter de la qualité de sa réponse : « *je sais pas ce que vous allez pouvoir tirer de ça, mais bon (rires)* ». Les rires nous semblent ici symptomatiques de son angoisse de ne pas donner les « bonnes » réponses, d'ailleurs il ajoute un peu plus loin : « *si je réfléchis, effectivement, je peux trouver d'autres choses, je peux en trouver une multitude* », histoire de bien nous dire qu'il est en capacité de répondre, mais aussi qu'il ne nous dit pas tout... Il finit quand même par nommer la chauve-souris, banalité qu'il dénie immédiatement car « *y'a pas de creux dans les chauves-souris* », le vide semblant désorganiser l'unité narcissique de la projection. Cette réponse nous questionne à propos des représentations défailtantes de l'imago maternelle chez Bernard du fait de l'évocation du creux interne et de sa négation, hypothèse validée par le refus de la planche VII (thème de l'imago maternelle).

## ii. Représentation de soi : identification

C'est à la planche V, planche de la représentation de soi, que Bernard peut enfin donner avec un soulagement non dissimulé la banalité confortable qu'il semble penser attendue : « ça, c'est **la** chauve-souris (...) C'est tout » en l'assumant complètement, et qui signe néanmoins une bonne qualité de la représentation de soi.

À la planche IV, relative à la thématique surmoïque et à l'impact de l'autorité sur le sujet, Bernard évite massivement la partie de la planche renvoyant au symbole phallique (« Ça, je sais pas ce que c'est... »), malgré le symbolisme transparent de la « belle perspective ». Castrant le « corps humain » identifié, il l'immobilise comme pour le rendre moins dangereux : « une personne allongée sur le dos, sur un lit, sur une table, sur n'importe quoi, par terre » (la figure phallique est mise en position de passivité). Il est à noter qu'une fois castré, le « corps humain » devient « une personne »... De même, à la planche VI, il ampute sa représentation d'« une espèce de coléoptère » (image non sexuée), qui est « sans, sans les cornes », devenant alors « un gros coléoptère ». Il semble que l'évitement des appendices des représentations soit nécessaire afin de les rendre moins effrayantes : nous pouvons ainsi faire l'hypothèse de l'existence d'une angoisse de castration assez débordante pour son organisation psychique.

### b. L'axe objectal

#### i. Représentation des relations

À la planche VII, renvoyant au thème de l'imaginaire maternelle, Bernard semble totalement sidéré : « Rien. (10'') Ça ne m'évoque rien du premier abord, ni même en y... Non, ça ne m'évoque rien du tout. (...) Non, j'ai beau essayer de... Non, même si je regarde les... Ce que ça peut... Pffft... Non, franchement, non. Non, je suis désolé ». Cette réaction phobique d'évitement face à une représentation manifestement très angoissante nous questionne sur la qualité des relations précoces de Bernard à sa mère, et de manière plus générale, sur sa façon

d'appréhender le féminin, de gérer ses relations avec l'autre sexe. De même, le refus est total à la planche IX : « *rien du tout. (15'') Non, ça ne m'évoque franchement rien. Rien.* ».

À la planche II, Bernard donne une représentation unifiée (« *Une personne, une espèce de clown barbu* ») qui lui permet d'éviter toute dimension relationnelle. Quant à la planche III, il reconnaît bien « *deux femmes africaines* », mais « *je sais pas ce qu'elles font* », nous dit-il. L'inhibition autour du type d'activité des deux personnages valide le fait qu'elles n'ont aucune relation entre elles. Par ailleurs, il projette deux chaudrons et non un, comme si l'image était spéculaire (trait narcissique) : il n'apparaît donc aucune représentation de relation dans le protocole de Bernard.

## ii. Traitement des affects

Bernard semble réceptif à la couleur, ce que confirme le RC% situé dans la norme haute, signe de sensibilité affective malgré une attitude inhibée et défensive. Aux planches rouges, il scotomise la partie anxieuse (planche II) ou minimise l'aspect agressif des représentations (planche III), dans une tentative de contenir les angoisses émergentes. Cependant, il ne fait aucun lien avec les couleurs aux deux dernières planches du test, refusant massivement la planche IX (« *Rien du tout. (15'') Non, ça ne m'évoque franchement rien. Rien.* ») et ne donnant comme seule réponse couleur à la planche X : « *c'est des taches de couleur* ».

Par ailleurs, le Type de Résonance Intime (TRI :4K/1,5C) pointe un fonctionnement intratensif ou introversif, qui corrobore le fait que le protocole est marqué par l'intériorisation, la réflexion et surtout le contrôle des affects. La formule complémentaire (FC : 0k/0E) est coartée pure, à savoir qu'aucune des composantes ne prend une expression suffisante, ce qui marque un frein à l'expression fantasmatique et affective et qui corrobore tout à fait notre ressenti clinique et ce qui transparaît du discours de Bernard. Ces résultats pointent enfin le blocage et la pauvreté des processus psychiques, ainsi que l'inaptitude à manier les symboles : ils signent la grande vulnérabilité du patient.

### C. Évaluation de l'organisation défensive

L'analyse du protocole de Rorschach de Bernard, à travers de nombreuses répétitions, précautions verbales, des refus et inhibitions, ainsi qu'une isolation massive des affects, nous montre que ce dernier cherche par tous les moyens à contrôler l'émergence d'angoisses de castration réactivées par le matériel projectif. Cela nous renvoie à l'entretien clinique où son discours cartésien lui permet de tenir à distance les affects en lien avec la maladie et son histoire de vie : il se raconte comme un médecin évoquerait un cas clinique, à grand renfort de termes scientifiques et médicaux, ce qui lui permet, de manière totalement obsessionnelle, de contrôler l'émergence d'éventuels sentiments douloureux. L'hypothèse d'un fonctionnement névrotique, sous-tendu par une angoisse de castration qui provoque une inhibition massive et se manifeste par l'utilisation de défenses obsessionnelles, ainsi que la présence de quelques traits narcissiques discrets, mérite d'être explorée plus finement au T.A.T., afin d'en percevoir davantage les enjeux psychiques.

### III. Analyse clinique du T.A.T.

---

La synthèse du protocole de T.A.T. de Bernard (cf. Tome II) montre l'utilisation massive de procédés de type A et C (respectivement 162 et 84, soit 59% et 31%), avec comparative-ment la quasi absence de ceux de type B et E (représentant chacun 14 procédés, soit 5%). Trois types de procédés sont majoritairement utilisés par Bernard, représentant plus des deux tiers de son protocole. Nous retrouvons 113 procédés de type obsessionnel (série A, rigidité) sur 274 cotations, soit près de la moitié, ce qui corrobore très nettement notre ressenti clinique. Puis sont essentiellement présents des procédés d'inhibition de la série C (évitement du conflit) et de référence à la réalité extérieure, pointant la recherche d'ancrage de Bernard dans le réel, notamment à travers un discours très concret. Cette première analyse quantitative nous montre un fonctionnement psychique très figé dans le contrôle, avec des mécanismes défensifs très peu labiles, qui signent probablement l'échec de la mise à distance des angoisses (notamment de castration) par ces processus trop massifs et restrictifs.

De manière générale et tout au long de la passation, Bernard s'enlise dans un abord massivement descriptif des planches. Il semble que cela lui permet de faire l'économie de toute élaboration psychique des angoisses générées par les sollicitations latentes des planches et d'isoler systématiquement affects et représentations. Cependant, nous observons plus particulièrement le figement de ses défenses à certaines planches...

Dès la planche 2, afin d'éviter la rivalité latente entre les deux personnages féminins et la mise en scène du triangle œdipien, il refuse en quelque sorte la planche en critiquant le matériel (« *on peut pas trouver d'histoire* »), procédé antidépressif qui lui évite l'auto-dévalorisation. L'élaboration de la position dépressive à la planche 3 se révélant totalement impossible, il tente de se raccrocher à son vécu en intellectualisant et en tentant d'éviter le conflit psychique que cette scène génère chez lui : il isole représentations et affects par raisonnement logique, ce qui nous évoque un fonctionnement de type opératoire et/ou obsessionnel. Par ailleurs, il semble rester sidéré par ce que lui a renvoyé cette planche et qui a désorganisé ses processus de pensée : à la planche 4, son discours se révèle bref et très pauvre, il se défend massivement des angoisses de séparation sollicitées par la problématique évoquée.

À la planche 6BM, on assiste à une flambée de l'inhibition et des processus de type obsessionnel chez Bernard, qui semble lutter de manière massive contre l'angoisse de perte d'objet sollicitée par le matériel, ainsi que contre la relation œdipienne sous-jacente qu'il évite. Sa pensée se désorganise via l'émergence de processus primaires, ses capacités d'élaboration semblant débordées. De même qu'à la planche 8BM où le discours très défendu et sans profondeur de Bernard vient pointer la sidération de ses processus de pensée : l'agressivité envers la figure paternelle n'est pas assumable (le fantasme de meurtre est très présent dans son protocole) et l'angoisse de castration paraît inélaborable. Le lien semble important à faire avec la maladie, l'image renvoyant également à une scène d'intervention chirurgicale (vécue par le patient ?) et toute la fantasmagorie associée. L'étiologie héréditaire envisagée par Bernard, à travers une transmission de la pathologie cancéreuse de son père, semble liée à une symbolique forte autour d'angoisses de castration massives.

L'analyse du protocole du T.A.T. ne fait que confirmer nos impressions cliniques et les conclusions du Rorschach : Bernard se défend d'angoisses de mort et de castration extrêmement envahissantes par un fonctionnement obsessionnel qui lui donne l'illusion, en contrôlant son discours, de contrôler ses affects. Il se raccroche à la dimension perceptive du matériel lors de la passation des projectifs, de la même façon qu'il le fait avec ses connaissances scientifiques et médicales lorsqu'il évoque sa maladie. De cette façon, en se construisant une solide façade le préservant des sollicitations extérieures et de l'émergence de ses propres émotions, Bernard ne nous donne que peu à voir de sa réalité interne.

## IV. Synthèse

---

Au regard du fonctionnement défensif de Bernard, nous faisons l'hypothèse d'une structure névrotique avec des défenses obsessionnelles totalement envahissantes. Il s'avère que la lutte contre des angoisses de castration massives, mais également des angoisses de mort, en lien avec la gravité de sa maladie, semble avoir rigidifié le fonctionnement du patient, au point que l'isolation des affects et des représentations soit exclusive à travers un discours rationnel et scientifique ne laissant aucune place à l'élaboration psychique.

Nous pouvons faire l'hypothèse chez Bernard qu'il se soit en réalité conformé à un surmoi castrateur en n'ayant pas eu d'enfant (c'est-à-dire en ayant été symboliquement castré, au sens propre du terme). Ses frères et sœurs se seraient construits dans la réparation, à travers notamment des professions exclusivement médico-sociales, où il s'agit de prendre soin de l'autre, alors que Bernard, lui, se serait rangé du côté de la loi (en tant que commandant de police), comme s'il devait incarner le surmoi au lieu de l'élaborer. Il s'avère de plus que malgré le nombre de soignants, et notamment de médecins (y compris spécialistes de sa pathologie), présents dans sa famille, aucun n'a été en mesure de le guérir : il va mourir de sa maladie et il le sait. Serait-ce l'équivalent d'une punition de ne pas avoir suivi la voie de la réparation ? En effet, « *même si la conception judéo-chrétienne de la maladie et de la mort cède un peu du terrain, les sentiments de faute, l'acceptation de la volonté divine, l'espoir de salut ne disparaissent pas et s'associent aux autres représentations* » (Sarradon-Eck, dans Ben Sous-san, 2004, p. 39).

Après la rencontre avec Bernard, il nous est très difficile de formuler des hypothèses quant à son fonctionnement psychique antérieur au diagnostic de sa maladie : ses défenses étaient-elles tout aussi massives ou bien l'annonce a-t-elle fait effraction dans le pare-excitation du patient, figeant ses procédés d'élaboration psychique ? Nous ne possédons finalement que des éléments très factuels de l'histoire de vie de Bernard, il est ainsi très compliqué d'imaginer son parcours de vie sur le plan du ressenti psychique. Néanmoins, nous pouvons formuler clairement une organisation psychique construite autour d'une angoisse de castration envahissante et peu élaborable, par-dessus laquelle le cancer serait venu faire réso-

nance, à travers le concret des chirurgies et ablations multiples et de la symbolique de la perte ultime que représente la mort.

## • ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE D'OLIVIA, 49 ANS

« *Parce qu'aujourd'hui on est là, demain on n'est plus là...* »

### I. Analyse clinique de l'entretien

---

Olivia est une patiente suivie dans un hôpital situé dans le secteur géographique où nous exerçons : elle a rempli les questionnaires de cette recherche lorsqu'ils lui ont été présentés par sa cancérologue. Lors de notre appel téléphonique pour lui proposer une rencontre, elle s'étonne d'avoir été appelée, elle, et pas les autres patientes avec qui elle suit ses traitements, premier signe de sensibilité. Rassurée sur le fait qu'il s'agit d'un choix arbitraire et effectué au hasard, elle accepte d'emblée un rendez-vous, se disant très disponible puisqu'elle ne travaille pas. Nous nous rencontrons dans les locaux d'un centre de santé privé, situé dans l'enceinte du centre hospitalier où elle est suivie, dans la ville même où elle réside. Olivia se présente comme une jeune femme discrète, peu apprêtée mais avenante, même si elle ne semble pas très à l'aise au début de notre rencontre. Il est d'emblée évident qu'elle est issue d'un milieu socioculturel précaire : ses capacités d'expression sont pauvres, elle a peu de vocabulaire et sa syntaxe est très aléatoire.

#### A. Réalité médicale (Disease)

Olivia nous explique d'emblée qu'elle a reçu son diagnostic de cancer du sein il y a huit ans et qu'elle a été traitée par chirurgie (mastectomie totale), chimiothérapie et radiothérapie. Sentant une « *boule* » (l. 21-23) au niveau de son sein droit, elle ne souhaitait pas consulter, se persuadant qu'il s'agissait de quelque chose de bénin : « *j'avais vu une boule, mais moi je pensais que c'était par rapport aux frottements (du soutien-gorge) ...* » (l. 29). C'est finalement son conjoint de l'époque et père des deux derniers de ses enfants, qui l'a emmenée aux urgences, manifestement contrainte et forcée. En effet, elle dit ne pas s'être imaginée pouvoir être atteinte de cette pathologie : « *bah non, parce qu'en plus chez moi, y'a pas de cancer. Y'a pas. C'est la première fois que j'étais dans... Le cancer quoi. Jamais j'aurais imaginé que j'aurais eu un cancer moi. Ja-mais* » (l. 31-32). Cette allégation, qui nous renvoie fortement à

un déni plus ou moins conscient, nous questionne sur les capacités d'Olivia à faire face et à affronter la réalité à ce moment-là de son histoire.

Cinq ans après, alors qu'elle était surveillée régulièrement médicalement et considérée comme étant en rémission, elle a entrepris les démarches pour réaliser une reconstruction mammaire. Des examens lui ont alors été imposés (elle était là encore convaincue que ce n'était pas nécessaire) et ont montré une rechute. Olivia nous annonce alors : « *là, maintenant, j'ai des métastases* » (l. 11), insistant à plusieurs reprises sur le fait que : « *Il y avait des métastases, là. Qu'en 2005, y'avait pas de métastases* » (l. 52), semblant ainsi tout à fait consciente du caractère de gravité et de facteur de mauvais pronostic de la présence de ces localisations secondaires. Un nouveau protocole de chimiothérapie a alors été mis en place : « *mais j'ai perdu mes cheveux, mais ils ont repoussé, et là, ils me font un traitement pour me stabiliser* » (l. 18-19). Au moment de notre rencontre, Olivia a donc un protocole thérapeutique qui consiste à se rendre en hôpital de jour toutes les deux semaines, afin que lui soit administré son traitement chimiothérapique palliatif : « *Et euh, ils me font des traitements. Pour les os... Pour tout ça... Ça a l'air de... (...) Pour eux, ils disent que je suis en rémission, mais euh, sous contrôle quoi. Je suis pas...* » (l. 69-71). Nous pouvons imaginer ici la fin de sa phrase qui dirait qu'effectivement, elle sait qu'elle ne guérira pas, mais qu'elle a bien compris que le traitement avait pour but de contenir l'évolution de la maladie et de la maintenir le plus longtemps possible en vie. Par ailleurs, Olivia verbalise assez clairement la violence des traitements et leurs effets secondaires : « *Mais c'est dur quand même un cancer. C'est super dur. Moi le pire de tout, c'est l'ablation et la perte des cheveux hein. Je m'en suis jamais remise, hein, d'abord. Perte des sourcils...* » (l. 76-78), ainsi que les conséquences de la maladie : « *Puis même, je me fatigue quand même... Ça dépend des jours. Un jour, je vais être super en forme, puis y'a des jours, je suis plus fatiguée. (...) J'ai plus la même pêche, hein* » (l. 573-574).

Sur le plan des données scientifiques officielles, nous apprenons via le site internet de l'Institut National du Cancer<sup>129</sup> que les principaux éléments étiologiques du cancer du sein sont regroupés en facteurs de risque externes et internes. Les premiers sont liés à l'environnement et aux modes et conditions de vie, les seconds étant dits constitutifs des indi-

---

<sup>129</sup> <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancer-du-sein/les-facteurs-de-risque>

vidus. Les quatre principaux facteurs de risque de cancer du sein sont l'âge, les antécédents personnels et familiaux de cette maladie, ainsi que les prédispositions génétiques. Enfin, l'exposition de l'organisme aux hormones, la consommation d'alcool, de tabac et le surpoids, ont également été identifiés comme facteur de risque.

## B. Réalité subjective (Illness)

### 1. Représentations de la maladie

Il apparaît assez clairement dans le discours d'Olivia qu'elle associe directement la maladie cancéreuse à la mort, notamment de par son vécu : « *J'ai connu trop de gens, là, qui partent tous du cancer, alors ça me fait encore plus peur maintenant* » (l. 137-138) et que cela la terrifie : « *Moi j'ai peur hein quand même. Je me dis tout de suite, c'est la mort quoi, qui fait peur, en elle-même* » (l. 144-145). Par ailleurs, elle a tout autant le sentiment que cette maladie fait peur et terrifie les autres (« *Mais vous savez, je parle avec des autres gens, et ils ont tous peur, hein. Du cancer. Ils ont peur. (...) Ils ont tous peur de... Bah c'est mourir* » - l. 607-610), probablement dans un mouvement en partie projectif, qui lui fait dire que les gens « *se sauvent* » lorsqu'ils apprennent qu'elle est malade. Elle évoque ainsi à demi-mot son sein en moins et ses impossibles relations avec les hommes du fait de cette terreur qu'elle imagine susciter... Elle a le sentiment d'être regardée de manière « *bizarre* » (l. 387) par les personnes qui la savent malade, allant jusqu'à dire : « *on est des bêtes* » (l. 387).

Par ailleurs, elle explique également à quel point évoquer la maladie se révèle douloureux pour elle, de par les réactions des autres (« *Elle me dit ça va, t'es toujours en traitement ? Elle me dit bah, t'as pas peur de mourir ? Question qui tue, quoi.* » - l. 389-390), mais également du fait de ses propres représentations : « *La dame, celle que je connais, elle a dans le foie les métastases. L'autre, la dame, c'est dans la tête. Après, une autre, c'est autre chose. Je me dis... Et tout ça c'est parti d'un cancer du sein, hein. Ça fait quand même peur. (...) Je lui dis j'aime bien, parce qu'on a le cancer du sein, mais après on s'en retrouve partout* » (l. 615-619). En effet, il semble que le mauvais pronostic de sa pathologie cancéreuse ait été parfaitement intégré par Olivia, et que par conséquent, elle ait de grandes difficultés à ne pas associer directement le cancer à la mort : « *Ils disent que ça se soigne bien. Mais quand j'entends ça, moi franchement... (...) Bah, y a quand même une paire de femmes qui meurent, hein*

*quand même* » (l. 630-632), et surtout les métastases, terme qui représente assez nettement pour elle le paroxysme de la gravité de la maladie et de la proximité avec la fin de vie : « *ils ont pas encore trouvé pour tuer les métastases* » (l. 637). En effet, Olivia raconte avoir fait des recherches sur internet qui l'ont démoralisée, au point de s'imaginer mourante dans des délais très brefs, sans qu'aucune place ne soit laissée à la potentielle efficacité des traitements mis en place, chargés de ralentir l'évolution de la pathologie. Malgré tout, elle tente de rationaliser ses angoisses, et notamment par rapport au fait qu'elle vit avec ses métastases justement depuis 2010, alors que « *quand on me parle de métastases... Avant j'avais peur. Je pleurais hein. Parce que je me suis dit je vais mourir... Je vais mourir, je vais mourir. Et depuis 2010 hein. Quand même hein. 2010. (...) Et qu'avant, vous m'auriez dit métastases, je vais mourir direct sur place hein* » (l. 641-646).

Il s'avère qu'Olivia a une connaissance assez réelle sur le plan médical du pronostic de sa maladie, et que, associée à son histoire personnelle et aux décès qu'elle a connus autour d'elle, elle associe directement la maladie cancéreuse à la mort à brève échéance. Les termes associés, tels que la chimiothérapie, les métastases, les différentes localisations, la terrifient, ce qu'elle est à même de verbaliser. Malgré tout, elle se raccroche à la réalité qui lui a donné de vivre encore huit ans après son premier diagnostic et dans des conditions encore très acceptables selon elle (excepté la fatigue), ce qui, nous pouvons imaginer, lui permet de garder l'espoir nécessaire à un non effondrement psychique.

## 2. Théories étiologiques

Olivia évoque spontanément la question du « *pourquoi moi ?* » à propos de l'irruption de la maladie cancéreuse dans sa vie, en la formalisant d'ailleurs telle quelle. Elle dit ne pas avoir cessé de se la poser et se questionner encore, même si selon elle : « *De toute façon, toutes les catastrophes c'est sur moi (...) Tout le temps moi* » (l. 303-304), comme s'il s'agissait d'une sorte de malédiction inévitable. Elle se justifie alors en évoquant des deuils multiples et une histoire de vie traumatique, à savoir le décès de sa mère d'une cirrhose du foie (avec toute les conséquences psychiques de l'alcoolisme maternel sur Olivia, à peine évoquées) alors qu'elle avait elle-même 22 ans, la mort de sa petite fille à l'âge de 15 jours (bébé né un an après son aînée) et celle son frère dans un accident de moto à l'âge de 33 ans.

Elle conclut en nous expliquant l'indifférence de ses deux dernières sœurs (une d'un an son aînée et une de dix ans sa cadette) vivant à proximité de chez elle, car « *Malade ou pas, elles s'en foutent, quoi* » (l. 363).

Elle nous raconte également sa vie amoureuse émaillée de ruptures et d'abandons, et notamment la dépression sévère qu'elle a vécue après la séparation d'avec le père de ses deux garçons, avec qui elle a vécu huit ans. Quittée brutalement par cet homme parti vivre avec une autre femme, elle dit ne plus avoir pu « *assumer* » (l. 509) ses enfants, « *pleurant* » (l. 509) tout le temps. Hospitalisée en clinique psychiatrique durant plusieurs mois, elle dit avoir placé ses trois enfants à la D.D.A.S.S.<sup>130</sup> durant trois ans. Au moment où nous nous rencontrons, elle a récupéré la garde de ses enfants depuis à peine plus d'un an. Par ailleurs, elle a vécu par la suite avec un autre homme durant trois ans nous dit-elle, « *mais ça a pas été* » (l. 83) : elle décrit ici la situation sans pouvoir lui donner de sens. Avant tout cela, elle avait été mariée très jeune avec le père de sa fille aînée : la séparation semble avoir eu lieu en douceur pour elle, restant en excellents termes avec son ex-mari. Cependant, il est mort d'un cancer du poumon il y a deux ans : elle a été présente auprès de lui jusqu'à son décès.

Par ailleurs, Olivia nous annonce que la cancérologue qui l'a prise en charge au début de sa pathologie, au moment de l'annonce du diagnostic, lui aurait affirmé que son cancer venait « *du stress* » (l. 36). Cette volonté probable du médecin d'apporter une réponse au patient en demande (réelle ou projetée par le professionnel) de connaître l'étiologie de sa maladie, nous renvoie à ce que nous dit Ferrand (2014) : « *si on impose l'hypothèse d'une causalité affective ou psychique du dehors (...), on fabrique de toutes pièces une nouvelle situation traumatique ? On réalise un véritable empiètement par forçage représentatif* » (p.417). Alors Olivia évoque ce qui apparaît en écho chez elle, dans un discours flou et désorganisé : « *Ça me travaille, quoi. Mes ongles, j'en ai pas de trop. Je pense beaucoup le soir. Le soir, c'est une hantise. J'ai peur. (...) Faut que je dorme avec la télé. J'ai toujours peur de la... Du... Faut... Il me faut une lumière. Je peux pas dormir sans lumière. (...) Je pense. J'aime pas le soir. Parce que la journée, ça va, je m'occupe, je pense à autre chose, je me dis allez... Et le soir, ben, c'est sur le fait accompli* » (l. 489-496). Elle évoque également son angoisse, se manifestant à travers la présence de « *boules* » (« *j'ai des boules des fois. J'ai des boules* » - l. 487), que

---

<sup>130</sup> Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

nous ne pouvons nous empêcher de mettre en lien avec l'évocation de sa « *boule* » cancéreuse, dans une analogie similaire à celle évoquée par Boris, par démétaphorisation s'accompagnant d'une mise en « *équation symbolique* »<sup>131</sup>.

Concernant la genèse de sa pathologie cancéreuse, Olivia se demande « *pourquoi moi ?* » (l. 298), faisant clairement l'hypothèse que toutes les catastrophes devant lui arriver (en référence à son histoire de vie), celle-ci coulerait de source, similaire à un événement irrémédiable. Il est enfin important de noter que dans le questionnaire de l'IPQ-R de la partie quantitative de cette recherche, les réponses d'Olivia concernant ses représentations quant aux causes de sa maladie sont sensiblement similaires à celles des autres patients de son groupe (dit « palliatif »), avec une légère surreprésentation des items relatifs à l'immunité (avec l'idée d'un système immunitaire affaibli) et aux facteurs de risque (hérédité, vieillissement, tabac et exposition au soleil selon elle), qui curieusement, n'ont aucune place dans son discours...

### 3. Processus défensifs

Le discours peu élaboré d'Olivia, ainsi que ses capacités d'expression pauvres et son organisation psychique précaire, ne nous donnent pas grand-chose à voir de son organisation défensive. Les événements, comme les affects, sont amenés de façon simple et crue, comme si aucun barrage psychique ne filtrait ses dires. L'impression d'avoir un accès direct à sa pensée à travers son discours est assez déstabilisant et nous pouvons alors nous interroger sur ce sentiment de « mise à nu » psychique et affectif, qui par ailleurs ne semble aucunement déstabiliser Olivia...

De même, il s'avère que les réponses au DSQ-40 à propos des dérivés conscients des mécanismes de défense confirment ce sentiment de platitude psychique : les résultats sont quasiment tous dans la moyenne, avec un seul mécanisme de défense qui émerge avec un score très élevé, à savoir le pseudo altruisme, mécanisme pouvant correspondre à la manipulation et

---

<sup>131</sup> Segal, H. (1957). Note sur la formation du symbole. In : Délire et créativité. Paris : Des Femmes, 1987, p. 93-120.

au contrôle de l'autre, à une formation réactionnelle contre l'agressivité ou à la satisfaction d'un masochisme moral. Cet élément étant isolé, il semble important de voir par la suite ce qui va pouvoir émerger lors de la passation des projectifs, et notamment dans l'analyse du T.A.T.

#### 4. Mise en sens

Nous ne pouvons pas à proprement parler évoquer une mise en sens de l'événement-maladie chez Olivia : pour elle, tout se passe comme si sa vie était et devait être une succession d'événements traumatiques, mais dans quelque chose d'un phénomène irrémédiable, qu'elle n'aurait d'autre choix que de subir. Ce qui pourrait nous évoquer une passivité extrême, par ailleurs non dénuée d'affects, questionne sur l'éventualité d'un défaut de subjectivation, l'absence de « je » semblant mettre à distance les angoisses.

#### C. Réalité sociale (Sickness)

Depuis le diagnostic de sa maladie cancéreuse, Olivia ne travaille plus. Anciennement femme de ménage au sein même de l'hôpital où elle est prise en charge, elle avait un contrat précaire qui n'a manifestement pas été reconduit : « *Non, ils m'ont dit de, de... Que c'était fini. Parce que j'avais un cancer. J'avais pas de contrat, j'étais pas embauchée* » (l. 564-565). Elle ne peut maintenant plus reprendre une quelconque activité professionnelle, « *parce que je suis dans un cas, selon la M.D.P.H.<sup>132</sup>, que je peux pas travailler* » (l. 569) (correspondant probablement à un statut d'invalidité), ce qui reste difficile à accepter pour elle : « *Je me dis... Des fois je me dis, j'irais bien travailler, pour avoir une vie sociale. (...) Ça me manque. (..) Je voudrais bien reprendre. Mais je me dis est-ce que... Mais tu pourras pas. Arrête, tu pourras pas* » (l. 588-593). Malgré la conscience qu'a Olivia de ne plus être capable physiquement de travailler, elle peut exprimer clairement le sentiment d'exclusion et d'isolement social que cela représente.

---

<sup>132</sup> Maison Départementale des Personnes Handicapées

Olivia a trois enfants : une fille aînée de 23 ans d'une première union qui a duré 15 ans et deux garçons de 11 et 12 ans, nés d'une relation avec un homme avec qui elle a vécu 8 ans, « *puis c'est pareil, lui, du jour au lendemain il est parti, j'ai jamais su pourquoi (rires)* » (l. 186-187). Sa fille vit tout près de chez elle, chez sa belle-mère, et lui rend visite tous les jours : « *Mais elle, elle a pas de chance, hein. Parce que son père, il est mort il y a deux ans d'un cancer aussi. Du poumon* » (l. 133-134) et « *rien qu'au compte-rendu, j'ai vu. Métastases* » (l. 422). Olivia a d'ailleurs accompagné son ancien compagnon jusqu'à sa mort, ils avaient gardé des liens très forts.

Inquiète pour son fils aîné du fait de problèmes de comportement à l'école et de mauvais résultats scolaires, Olivia l'a emmené au CMP<sup>133</sup> : « *Je leur ai dit, ils savent que je suis malade. Je leur ai dit que c'était une maladie grave. Parce qu'aujourd'hui on est là, demain on n'est plus là. Mais je lui ai dit, vous savez, dès que je parle avec mon fils, il se met à pleurer, il veut rien entendre. Il fait comme s'il pleure* » (l. 222-225). Elle dit craindre de ne pas avoir les bons mots, ce que l'on peut entendre comme une difficulté inévitable d'aborder sa propre mort et son absence future avec ses enfants. De même, elle exprime clairement que selon elle, sa fille ne veut pas entendre la nature de son pronostic : « *elle veut pas croire que je suis gravement malade, hein. Elle veut pas* » (l. 459-460).

Enfin, Olivia nous explique que selon elle, la maladie l'empêche également d'envisager une quelconque vie amoureuse, persuadée que sa situation s'avère trop effrayante pour les hommes qu'elle pourrait être amenée à côtoyer : « *C'est dur, parce que les gens, dès que tu rencontres quelqu'un, tu parles de maladie. (...) Ils veulent pas s'engager avec quelqu'un qui est malade* » (l. 84-87).

Le discours d'Olivia au cours de cet entretien est envahi par des angoisses de mort, corréliées à la présence de ses métastases, terrifiante pour elle (et en lien avec décès du père de sa fille). Elle sait très clairement qu'elle ne guérira pas et que sa maladie va la tuer à plus ou moins court terme, exprimant la massivité des angoisses qui sont associées à cette représentation difficilement élaborable.

---

<sup>133</sup> Centre Médico-psychologique

## II. Analyse clinique du Rorschach

---

### A. Clinique de la passation

#### 1. Dynamique de la passation

Le protocole de Rorschach d'Olivia est pauvre, avec un nombre de réponses (douze) bien en dessous des normes et un temps de passation court (8 minutes et 57 secondes), malgré nos tentatives d'étayage, nécessaires pour qu'Olivia puisse élaborer ses réponses. Son expression est difficile, elle a peu de vocabulaire, ce qui l'oblige parfois à chercher longuement ses mots. Ses réponses sont peu élaborées, malgré des temps de latence très courts, excepté aux planches VII, IX et X.

#### 2. Caractéristiques de la production

Le psychogramme relatif à la passation du Rorschach ne nous montre aucun paramètre situé dans les normes attendues : ces données étant à relativiser du fait du faible nombre de réponses données, elles pointent tout de même un fonctionnement psychique questionnant les capacités tant d'élaboration qu'intellectuelles d'Olivia. Le mode d'appréhension des planches est nettement global, avec un G% (75%) très supérieur à la norme, au détriment d'une approche en détails, le nombre de réponses D étant très bas (D% = 8%), dans une recherche de maîtrise et de contrôle d'Olivia face à l'émergence pulsionnelle potentiellement activée par le matériel.

Par ailleurs, le pourcentage de réponses centrées sur les lacunes intermaculaires (Dbl) est bien au-dessus des normes (Dbl = 17%<sup>134</sup>), élément qui vient pointer chez Olivia une sensibilité au vide, au manque et à la béance, malgré le biais du faible nombre de réponses total dans le calcul des pourcentages.

---

<sup>134</sup> Normes adultes : Dbl% = 3% (Azoulay, C. (2001))

Sur le plan formel, si le F% est quelque peu au-dessus des normes (F% = 75%), signant un fonctionnement défensif plutôt rigide, le F+% se révèle bien en dessous des normes (F+% = 39%), ce qui nous amène à calculer le F+% élargi, à peine plus élevé (F+% élargi = 45%) et venant pointer une adaptation perceptive et un rapport au réel défaillants.

## B. Analyse et interprétation

### 1. Les processus de pensée

#### a. Investissement de la pensée

L'approche essentiellement globale d'Olivia, au détriment d'une approche plus détaillée face aux planches, ainsi que ses réponses brèves et peu élaborées nous donnent à voir un fonctionnement psychique pauvre et rigide, marqué par une tentative échouée de contrôle des affects émergents. De plus, six des neuf réponses globales sont simples, une est vague et la dernière contaminée ou confabulée (DG - réponse qui part d'un détail bien perçu, qui témoigne d'une confusion tout/partie pour aboutir à une généralisation arbitraire), élément qui signe une soumission d'Olivia au matériel, une façon passive mais défendue d'aborder les planches.

Par ailleurs, le pourcentage de réponses centrées sur les lacunes intermaculaires élevé traduit une carence affective (déjà évoquée à travers l'entretien clinique), du fait que : « *la centration sur le Dbl s'inscrit toujours dans le contexte d'une faille, d'un manque se situant certes dans des registres conflictuels différents, mais portant toujours l'accent sur l'incomplétude* »<sup>135</sup>. Ces réponses Dbl, apparaissant à la planche II, renvoyant notamment à la relation à l'image maternelle, viennent confirmer ce manque, qui semble relatif à des carences précoces.

---

<sup>135</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 113.

## b. Rapport au réel

Les significations du nombre élevé de réponses formelles dans le protocole d'Olivia « mettent l'accent sur la rigidité des mécanismes de défense qui les sous-tendent et qui consistent pour l'essentiel à utiliser la réalité extérieure, perceptive, « objective » pour éviter l'expression nourrie par les pressions pulsionnelles et fantasmatiques »<sup>136</sup>. En effet, de même que le type d'approche (globale, au détriment des détails), l'accroche au formel confirme une tentative de mise à l'écart des mouvements pulsionnels générés par les sollicitations latentes des planches et des fantasmes et affects qu'ils engendrent.

Par ailleurs, malgré le calcul du F+% élargi (le F+% étant bien en dessous des normes attendues), il s'avère que le nombre de réponses formelles de bonne qualité reste très faible dans l'ensemble du protocole, pointant un rapport au réel défaillant. Olivia éprouve des difficultés à donner des représentations unifiées (malgré des réponses globalisées) dès la planche IV (« ouvert en deux », « coupé en deux »), avec une désorganisation notable de ses processus de pensée, manifestement due à l'émergence d'angoisses massives en lien avec le contenu latent des planches.

## c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation

Le nombre élevé de réponses animales (A% = 67%) pourrait dans l'absolu traduire certain conformisme social. Néanmoins, il apparaît que ces réponses sont rarement des banalités (nous ne retrouvons d'ailleurs que trois banalités dans tout le protocole d'Olivia), mais plutôt originales, voire angoissantes, et de mauvaise qualité formelle, le contenu n'apparaissant pas comme socialisant : « un genre de mouche » (planche I), « Scorpion (...) Avec des grandes machins là... (...) Que c'est dangereux (...) Ouvert en deux » (planche IV), « un chat (...) Il serait coupé en deux » (planche VI), « un écrevisse (...) coupée en deux » (planche VII). Ce A% élevé nous évoque ainsi plutôt la « carapace sociale érigée comme défense majeure, mise en place, en particulier, pour éviter le contact authentique, la relation vraie », dont parle

---

<sup>136</sup> Ibid., p. 124.

Chabert<sup>137</sup>. Cette dernière évoque également, relativement à ce taux de type de réponses animales élevé, une organisation en faux self, qui nous semble une hypothèse de fonctionnement pour Olivia en corrélation avec les autres éléments précédemment évoqués (et notamment l'attraction par le vide, Winnicott (1989)).

Ainsi, le taux de représentations humaines bas dans le protocole d'Olivia (H% = 8%) traduit un défaut de représentation de son identité objective, en lien avec un très probable défaut d'identification primaire, corrélié à de très probables difficultés dans ses relations précoces (et notamment dans la relation précoce mère-enfant).

Enfin, le caractère anxiogène de la passation et l'impact de certaines planches (II, V, VII et IX, dont les sollicitations latentes tournent essentiellement autour des représentations de l'imaginaire maternelle) sur la tentative d'Olivia de contenir les mouvements pulsionnels émergents et sur le caractère adaptatif de ses processus défensifs sont flagrants.

## 2. La dynamique affective : le traitement des conflits

### a. L'axe narcissique

#### i. Représentation de soi : identité

L'approche massivement globale des planches (G% très au-dessus des normes) rend compte chez Olivia d'une tentative de maîtrise et de contrôle de l'émergence d'affects relatifs aux contenus latents du matériel, par ailleurs mise en échec par un fonctionnement psychique trop fragilisé. Le faible nombre de réponses, par ailleurs brèves et peu élaborées, renvoie à l'absence défensive d'une quelconque exploration dynamique des processus de pensée, confirmée par une approche en détails abrégée (D% = 8%).

---

<sup>137</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p.194.

Le taux de réponses formelles, supérieur à la norme, signe une capacité suffisante à circonscrire les représentations psychiques dans une enveloppe, probablement de mauvaise qualité (F+% très en dessous des normes). En effet, ce paramètre témoigne d'enveloppes psychiques défaillantes, sous-tendues par selon nous chez Olivia par des carences affectives précoces et un défaut d'identification primaire.

Les réponses aux planches compactes et unitaires, renvoyant à de potentielles failles narcissiques et identitaires, sont quasiment toutes de mauvaise qualité formelle, ou du moins provoquent un choc chez Olivia. Ainsi, le premier contact avec le matériel à la planche I, semble peu rassurant (« *un genre de mouche* »), la réponse étant très brève et peu élaborée, dans le but semble-t-il de passer rapidement à la suivante. La planche IV entraîne une désorganisation des processus de pensée, avec une réponse angoissante (« *scorpion* ») qui ne peut être unifiée : « *ouvert en deux* », et qui génère des rires chez Olivia qui nous évoquent une défense de type maniaque, ayant pour but de mettre à distance les affects liés à la crudité de la représentation. La banalité de la « *chauve-souris* » à la planche V (planche de la représentation de soi), qui pourrait nous rassurer sur une identité préservée et un certain ancrage dans la réalité, ne parvient à être formulée qu'après beaucoup d'hésitations, à travers un discours flou et désorganisé. Enfin, la planche VI provoque une persévération de l'éclatement de la représentation (« *coupée en deux* ») avec une remise en cause narcissique (« *je suis compliquée aussi* ») et la planche IX un choc qui aboutit à un isolement des représentations et un évitement de tout affect relatif à celles-ci.

## ii. Représentation de soi : identification

L'hypothèse de l'existence de failles identitaires chez Olivia est corroborée par la présence d'une seule réponse humaine dans tout le protocole et de l'absence de quelconques kinesthésies (K) ou mises en relations des représentations projetées sur les planches. La réaction provoquée par la planche V et précédemment évoquée, nous indique que l'émergence de la banalité apparaît comme une réponse plaquée, qu'Olivia est ravie de réussir à formuler (grâce à un étayage important) comme si elle répondait correctement à la consigne.

## b. L'axe objectal

### i. Représentation des relations

Aux planches II, III et VII, sollicitant des représentations de relations, Olivia n'en élabore aucunes. La seule réponse humaine du protocole renvoie à un homme et une femme de chaque côté de la planche III, sans relations entre eux. Par ailleurs, la planche relative à la question de l'imgo maternelle (planche VII), provoque chez Olivia un choc suivi d'une réponse pauvre et morcelée (« *une écrevisse (...) coupée en deux* »), traduisant une représentation angoissante. Enfin, la planche II, à thématique sexuelle maternelle (problématique œdipienne), suscite deux réponses centrées sur les lacunes intermaculaires (Dbl) traduisible par des carences affectives précoces.

Face à la planche IX, relative aux processus régressifs, planche maternelle précoce qui traduit les plaisirs/déplaisirs liés aux contacts initiaux avec l'environnement relationnel, Olivia reste sidérée quinze secondes (de loin le plus long temps de latence de toute la passation) pour hésiter ensuite longuement entre une représentation humaine ou animale. Finalement, elle opte pour deux représentations animales isolées (G vague), persévérant nettement par rapport à la représentation de la planche précédente, semblant incapable d'élaborer une nouvelle réponse, comme paralysée psychiquement par la sollicitation latente du matériel.

### ii. Traitement des affects

L'absence de réponses sensorielles (réponses couleur et estompage) dans le protocole d'Olivia, ainsi que le RC% inférieur aux normes (RC% = 25%), pointent un retrait dans le rationnel et une difficulté et/ou un refus à se laisser toucher par la couleur, une mise à distance de la sensibilité relative aux qualités chromatiques du matériel, dans une tentative de contrôle des mouvements affectifs consécutifs aux sollicitations latente des planches.

Le Type de Résonance Intime (TRI) est coartatif (OK/0.5C), à savoir qu'aucune des composantes (kinesthésie ou couleur) ne prend une expression suffisante : la pauvreté du

fonctionnement psychique est objectivable, cet élément signant une rétractation des investissements psychiques. Quant à la Formule Complémentaire (FC : 2k/0E), elle confirme le fonctionnement intratensif d'Olivia, à savoir une tentative de contrôle des affects face aux angoisses et fantasmatisques suscitées par le matériel.

### C. Évaluation de l'organisation défensive

De manière générale, le protocole d'Olivia est pauvre et inhibé : elle tente à tout prix de s'appuyer sur le percept afin d'éviter l'émergence du pulsionnel relatif au contenu latent des planches, se trouvant à plusieurs reprises sidérée par le matériel et ce qu'il évoque pour elle. Son organisation psychique semble précaire, de même que ses capacités cognitives et élaboratives, probablement en lien avec les carences précoces mise en lumière par l'analyse du Rorschach et corroborées par les données de l'entretien clinique.

La sensibilité aux dimensions dépressives des planches ainsi que la problématique narcissique identifiée dans l'analyse du Rorschach, la mauvaise qualité des enveloppes psychiques et la présence effective de carences précoces et de défauts d'identifications primaires, tend à nous emmener vers une hypothèse de structure limite décompensée sur un mode psychotique chez Olivia. L'analyse du T.A.T. peut nous permettre de confirmer et d'analyser plus finement cette hypothèse d'organisation psychique.

### III. Analyse clinique du T.A.T.

---

La synthèse du protocole de T.A.T. d'Olivia (cf. Tome II) montre une prédominance de procédés de type C, à savoir d'évitement du conflit, essentiellement par inhibition (près de 70% des réponses C appartiennent à la catégorie CI - inhibition). Les procédés de type obsessionnel (catégorie A - rigidité) sont également surreprésentés, au détriment des procédés de type B (labilité) et E (émergence de processus primaires, notamment à travers une altération du discours), ces derniers étant tout de même très présents (près de 20% des procédés cotés). De manière générale, son discours est pauvre, très peu élaboré, l'inhibition majeure semblant avoir pour objectif de masquer l'aspect dépressif et narcissique de son fonctionnement psychique.

Les réponses aux quinze planches du protocole de T.A.T. d'Olivia tiennent majoritairement en deux ou trois lignes au plus, avec un systématique évitement du conflit latent sollicité par le matériel, semblant malgré tout repéré dans la plupart des cas, mais rapidement mis à distance. Par ailleurs, elle semble très fragile psychiquement, nous donnant le sentiment de pouvoir se désorganiser à tout moment, comme l'émergence de processus primaire repérée à la quasi-intégralité des planches semble en attester.

Nous pouvons néanmoins noter que la planche 13MF, renvoyant à une fantasmatique mortifère à travers la question de la perte violente et de la destruction, altère tout particulièrement le fonctionnement psychique d'Olivia, qui se désorganise sous la forme de processus primaires, visible notamment dès la planche suivante (Planche 19), avec l'émergence d'un mauvais objet persécuteur. Enfin, à la planche 16, où elle reste désorganisée sur le plan psychique, les processus primaires flambent (« *Une page blanche vide (...) elle est vide la page. Vide en soi. Vide. On fait le vide. On s'remet en question. Plein de choses... (...) Travailler dessus, aussi. C'est pour ça que c'est difficile, aussi. De se remettre en question. C'est admettre ses erreurs aussi, hein. C'est vrai, hein. Se dire que bon, voilà, des fois j'aurais pas dû faire ça, faire autre chose... Peut-être que ça aurait été mieux, peut-être ceci et p'têtre... Hmm* »), pointant également une structuration défailante de ses objets internes et externes.

Il est difficile de tirer des conclusions quant au fonctionnement psychique d'Olivia tant son discours est appauvri : hormis de brèves et superficielles descriptions des planches, elle évite systématiquement tout conflit psychique par une inhibition massive et des procédés de type obsessionnel. Cependant, la pauvreté de ses verbalisations nous laisse également entendre un fonctionnement psychique abrasé probablement résultant d'un environnement précoce précaire (alcoolisme et dépression maternels), n'ayant pas permis un étayage suffisant à la construction psychique et intellectuelle des capacités d'Olivia.

Les défenses phobo-obsessionnelles massivement employées nous semblent ainsi révéler une tentative pour masquer les difficultés ressenties face à un matériel qu'elle a du mal à appréhender psychiquement et intellectuellement. En revanche, ses tentatives d'investissement narcissique, ainsi que la dimension dépressive repérable dans son discours et la tendance à se déstabiliser du côté de processus primaires, notamment à travers une altération notable de son discours, nous donnent à penser que l'on pourrait faire l'hypothèse d'un fonctionnement limite, caractéristique de ses défauts d'élaboration psychique, de son vide interne, de son besoin de relations étayantes (amoureuses et relationnelles).

## IV. Synthèse

---

L'analyse du discours d'Olivia et ce qu'elle nous donne à voir à travers la passation des tests projectifs nous amène à l'hypothèse qu'elle se serait construite dans un environnement très précaire, dont elle parle peu, même si elle évoque brièvement une mère alcoolique décédée d'une cirrhose. Il nous semble que son fonctionnement atteste d'un défaut de holding psychique, au sens Winnicottien du terme, Olivia ayant évolué dans un environnement où elle n'aurait pas été suffisamment investie, n'ayant par ailleurs pas pu développer une organisation psychique solide, du fait d'objets internes peu rassurants. Ses capacités d'élaboration sont limitées, elle a énormément besoin d'étayage, ne serait-ce que pour parvenir à s'exprimer.

Les carences narcissiques massives observées chez Olivia, ses capacités à penser abrasées, son discours pauvre et flou et sa capacité de percevoir (aux projectifs), mais sans pouvoir mettre de sens (elle perçoit sans pouvoir élaborer autour de ses perceptions), nous renvoient à ce qu'écrit R. Roussillon dans son hommage à A. Green en 2012 : « *En 1973, Green fait donc œuvre de pionnier. Il propose d'infléchir l'écoute de la psychose du côté des difficultés du patient à penser, de ses processus de pensée, des contenants de la pensée. Une telle inflexion ouvre à une réévaluation de la place de la sensori-motricité dans la psychose et les états limites, elle inaugure une réflexion sur le travail de catégorisation nécessaire à la vie psychique et sur les conditions de son échec et des effets de confusion psychique qui en résulte. Dans le prolongement de ces premières réflexions, Green souligne, là encore dans un dialogue avec Bion, les processus d'excorporation – qu'il distingue alors des processus de projection plus classiquement évoqués – que le sujet en état psychotique met en œuvre pour se préserver d'angoisses extrêmes, d'angoisses d'annihilation, d'angoisses « blanches » et des souffrances psychiques qui leur sont liées. Dans ces cas-là, la psyché fonctionne avec un modèle « moteur », comme un muscle qui évacuerait des contenus psychiques devenus impensables, qui mettrait non seulement hors du Moi mais hors du corps ces contenus » (p. 12-13). L'hypothèse d'une « psychose blanche » (fonctionnement limite décompensé) chez Olivia nous questionne, du fait d'un sentiment de vide psychotique, renvoyant à un vide protecteur dans le sens où penser serait dangereux, les représentations pouvant être beaucoup trop angoissantes et débordantes.*

Bien entendu, nous pensons chez Olivia au complexe de la mère morte de Green (1983), en lien avec une imago maternelle non contenant, une problématique des limites manifeste, ainsi que des difficultés dans le lien à l'autre, un vide et une solitudes centraux. Les conséquences de cette présence morte de la mère se retrouvent dans la perte de vitalité des échanges, la fragilisation du socle narcissique (retrouvée chez Olivia dans l'analyse des projectifs), la perte de confiance en l'autre et une fragilisation extrême de la croyance dans le lien, y compris amoureux. Le narcissisme de ces sujets est attaqué (en résulte souvent un Idéal du moi démesuré), rendant complexe voir impossible tout investissement affectif. Les défenses en lien avec cela vont chez Olivia dans le sens d'une désobjectivation (le « je » disparaît pour laisser place au « on », ou carrément à l'absence de sujet) : le vide envahit, s'il n'y a plus de « je », l'angoisse disparaît, car si je ne suis pas là, je ne ressens pas. De plus, l'inhibition massive du fonctionnement psychique empêche de penser.

Face à ce fonctionnement renvoyant à une mort psychique, nous avons tenté de prêter notre appareil psychique à Olivia, voire de nous substituer au sien, les tentatives massives d'étayages semblant vaines (elle ne peut même pas s' « appuyer sur... »), dans une tentative de réanimation psychique. En effet, compte tenu des difficultés d'élaboration et de mise en mots à propos de son histoire de vie, elle semble être en quête d'une sorte d'appareil à penser externe, tel le Moi auxiliaire décrit par Bion en 1967, venant compenser les défaillances de ses propres processus de pensée. Par la mise à disposition de notre appareil psychique, nous prenons le parti de tenter de la soutenir dans un travail d'intégration et de symbolisation, de mise en sens de son vécu traumatique (Fourques, 2013). Cette fonction de holding psychique du psychologue, au sens winnicottien du terme (1958), vise à pallier les carences précoces de la fonction maternelle chez Olivia, dans le but de lui permettre une tentative de mentalisation, à savoir l'intégration des perceptions physiques au niveau psychique, afin d'étoffer ses représentations et d'investir son monde interne (Verdu & al., 2009). Malheureusement, il semble que ses capacités psychiques soient trop abrasées pour permettre une quelconque élaboration, probablement trop dangereuse par le risque d'effondrement qu'elle pourrait entraîner.

Enfin, les protocoles de projectifs, Rorschach et T.A.T., renvoient à l'effraction traumatique, à un évitement du lien et à une pauvreté des représentations liée aux carences affectives d'Olivia. La désymbolisation (absence de « je »), les éléments sensitifs et l'absence de toute

problématique sexualisée confirment l'abrasement de la pensée et le « *désinvestissement massif et radical de l'objet, qui laisse dans la psyché des « trous », asséchant les capacités d'investissement libidinal* » (Louët, 2017, p. 115), en lien avec ce que nomme Green (1980) l'« angoisse blanche » qui se rattache à un « deuil blanc », conséquence de la perte narcissique.

Notre hypothèse de recherche qui ferait de l'annonce de la maladie à potentiel létal un traumatisme psychique vient ici entrer en résonance avec l'histoire de vie d'Olivia. En effet, elle fait elle-même le lien entre la malédiction qui semble être tombée sur elle dès sa naissance et l'annonce de sa pathologie cancéreuse, ainsi que son évolution. La sidération psychique consécutive au processus traumatique nous semblent à l'œuvre chez Olivia depuis toujours : la maladie et l'annonce de la présence de métastases, directement reliées à la mort dans ses représentations, nous semble à envisager chez elle comme une continuité de son fonctionnement. Les angoisses de mort envahissent son discours, mais elle parvient à les mettre à distance grâce à des procédés de type phobo-obsessionnel, comme elle a toujours tenté de mettre à distance les affects violents relatifs aux événements traumatiques qui ont émaillé son histoire de vie.

## • ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE SABRINA, 65 ANS

« *Je ne pense JAMAIS à mon cancer* »

### I. Analyse clinique de l'entretien

---

Sabrina a accepté d'emblée et avec beaucoup d'entrain de nous rencontrer lorsqu'elle a été contactée pour la seconde phase de cette recherche, lui ayant été initialement présentée par son oncologue. Elle est apprêtée, se présentant comme une femme mondaine, qui vient donner de son temps pour une cause importante (la recherche). Logorrhéique et extravertie, Sabrina aura énormément de difficulté à nous laisser marquer la fin de l'entretien, qui durera pourtant près de deux heures. Son discours est difficile à suivre : elle ne finit pas toujours ses phrases et des associations courtes, ainsi que de multiples craquées verbales, rendent parfois son propos incompréhensible, que nous ressentons contre-transférentiellement comme envahissant. De la même façon, il occupe tout l'espace psychique de son interlocuteur : il nous a été difficile de penser face à Sabrina, de même que l'analyse de son protocole s'est révélée extrêmement fastidieuse.

Dès le début de notre rencontre, Sabrina montre une attitude défensive caractéristique de son malaise dans la situation d'entretien, qui se matérialise par une provocation immédiate lorsque nous lui proposons de se raconter, sur le ton d'un humour que nous ressentons d'emblée comme une agression : « *de Mathusalem jusqu'à mercredi en huit ?* » (l. 10). De même, son discours parfois familier, contraste fortement avec l'image de femme brillante et élégante qu'elle semble vouloir donner, probablement dans une attitude de provocation qui pourrait signifier sa volonté de dominer la situation. Par ailleurs, elle se défend durant tout l'entretien de représentations angoissantes par une logorrhée nous donnant le sentiment d'être submergée par des informations lancées dans tous les sens, perdant parfois de leur cohérence. Le discours de Sabrina se révèle peu élaboré, envahi d'angoisses qui entravent ses capacités à penser, comme dans une tentative vaine de remplir un vide symbolique, qui pourrait selon nous signifier une lutte contre la dépression.

## A. Réalité médicale (Disease)

D'entrée de jeu, Sabrina nous annonce que l'histoire de sa maladie « *est un peu complexe* » (l. 14). En effet, cela « *fait huit ans qu'on combat (...) le même cancer* » (l. 14-15), l'usage du pronom personnel « *on* », qu'elle utilise fréquemment tout au long de l'entretien, semblant être un moyen de se tenir à distance d'événements qu'elle préfère tenir à distance. Le diagnostic de cancer du sein a ainsi été posé huit ans auparavant, suivi d'une tumorectomie<sup>138</sup>, d'un protocole de chimiothérapie et d'un traitement par radiothérapie. Lors d'un contrôle systématique l'année suivante, « *on* » retrouve un nodule qui se révèle cancéreux : la mastectomie qui suit est associée à une reconstruction mammaire immédiate, selon Sabrina parce qu'elle ne voulait pas « *rester sans sein* » (l. 26), et est sensée lui garantir l'absence de rechute (du fait qu'elle n'a plus de sein). Par ailleurs, elle subit également et à nouveau une série de séances de radiothérapie, qui n'empêcheront pas la maladie de récidiver à nouveau deux ans plus tard.

Après une série d'interventions chirurgicales, lignes de chimiothérapie, protocoles de radiothérapie et d'hormonothérapie, Sabrina termine actuellement une énième ligne de chimiothérapie (la dernière cure ayant eu lieu trois semaines auparavant au sein de l'hôpital de jour de l'établissement hospitalier où nous nous rencontrons), après selon elle quatre récurrences locales consécutives au diagnostic initial et des traitements palliatifs ininterrompus depuis deux ans dans une tentative de contenir l'évolution de sa pathologie. Tous ces éléments, à savoir les multiples rechutes après une ablation totale du sein et différents traitements agressifs, constituent selon elle la preuve de ce qui semble être chez elle une revendication constante et qu'elle évoque à travers la retranscription du discours de ses médecins référents : « *elle n'est pas comme tout le monde* » (l. 101-102), et même pour l'un d'entre eux : « *j'ai jamais vu ça, ça fait trente ans, et j'ai jamais vu, jamais vu un cas comme vous. Avec tout ce qu'on vous a fait, y'a rien qui ne fonctionne* » (l. 149-151), ou bien encore : « *je ne sais plus quoi faire, parce que vous êtes un cas, personne n'est arrivé à ce que ça récidive aussi souvent, tout ce qu'on fait sur vous, ça ne fonctionne pas* » (l. 103-105), et enfin « *on m'a dit : « vous êtes la seule en France » »* (l. 324). Ce besoin de se sentir à part transparait tout au long de

---

<sup>138</sup> Chirurgie conservatrice qui permet d'enlever une tumeur de petite taille et de conserver le sein, contrairement à la mastectomie, lorsque le sein est retiré avec la tumeur.

son discours, et notamment quand elle explique l'histoire de sa pathologie : « *la radiothérapie [...] n'a pas joué sur moi...* » (l. 60-61), « *mes contrôles CA15 [...] n'[ont] jamais joué sur moi* » (l. 61-62), « *les marqueurs ne fonctionnent pas sur moi* » (l. 65), « *aucune hormonothérapie n'a fonctionné sur moi* » (l. 65-66). Il semble finalement difficile de faire la part des choses entre la jouissance que semble tirer Sabrina de sa caractéristique de patiente « extraordinaire », au sens où elle serait vraiment différente des autres, comme si cela lui conférait une certaine reconnaissance et une jubilation narcissique, et la détresse perceptible en arrière-fond d'une maladie évoluant malgré tous les moyens mis en œuvre pour juguler son évolution.

De même, la relation de Sabrina au monde médical, fréquemment évoquée comme un ensemble anonyme (à travers l'utilisation intempestive du pronom personnel « on »), revêt une ambivalence qui se traduit par sa façon de déplorer constamment le manque de compétences du corps médical dans sa globalité, mais semblant par ailleurs tirer un bénéfice narcissique et très hystérique manifeste du fait d'être en possession d'un savoir supérieur à celui des médecins (« *je connais mon dossier par cœur* » - l. 119-120, « *à la Salpêtrière, ils m'ont dit : « vous étiez en médecine avant ? »* » - l. 118, « *c'est moi qui suis au courant une fois de plus...* » - l. 191), tout en insistant sur le fait qu'elle n'est suivie que par les professionnels les plus illustres et compétents (« *J'appelle mon chirurgien, qui est franchement le numéro un en France, c'est certain* » - l. 35-36, « *je suis avec les plus grands* » - l. 195-196, « *votre chirurgien, qui est connu dans le monde entier* » - l. 109-110, « *il a toute une grosse structure* » - l. 45, « *je suis soignée avec toutes les équipes les meilleures* » - l. 198, « *[il] est vraiment, est sûrement même, le meilleur chirurgien* » - l. 131, « *un médecin de cette grandeur-là, de cette hauteur-là* » - l. 131-132), avec lesquels elle estime être dans une relation de proximité particulière (« *j'ai son numéro de téléphone perso* » - l. 38, « *j'ai la chance d'être bien estimée...* » - l. 107, « *même la radiothérapeute [...] elle me dit toujours : « vous savez que je suis à votre disposition »* » - l. 107-109, « *tout le monde a cette gentillesse d'être complètement disponible pour moi* » - l. 256-257, « *je reçois plein de petits mots d'amour, de la part de mes médecins* » - l. 339-340).

Un des enjeux important pour Sabrina dans sa relation avec les médecins qui la prennent en charge semble être lié à la question de posséder le savoir, à la manière d'un attribut phallique : cette quête de toute puissance et de contrôle se retrouve par ailleurs dans les autres sphères de sa vie, professionnelle et familiale. Pour rappel, et comme nous l'avons vu pour

Olivia, l'étiologie du cancer du sein est plurifactorielle, ou plutôt elle repose sur des facteurs de risque qui accroissent uniquement la probabilité de développer la maladie, sans garantir son développement de manière certaine. Il est retenu de manière générale que le plus grand facteur de risque pour cette localisation tumorale est l'avancée en âge<sup>139</sup>.

## B. Réalité subjective (Illness)

### 1. Représentations de la maladie

Pour Sabrina, qui se présente comme une personne « qui sort de l'ordinaire », avec une tendance mégalomane marquée (« *j'étais le directeur commercial du monde entier* » - l. 377-378, « *et moi j'avais décidé que je serai la meilleure. Et j'ai toujours été la meilleure. Tout le temps. J'ai toujours eu les meilleurs résultats, tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps. Personne n'a pu refaire ce que j'ai fait* » - l. 385-388), la maladie cancéreuse semble avoir fait une apparition soudaine et inopportune dans sa vie : « *Et puis du jour au lendemain, j'ai eu le cancer* » (l. 388-389). Alors qu'elle contrôlait parfaitement tous les éléments de sa vie, privée et professionnelle, elle s'est d'un coup trouvée comme « écrasée », dans l'obligation de subir, impuissante : « *Il y a eu une seconde où je me suis dit bah depuis quand lui il me donne des ordres ? Des dates ? D'habitude c'est moi qui... Et puis après je me suis dit, non, écrase-toi parce que... Ta vie elle a... Elle a basculé. C'est plus toi qui propose une date. On te dit c'est comme ça et tu viendras comme ça* » (l. 563-566).

Nous n'avons finalement pas accès aux représentations de la maladie cancéreuse chez Sabrina : elle n'évoque son histoire qu'en pointant systématiquement le caractère exceptionnel de chaque élément de son vécu, rien n'étant commun chez elle à de quelconques autres prise en charge, insistant sur le fait que ses médecins sont les plus illustres en France et dans le monde, que les structures où elle est soignée sont les plus importantes, les équipes les plus performantes, que les marqueurs ou examens classiques dans son type de pathologie ne se

---

<sup>139</sup> Ce que corrobore l'organisation de dépistage généralisé à l'ensemble du pays depuis 2004 pour les femmes à partir de 50 ans.

révèlent pas efficaces chez elle, les traitements habituels pas concluants, que son dossier est spécifique, en bref, qu'elle n'est pas comme tout le monde.

## 2. Théories étiologiques

Alors que Sabrina nous noie sous un flot de paroles pas toujours facile à organiser et sur lequel mettre du sens, elle n'évoque qu'à demi-mot, et parce que nous l'interrogeons directement, l'étiologie supposée de sa maladie : « *Mais, quand je me dis que si mon cerveau... Si mon corps, pardon, a pu me donner cette maladie, parce que je pense que ma maladie, je l'ai provoquée par mon cerveau. C'est peut-être l'environnement. Mais mon cas, je suis pas sûre* » (l. 362-365). Cependant, son discours reste flou et elle bifurque aussitôt à nouveau sur des éléments narcissiques quand nous cherchons à lui faire développer l'idée que sa maladie aurait pu être « provoquée » par son cerveau : « *C'est-à-dire que je... J'ai que mon certificat d'études. (...) Et... Et je suis arrivée à être à la direction générale de chez E., avec tous les magasins E. pour le monde entier* » (l. 367-370). Il semble que pour Sabrina, évoquer ce qu'elle semble associer à une responsabilité personnelle dans l'apparition de sa maladie l'oblige à se défendre narcissiquement de cette idée qui semble violemment s'imposer à elle : « *Je pense que mon cancer, je l'ai développé quand même là. Je veux être la meilleure, je veux être la meilleure, je veux être la meilleure* » (l. 531-532).

D'autant que Sabrina nous explique qu'elle a toujours eu une hygiène de vie exemplaire, qui n'aurait pas dû l'exposer à ce type de pathologie : « *J'ai jamais bu de vin. J'ai jamais bu d'alcool. J'ai jamais fait la foire. Vous me mettez un paquet de drogue devant, là, je ne sais même pas à quoi ça ressemble, j'en ai jamais vu de ma vie. J'ai jamais vu de cannabis, enfin je veux dire... Il y a... Evidemment, je mange sainement, j'adore les fruits, j'adore les légumes... Moins la viande, mais enfin j'en mange quand même. Je mange beaucoup de poisson. Euh, le poisson, il est pêché tel jour, le lendemain je suis à Rungis, j'ai des amis qui sont mandataires, et là je suis revenue avec quarante-huit truites, deux saumons, des trucs et des machins... Donc ça n'a pas traîné sur les étals, enfin... Non, franchement, je suis comme tout le monde sans doute sensible à l'environnement, à ce qu'on mange, mais moi, dans ma tête, je pense que c'est plutôt moi qui me le suis fabriqué. Alors mon cerveau, je me dis que s'il est capable de me fabriquer un cancer, il doit être capable de me le guérir* » (l. 671-681). Si Sa-

brina est responsable de l'apparition de sa maladie, elle reprend le contrôle en se rassurant sur sa capacité à le faire disparaître, nous évoquant la pensée magique toute puissante et narcissique du petit enfant.

### 3. Processus défensifs

L'analyse du DSQ-40 chez Sabrina nous montre un score de style « Mature » bien supérieur aux patients de son sous-groupe dit « palliatif », avec une prédominance des mécanismes de défense de cette catégorie que sont l'humour, l'anticipation et la répression. Son score au style « Névrotique » est en dessous de celui de son groupe, celui du style « Immature » est identique, avec une prédominance majeure de la rationalisation et du déni comme défenses-type.

Ces données quantitatives corroborent notre sentiment clinique autour des moyens psychiques défensifs de Sabrina de l'ordre du contrôle et de la rationalisation, souvent teintés d'un humour plutôt noir et provocateur. L'obsessionnalité et la question du contrôle sont omniprésents chez Sabrina : elle connaît l'intégralité de son dossier médical par cœur, et ce dans les moindres détails (jusqu'à l'activité d'un de ses nodules qui est « à 27% »), avec la certitude qu'elle reste maîtresse de chaque élément de sa vie, persuadée d'avoir le contrôle sur sa maladie (« *mais je me dis que si je suis en vie, c'est quand même grâce à moi ou au moins pour 50% si c'est pas plus* » - l. 331-332) et de ne rencontrer aucune limite : « *j'ai beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup de forces. Et moi, de toute façon, le nez dans la merde, je trouve que ça sent la rose. J'ai toujours été excessivement positive* » (l. 698-700).

Par ailleurs, elle ne nie pas être dans l'absolue nécessité de contrôler chaque élément de sa vie, y compris privée : « *Moi j'ai besoin, euh... J'ai besoin de dominer. Alors toujours avec le sourire ou en racontant des conneries, parce que des conneries... J'aime l'humour. J'essaie de le pratiquer un maximum. Donc, on se marre bien ensemble, ça va bien. Mais... J'impose pas. Mais j'influence évidemment énormément. Et j'ai tout en main* » (l. 540-543).

#### 4. Mise en sens

Nous ne pouvons dans le cas de Sabrina en aucun cas parler de mise en sens de l'événement-maladie : les éléments étiologiques qu'elle évoque semblent plaqués et très vite évincés, à aucun moment elle ne parle d'affects relatifs à son vécu, comme si elle décrivait sa réalité de manière pragmatique, son discours narcissique et mégalomane semblant prendre la place d'une réalité affective totalement refoulée. Le contrôle absolu apparaît pour elle une alternative à un envahissement psychique par des représentations trop dépressives.

##### C. Réalité sociale (Sickness)

Sabrina accorde une grande part de son discours à son ancienne activité professionnelle, qu'elle a dû quitter suite à l'évolution de sa maladie. Elle occupait un poste décrit comme très important : « *j'étais le directeur commercial du monde entier* » (l. 377-378), pour lequel elle se disait extrêmement compétente (« *Et j'ai toujours été la meilleure. Tout le temps. J'ai toujours eu les meilleurs résultats, tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps. Personne n'a pu refaire ce que j'ai fait* » - l. 386-388). Il est à noter que cette description narcissique et mégalomane de son activité professionnelle est de plus masculine : elle se dit ancien directeur et non ancienne directrice... Il semble que la question de la toute-puissance phallique soit au centre de ses préoccupations : c'est elle qui commande et contrôle. De ce fait, et même si elle semble en faire un élément narcissique supplémentaire (« *Et là mon patron m'a dit, euh, le propriétaire de chez E., Mr M., m'a dit : « écoutez Sabrina, vous nous avez fait gagner tellement d'argent, est-ce que vous voulez continuer malgré la maladie, ou est-ce que vous voulez vous arrêter, il vous manquera pas un centime, entre maintenant et la retraite* ». *J'ai dit je vais prendre cette version-là. Parce que j'étais quand même fatiguée. Vous courrez le monde entier, vous êtes...* » - l. 391-395), il semble envisageable que le fait que la maladie l'ait obligée à interrompre son activité professionnelle ait été un événement violent psychologiquement, de par l'atteinte narcissique qu'il a pu représenter.

Par ailleurs, nous apprenons après plus d'une heure d'entretien, à la faveur de l'emploi d'un « *on* » inopiné (« *On est tombé amoureux d'une maison à Milly-la-Forêt. Et on y est allé* » - l. 403-404), que Sabrina est mariée. Nous pouvons ici faire l'hypothèse que le senti-

ment de toute-puissance de Sabrina ne lui permet pas de donner une réelle place à son mari, à moins qu'il ne s'agisse d'un sentiment de honte, comme si elle voulait le cacher, en l'évoquant à demi-mot seulement... De même, elle évoquera à peine sa sœur qui semble n'avoir aucune existence dans sa vie, de même que ses parents, décrits comme défaillants (« *Parce que, elle s'était enrichie, et elle avait compris bien des choses. Mais je suis née avec une maman qui n'avait pas de psychologie et un papa qui subissait la loi de maman, quoi* » - l. 577-578). Quand elle évoque l'annonce de son cancer à sa mère, huit ans auparavant, son discours se déstructure au point de ne plus être compréhensible, comme si les éléments associés à un vécu affectif fort n'étaient pas dicibles.

## II. Analyse clinique du Rorschach

---

### A. Clinique de la passation

#### 1. Dynamique de la passation

Le test du Rorschach semble d'emblée mettre Sabrina en difficulté : il s'avère difficile d'interrompre son flot de paroles généré par la situation d'entretien, et lorsque nous posons la nécessité temporelle de passer aux « tests », elle montre une grande résistance, tentant de diverger : « *Entre parenthèses, à quoi... Vous avez noté quelque chose de précis sur moi ? Il y a quelque chose qui se dégage ? Vous avez envie de dire, oui, elle est plutôt...* » (l. 779-780), pointant la crainte évidente du jugement que nous pourrions porter sur elle, avec notre regard de professionnelle et une tentative d'évitement de ce qu'elle vit comme une épreuve qu'elle préférerait éviter. Elle montre ainsi également sa crainte de se soumettre à ce qu'elle peut se représenter comme une épreuve de niveau, ce qui corrobore sa grande préoccupation pour son niveau intellectuel et ses capacités cognitives, retardant au maximum le début de la passation, peut-être aussi dans un souci de contrôle de la situation.

La passation du Rorschach est très rapide (8 minutes et 9 secondes), avec un nombre important de réponses (32 au total, soit plus que la norme haute de la moyenne) et des temps de latence très brefs (compris entre une et quatre secondes au maximum), Sabrina semblant littéralement se débarrasser du test en en expédiant la passation, malgré un discours toujours aussi logorrhéique, mais inhibé face au matériel (« *...ça évoque pas plus de choses que ça* », « *c'est tout* », « *voilà* », afin de changer de planche) essayant parfois de prendre de la distance avec ce que peuvent lui renvoyer les sollicitations latentes des planches, et notamment à la planche IV, à thème sexuel phallique, où la problématique est liée à l'impact de l'autorité sur le sujet, où dans une fuite quasi maniaque (« *vous en avez pas une qu'est rigolote ?* »), elle écrase la dimension phallique, la retournant sur un mode de domination (« *c'est une peau de bête qu'est étalée par terre* »).

Les réponses sont peu élaborées et expéditives, avec un temps par réponse moyen très court (15 secondes) et des temps par planche corrélés aux difficultés vécues par Sabrina : elle passe extrêmement vite sur les deux planches qu'elle aime le moins (planches I et IV), les expédiant en respectivement 30 et 23 secondes), s'attardant bien plus sur celles qu'elle a plus appréciées (planches VIII et X), tentant de se rassurer et de se renarcissiser à la fin du test par rapport à son goût pour les planches colorées : « *Je pense que d'aimer la couleur, c'est quand même sûrement plus positif que d'aimer le noir. Pas forcément ?* ».

## 2. Caractéristiques de la production

Le psychogramme de Sabrina montre un protocole étoffé en regard du nombre de réponses fournies, mais de manière très descriptive et expéditive, avec un temps de passation court. Son mode d'appréhension global est bien au-dessus de la norme ( $G\% = 38\%$ <sup>140</sup>), au détriment de l'approche en détails ( $D\% = 52\%$ <sup>141</sup>), signant une attitude défensive (ressentie cliniquement) qui lui permet de se tenir à distance du test, qui semble l'inquiéter dans ce qu'il peut venir pointer de son fonctionnement psychique, et dont elle se défend massivement.

Le recours excessivement massif ( $F\% = 88\%$  !<sup>142</sup>) aux représentations formelles vient marquer, comme nous l'avons vu chez Brigitte, « *une grande vigilance, un souci de contrôle allant dans le sens de la rétention, voire d'un effort coercitif de maîtrise, verrouillant l'expression d'affect et de désir sans formation de compromis* »<sup>143</sup>. En effet, il semble que chez Sabrina, le principe de réalité soit écrasant, avec un recours formel massif, laissant très peu de place au principe de plaisir et à son expression hallucinatoire<sup>144</sup>. Par ailleurs, le  $F+\%$  très déficitaire (34%) - associé au  $F+\%$  élargi identique - pointe un débordement des possibilités de contrôle psychique de Sabrina face au surgissement de préoccupations fantasmatiques

---

<sup>140</sup> Normes adultes :  $G\% = 20-23\%$  (Azoulay, C. (2001))

<sup>141</sup> Normes adultes :  $D\% = 60-68\%$  (Azoulay, C. (2001))

<sup>142</sup> Normes adultes :  $F\% = 50-70\%$  (Azoulay, C. (2001))

<sup>143</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 124.

<sup>144</sup> Ibid, p. 120.

et émotionnelles, alors que le registre de la perception « pure » semble plus facilement appréhendable pour elle<sup>145</sup>.

Ces premiers éléments d'un protocole sous le sceau d'une formalisation excessive, outre son aspect défensif, nous laissent à penser que les mécanismes de défense de Sabrina sont rigides, utilisant « *la réalité extérieure, perceptive, « objective » pour éviter l'expression nourrie par les pressions pulsionnelles et fantasmatiques* »<sup>146</sup>. De plus, la façon de Sabrina de justifier certaines de ses réponses comme si elles lui étaient imposées par le test ou la clinicienne (« *Pourquoi c'est séparé en deux... Pffft. C'est que vous êtes bizarre, vous, en psychologie. J'sais pas si vous dites la vérité ou...* », planche VII) et non par son monde interne, pourrait évoquer une organisation de type hystérique, de même que la difficulté à laisser émerger des mouvements pulsionnels perçus comme dangereux une organisation défensive narcissique<sup>147</sup>.

## B. Analyse et interprétation

### 1. Les processus de pensée

#### a. Investissement de la pensée

La nature fréquemment globale des réponses de Sabrina, ainsi que leur brièveté, nous donnent à voir une approche défensive face aux planches et à leur contenu latent, qu'elle tente d'éviter dès le début de la passation. Elle réussit finalement à se sortir de la situation en enchaînant des réponses de manière presque factuelle, fuyant toute élaboration psychique des conflits sous-jacents qu'elle étouffe soigneusement.

---

<sup>145</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 127.

<sup>146</sup> Ibid, p.124.

<sup>147</sup> Ibid, p.125.

L'absence totale de déterminants kinesthésiques nous renvoie possiblement chez Sabrina à un défaut d'engagement par rapport au test, mais surtout à un contrôle excessif lié à la crainte des mouvements projectifs (et donc des émergences pulsionnelles). De même, la qualité formelle de quasiment toutes les réponses va également dans le sens d'un fonctionnement très rigide et sous le sceau du contrôle de toute possibilité d'entrevoir de quelconques mouvements pulsionnels.

#### b. Rapport au réel

Le formalisme intense dans le protocole de Sabrina (F% extrêmement élevé) signe un rapport au réel qui apparaît comme trop envahissant, ou tout du moins excluant totalement la vie fantasmatique, renvoyant également semble-t-il à une isolation entre représentations et affects. Par ailleurs, Chabert évoque le fait que lorsque le poids du réel et du concret prédomine, paralysant tout mouvement associatif (y compris chez le clinicien), nous pouvons penser à une structure de personnalité de type caractérielle ou état-limite<sup>148</sup>.

Par ailleurs, le F+%, ainsi que le F+% élargi, parfaitement égaux et tous les deux très déficitaires, questionnent sur la qualité de ce rapport au réel, ou peut-être plus sur l'absence totale de porosité entre monde réel et monde imaginaire ?

#### c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation

Le nombre élevé de réponses détails (avec un D% inférieur à la norme), au-delà de marquer une tentative de maîtrise de l'émergence de mouvements pulsionnels, associé à un F+% et à un F+% élargi très déficitaires et à un A% plutôt bas pointent une altération des capacités de socialisation et de gestion des relations interpersonnelles. Par ailleurs, ce point est corroboré par le nombre de banalités situé en dessous de la norme, surtout au regard du nombre important de réponses données sur l'ensemble du protocole. Les contenus anatomiques (au nombre de neuf) à toutes les planches rouges ou colorées (II, III, VIII, IX et X) semblent

---

<sup>148</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 125.

questionner l'intégrité du corps chez Sabrina, avec une représentation très morcelée des organes et viscères, « bouffés » par le « crabe » (= le cancer) à la planche X, avec l'émergence d'angoisses de morcellement.

Le temps de passation court et les temps de latence très brefs, ainsi que les équivalents choc aux planches IV, VI et VII, semblent confirmer la présence d'angoisses émergentes tout au long de la passation en lien avec les sollicitations latentes des planches, et contre lesquelles Sabrina semble lutter activement. L'émergence d'affects de tristesse à la planche VI, d'angoisse et de dévoration à la planche X corroborent ce fait.

## 2. La dynamique affective : le traitement des conflits

### a. L'axe narcissique

#### i. Représentation de soi : identité

Le mode d'appréhension globale des planches, que dénote un G% supérieur à la norme, associé au défaut d'approche par le détail (D% inférieur à la norme), signe la recherche de maîtrise et de contrôle de Sabrina, ainsi qu'un fonctionnement figé, empêchant l'exploration dynamique des processus de pensée à travers l'émergence de processus pulsionnels en lien avec les sollicitations latentes des planches. De même, les F+% et F+% élargi, strictement égaux (34%) et très en dessous de la norme pointent la mauvaise qualité des enveloppes psychiques de Sabrina, probablement défailtantes, ce que confirment les réponses aux planches compactes et unitaires du test, sensibles aux failles narcissiques et identitaires. Le « masque » repéré à la planche I (réponse-peau qui renvoie à l'enveloppe corporelle, comme recherche d'une autre enveloppe ?) par Sabrina dérive finalement sur la fête d' « Halloween », glissement vers une représentation abstraite semblant au premier abord plus protectrice, mais portée par de fortes angoisses sous-jacentes : Halloween reste la fête des morts, où l'objectif est d'effrayer les autres...

À la planche IV, il est encore d'emblée question de peau, d'enveloppe (« *peau de bête qu'est étalée par terre* »), mais teintée d'une négation de la représentation phallique de la planche, que Sabrina rend inoffensive en basculant la représentation dans une position passive (le phallique serait-il trop inquiétant ? Menaçant ?). Cet écrasement du phallique pointe une attitude qui se veut dominatrice, face aux angoisses suscitée par la planche, qui engendrent finalement une fuite maniaque (« *Vous en avez pas une qu'est rigolote ?* »), Sabrina semblant vouloir signifier le peu d'attrait qu'elle trouve à cette planche.

La problématique centrée autour de l'enveloppe corporelle se retrouve également à la planche VI, à travers la « *peau d'ours* », par ailleurs représentation phallique massive (un ours !), rendue d'emblée inoffensive et forcée à la passivité (« *Étalée par terre...* »), dans une tentative manifeste de maîtriser et de contrôler une représentation trop angoissante. Représentation qui la rend agressive vis-à-vis du matériel (« *Oh, je sais pas ce que vous allez me dire après, mais, celui qui a inventé ça, vous allez me dire... (Rires) Vous allez me dire comment vous faites pour vous y retrouver, vous. Pour moi c'est encore des bestiaux. Mais des bestiaux évidés, et mal en point, hein. (...) C'est triste votre truc* »), pointant le fait que l'image la dérange, l'angoisse (cf. rires défensifs), ce qui engendre un appel à la clinicienne, mais sur un versant négatif/agressif. Sabrina nous donne à voir, avec des propos très crus, ce qui la dérange avec les « *peaux* » : l'enveloppe est évidée, dépecée, le Moi-peau auquel fait référence Anzieu<sup>149</sup> semble atteint, la peau arrachée, ces éléments étant symptomatiques d'une blessure narcissique. Enfin, la banalité de la chauve-souris à la planche V, planche de la représentation de Soi, nous semble garante d'une identité qui semble malgré tout préservée...

## ii. Représentation de soi : identification

Si la réponse banale de la planche V nous rassure sur la représentation de Soi chez Sabrina, il apparaît néanmoins que l'absence totale de kinesthésies dans l'ensemble du protocole, ainsi que le H% situé dans la norme basse, pointent des failles identitaires qui corroborent les blessures narcissiques émergentes des questions de peau et d'enveloppe. Par ailleurs, le nombre bas de kinesthésies (en l'occurrence inexistantes ici) évoque des difficultés

---

<sup>149</sup> Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1997.

d'élaboration des conflits psychiques assez nettes chez Sabrina, ainsi qu'une attitude défensive, marquée par un contrôle excessif et une crainte de la projection.

Les réponses aux planches IV et VI (thème sexuel phallique), déjà analysées ci-dessus, nous donnent à voir une énergie déployée par Sabrina à lutter contre des représentations phalliques angoissantes (en tentant symboliquement de les rendre inoffensives), symptomatiques d'une angoisse de castration envahissante et d'une difficulté à gérer les relations d'autorité. De même, Sabrina remarque également le détail phallique de la planche VII, à symbolisme sexuel également, « *le chignon qui s'est redressé sur la tête* », représentation qu'elle rend douce et inoffensive en faisant de l'image « *des agneaux* », après avoir manifesté encore une fois de l'agressivité par rapport au matériel (« *Ça rime à rien votre truc ?* »).

Enfin, le manque de distance vis-à-vis de la planche IX (« *Ça doit être comme ça dans mon corps* »), représentant la position du sujet seul face au monde, laisse à voir des affects dépressifs émergents chez Sabrina, face à un corps qu'elle se représente comme contenant d'organes féminins « *mal foutus* », pointant des failles narcissiques et identitaires.

## b. L'axe objectal

### i. Représentation des relations

L'aspect relationnel des représentations sollicité aux planches II, III, VII et IX, est soigneusement évité par Sabrina. De même, à aucun moment elle ne peut y projeter un mouvement, une action (il n'émerge aucune kinesthésie dans le protocole) ou une quelconque mise en lien des personnages, avec par ailleurs assez peu de représentations humaines (H% situé en dessous de la norme).

À la planche II, Sabrina évoque brièvement non pas « un », mais « *le* » couple, comme une entité qui semble indifférenciée, fusionnelle, sans évocation d'une quelconque différence des sexes, sans s'y attarder et avant de passer très rapidement à une représentation plaquée et neutre, le « *papillon* », chargé de remplir le vide situé entre les deux personnages du couple

qu'elle décrit. Enfin, elle évoque une représentation plus crue pulsionnellement « *un vagin, une matrice* », comme représentation d'un creux à remplir, renvoyant au féminin, à la passivité.

À la planche III, renvoyant à la thématique relationnelle et aux identifications sexuelles à travers les représentations du couple parental, Sabrina projette « *l'intérieur (d'un) ventre* », où il y aurait des jumeaux, avec une fixation autour de la question du lien entre couple et maternité (cf. planche précédente), qu'elle associe spontanément, mais avec dans la foulée une dépréciation du corps de la mère, qu'elle décrit comme « *mal foutue* ». L'intérieur du corps semble en fusion entre deux jumeaux (identités masculines) et un contenant féminin abîmé, de mauvaise qualité, renvoyant probablement à un investissement narcissique négatif du corps malade de Sabrina. Les réponses floues à cette planche signent une désorganisation de la pensée de Sabrina (remâchage, symbolisme transparent...), que l'on peut imputer à la dimension relationnelle de la planche, notamment autour des imagos parentales, mais également à la couleur rouge qui semble raviver la pulsionnalité. Par ailleurs, il semble important de noter que la question de la maternité chez Sabrina semble sensible, même si elle s'en défend au cours de l'entretien clinique « *c'est une volonté, j'ai jamais voulu (avoir des enfants, sic)* ».

À la planche VII, planche de l'imgo maternelle, la réaction de Sabrina est agressive, elle rejette le matériel (« *ça rime à rien votre truc* »), avec un rire défensif. Les représentations évoquées (« *Des p'tites mamies* ») ne sont pas différenciées, ni mises en relation, comme s'il s'agissait d'images spéculaires.

## ii. Traitement des affects

Le RC%, situé dans la norme haute (34%), laisse à penser que Sabrina est réceptive à la couleur, se laissant toucher par les sollicitations latentes de ces planches, malgré une attitude extrêmement défensive. Par ailleurs, sept des dix réponses « anatomie » sont données par Sabrina aux planches « rouges » (II & III), qui semblent faire émerger chez elle des représentations pulsionnelles difficiles à maîtriser et la désorganisant psychiquement. Alors qu'elle tente de combler le vide symbolique de la planche II avec un « *papillon* » inoffensif, niant totalement l'impact du rouge (« *les couleurs m'évoquent rien...* »), elle finit par évoquer crûment

une représentation à remplir, la matrice féminine. Quant à la planche III, elle suscite chez Sabrina des réponses floues, représentations plaquées sur des affects et des pulsions violentes à peine refoulées. Enfin, les trois dernières planches du protocole, suscitant toutes une réponse anatomique, attestent également de la capacité de Sabrina à se laisser toucher par la couleur, même si c'est au prix d'un débordement psychique laissant émerger des affects dépressifs (autour d'un corps « *mal foutu* », et d'un crabe qui dévore...).

Le Type de Résonance Intime (TRI) traduit un fonctionnement extratensif pur (OK/3C), signant chez Sabrina un fonctionnement émotif, labile, instable, suggestible et égocentrique. En effet, la dominante couleur (C) pointe une modalité de relation au monde marquée par une tendance à « *se laisser modifier par les stimulations externes, en se moulant aux prégnances « objectives* » »<sup>150</sup>. Par ailleurs, la formule complémentaire (FC) se révèle coartée pure (Ok/0E), à savoir qu'elle marque une vie fantasmatique et affective abrasée, probablement sous le sceau du contrôle, Sabrina se défendant psychiquement assez massivement de l'émergence d'affects.

### C. Évaluation de l'organisation défensive

Les composantes obsessionnelles et narcissiques sont omniprésentes dans le discours de Sabrina : perpétuellement dans le contrôle, ses défenses sont rigides, visant à interdire toute émergence pulsionnelle et affective dans le champ de sa réalité psychique. Néanmoins, cette lutte constante et intense contre la dépression et le vide semble inefficace (malgré un discours logorrhéique qui ne laisse que peu de place à l'élaboration), n'empêchant pas une désorganisation psychique face aux sollicitations latentes des planches. En effet, Sabrina ne parvient pas à lutter contre des émergences pulsionnelles en lien avec des problématiques sexuelles (questions de la maternité, des femmes enceintes, de l'intérieur du ventre maternel) et de toute-puissance.

---

<sup>150</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 181.

C'est ainsi que nous pourrions faire l'hypothèse d'un fonctionnement névrotique hystérique, assorti d'une problématique narcissique majeure chez Sabrina, qui, comme le dit Chabert<sup>151</sup>, « *montre(nt) à la fois un effort constant pour établir des frontières entre dedans et dehors susceptibles de préserver à la fois des intrusions externes et des émergences pulsionnelles internes. Double défense donc, par rapport au dehors et par rapport au-dedans, mais qui se révèle souvent insuffisante pour maîtriser l'hypersensibilité aux stimuli externes et l'extrême violence de mouvements internes* ».

---

<sup>151</sup> Ibid, p.230.

### III. Analyse clinique du T.A.T.

---

La synthèse de la passation du T.A.T. de Sabrina (cf. Tome II) est révélatrice de son discours logorrhéique, pouvant parfois être ressenti comme envahissant, voire oppressant, ne comptant pas moins de cinq-cents éléments de cotation, dont plus de 70% se répartissent équitablement entre les procédés rigides de la série A et ceux d'évitement du conflit de la série C. Malgré tout, le discours de Sabrina se révèle labile, essentiellement sur le mode de la dramatisation (38 procédés de la catégorie B2 - Dramatisation – repérés), même si les procédés de type obsessionnel (A3) et les références à la réalité externe (procédés de type A1) prédominent dans l'approche du matériel par Sabrina. Ces éléments corroborent nettement notre ressenti clinique, autour du sentiment de recherche de contrôle de Sabrina, via un recours massif à la réalité extérieure comme défense contre une réalité interne difficilement gérable sur le plan pulsionnel. De même, l'intuition d'une problématique narcissique centrale chez Sabrina, pressentie au Rorschach, semble se confirmer au T.A.T. (63 éléments apparaissent dans les procédés CN – Investissement narcissique), avec un fonctionnement régi par l'inhibition (procédés CI – Inhibition au nombre de 41).

Au-delà des données quantitatives de cette synthèse qui semblent tout à fait révélatrices du fonctionnement psychique de Sabrina, il apparaît au cours de la passation que son discours est extrêmement défensif, teinté d'éléments narcissiques qui lui permettent de dominer et de tenter de contrôler l'émergence éventuelle d'affects consécutifs à des sollicitations latentes risquant de susciter des réactions trop explosives et potentiellement désorganisantes.

Dès la planche 1, face à une problématique d'impuissance renvoyant à des angoisses de castration et d'acceptation du manque (que nous avons identifiée comme particulièrement sensible chez Sabrina, notamment au Rorschach), Sabrina se défend massivement par l'évitement du matériel, se débarrassant de la planche en moins de vingt secondes, plutôt sur un mode agressif, parvenant à contrôler la situation en l'esquivant rapidement : le petit garçon n'est pas dans l'impossibilité de jouer du violon, simplement il n'en éprouve pas le souhait (se projette-t-elle ici dans la situation de test ?). Nous retrouvons cet évitement teinté d'agressivité à la dernière planche, où Sabrina sous-entend qu'elle est victime d'escroquerie (« *c'est du trompe-couillon* », « *allez vous faire voir* ») dans un mouvement paranoïaque ma-

nifestement suscité par le vide (planche blanche) qui la persécute, la renvoyant peut-être à sa colère contre des objets internes insuffisamment structurants. Par ailleurs, la lutte contre des affects dépressifs et des angoisses de perte d'objet massives est omniprésente dans le protocole, se repérant sur la quasi-totalité des planches du protocole, engendrant des réactions défensives de type intellectualisation, banalisation, collage à la réalité ou même labilité des identifications, dans un souci de contrôle de l'émergence d'affects potentiellement destructeurs.

Sabrina tente d'éviter par la fuite un certain nombre de problématiques qui la mettent à mal : les affects dépressifs relatifs à des problématiques de perte d'objet et de solitude (planches 3BM, 11 et 13B), d'angoisses de séparation et/ou de rejet (planches 2, 4 et 10), de double mouvement de sentiments ambivalents (planche 7BM), avec une réaction de choc massive à la vision de la planche 11, induisant des mouvements régressifs importants face à une problématique prégénitale particulière (imago maternelle archaïque), que Sabrina ne parvient pas à élaborer. De même, l'apparition d'angoisses massives aux planches 13MF et 19, où Sabrina se relance dans un discours logorrhéique envahissant, aux prises avec des angoisses qu'elle ne peut plus contenir à l'aide de défenses obsessionnelles, rend compte d'une déstructuration psychique face aux problématiques mortifères et destructrices de la planche 13MF, archaïques dépressives et/ou persécutrices de la planche 19. En effet, l'émergence massifs de procédés de type E (Emergence de processus primaires) à ces deux planches est significative d'un défaut des capacités de contenance de l'appareil psychique de Sabrina : les limites soi/autrui et dedans/dehors sont précaires, l'utilisation du clivage comme mode défensif ne parvenant pas à contenir les angoisses émergentes relatives à un matériel vécu comme persécutif.

Globalement, Sabrina se montre tout à fait sensible aux sollicitations latentes des planches, identifiant tout particulièrement les problématiques libidinales (les questions d'enfantement et de maternité étant omniprésentes), dont elle se défend au moyen de procédés d'allure hystérique (et obsessionnelle). Très préoccupée par les questions d'apparence, de paraître et de regard des autres, elle se situe clairement dans un registre narcissique, se désorganisant psychiquement sous l'influence de l'émergence massive de processus primaires. Par ailleurs, la lutte contre les affects dépressifs se manifeste dans la quasi-totalité du protocole, se révélant cependant très peu efficace.

## IV. Synthèse

---

La rencontre avec Sabrina nous semble avoir été vécue par elle comme très envahissante, de par les émotions qu'elle a pu faire émerger, des tentatives d'élaboration autour de son histoire : derrière un discours logorrhéique désorganisé et difficile à suivre pointent des angoisses débordantes que Sabrina ne parvient pas à canaliser, malgré des tentatives de contrôle omniprésentes. Elle ne parvient pas à élaborer autour de son histoire et de son vécu, noyant son interlocuteur dans un discours prolifique, comme dans une tentative de remplir un vide qui la rend par ailleurs très agressive. À travers une position qu'elle se plaît à décrire comme omnipotente et hyperactive (Sabrina ne semble pas capable de ralentir le rythme de ses activités pour réfléchir et penser) dans des mouvements narcissiques majeurs dont elle tente de contrôler par ailleurs tous les aléas (procédés obsessionnels massifs), elle lutte intensivement contre des affects dépressifs qui semblent la submerger depuis toujours. En effet, elle a besoin de se sentir différente des autres, luttant constamment contre de quelconques éléments normatifs qui pourraient la renvoyer à sa position de malade lambda ou d'employée « classique ».

La passation des tests projectifs la désorganise psychiquement à diverses reprises, notamment lorsqu'elle se retrouve confrontée à des problématiques de vide, de perte, de séparation. Les questions de maternité, de féminité, mais également de toute-puissance (autour des attributs phalliques) semblent être au cœur de ses préoccupations, ce qui n'est pas sans entrer en résonance avec son activité professionnelle dans le monde de la lingerie (*elle voulait « rentrer dans un truc très féminin »*) et avec la localisation de sa pathologie cancéreuse.

L'analyse du protocole de Sabrina nous laisse à penser que le diagnostic de la pathologie cancéreuse n'est pas responsable de l'abrasement de ses capacités d'élaboration psychique : tout semble indiquer que son histoire de vie, qui a fragilisé son narcissisme et l'a empêchée de se construire suffisamment solidement, a engendré un mode de défense obsessionnel permettant de se défendre de réalités trop violentes psychiquement, le traumatisme de l'annonce de la maladie létale n'ayant potentiellement fait que renforcer un contrôle radical, dans une incapacité à penser les événements. L'étiologie de la maladie cancéreuse est abordée très brièvement par Sabrina sous forme d'une responsabilité personnelle, qu'elle élude immédiatement

en la noyant dans un discours narcissique qui fait d'elle quelqu'un de suffisamment exceptionnel pour laisser entrevoir la vulnérabilité ressentie face à un diagnostic de maladie létale.

Il semble que chez Sabrina, l'évolution de la pathologie cancéreuse vers une phase palliative ne soit pas emblématique de sa lutte contre des angoisses dépressives débordantes : il semblerait que la sidération psychique et l'incapacité à penser soient largement préexistantes chez elle aux débuts de la maladie il y a plus de huit ans, se situant plutôt au début de son histoire. Les processus de pensée de Sabrina semblent ainsi bel et bien débordés, avec des défenses massives organisées pour tenter de contrôler une réalité à laquelle il ne serait pas possible de se confronter, révélatrices d'un discours noyant toutes possibilités d'association et d'élaboration, tant de Sabrina que de son interlocuteur.

- **ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE PAOLA, 69 ANS**

« *J'ai un moral d'acier, vous ne pouvez pas vous imaginer... »*

## **I. Analyse clinique de l'entretien**

---

Paola est une patiente suivie par une cancérologue d'un hôpital d'une ville voisine de celui où nous exerçons : elle a rendez-vous l'après-midi même en consultation de suivi. N'étant pas véhiculée, elle a préféré profiter d'une de ses venues à l'hôpital pour nous rencontrer. D'emblée très motivée par cet entretien, elle est souriante et agréable : petite dame très menue, pétillante et très « vivante », elle est visiblement ouverte à toute relation humaine, dans une démarche qui nous donne le sentiment d'une gentillesse majorée par sa position de patiente. D'ailleurs, Paola débutera l'entretien en nous remerciant de la recevoir, sans manifestement trop savoir pourquoi elle est là, même si c'est elle-même qui nous apprend que trois patients de l'hôpital de jour où elle est traitée ont refusé de participer à notre recherche...

La situation d'entretien semble bien lui convenir de par l'espace de parole qu'elle lui offre, ce qui ne se révèle pas être le cas pour la passation des projectifs, dont le matériel semble la sidérer psychiquement, sans néanmoins qu'elle ne puisse en dire quelque chose, les protocoles se révélant très pauvres, malgré l'étayage fourni.

### **A. Réalité médicale (Disease)**

Contrairement aux autres patients rencontrés dans le cadre de cette recherche, Paola ne débute pas la rencontre en parlant de sa maladie et/ou du cancer en général, mais de son arrivée en France alors qu'elle était âgée d'une vingtaine d'années, à l'issue de la guerre et juste avant la déclaration d'indépendance de l'Algérie. Il nous semble ainsi important de noter qu'au-delà de la question identitaire traduite par sa présentation d'emblée en tant que pied-noir<sup>152</sup>, la question du traumatisme des rapatriés d'Algérie en général, et chez Paola en particulier (elle nous explique que ses parents ont « *tout perdu* » - l. 76), émerge massivement. Il

---

<sup>152</sup> Se dit des français qui vivaient en Algérie à l'époque de la colonisation.

s'agit que ce fait soit rappelé, nommé, et posé comme un préambule à tout autre thème d'échange.

Après avoir évoqué l'aspect traumatique de son histoire de fille de rapatriés d'Algérie, elle nous assène qu'elle a de toute façon « *un moral d'acier* » (l. 111), malgré « ses » « *trois cancers* » (l. 112) (dont un serait parti selon elle). Il s'avère en réalité que Paola a été diagnostiquée d'un cancer du côlon un peu moins de trois ans auparavant, mais que malgré le traitement par chirurgie et chimiothérapie (et la perte initiale de 18 kg), elle est désormais porteuse de métastases au foie et aux poumons. En effet, environ un an après la première intervention, Paola a subi l'ablation d'une bonne partie de son foie (lobe droit et une partie du lobe gauche), et est actuellement traitée par chimiothérapie palliative orale. Elle n'est donc pas atteinte de trois cancers comme elle l'énonce, mais d'un seul, malheureusement pluri métastatique<sup>153</sup>.

## B. Réalité subjective (Illness)

### 1. Représentations de la maladie

Paola n'évoque quasiment à aucun moment la maladie cancéreuse dans son discours, excepté pour nous dire que son père est décédé il y a une vingtaine d'années d'un cancer du poumon et son compagnon il y a dix ans d'un cancer de l'estomac et du pancréas. Elle avance ces événements de manière très factuelle et dénuée d'affects, dans une sorte de mise à distance des événements, comme elle le fait pour sa propre maladie, qu'elle semble vouloir laisser en-dehors de son champ de conscience.

---

<sup>153</sup> <http://www.cancer.ca/fr> : Le cancer peut se propager de l'endroit où il est apparu à une autre partie du corps. Le site d'origine du cancer est appelé tumeur primitive. Le cancer qui se développe dans une autre partie du corps est appelé cancer métastatique ou cancer secondaire. Le cancer métastatique est composé du même type de cellules cancéreuses que le cancer primitif. Par exemple, lorsqu'un cancer colorectal se propage au foie, les cellules cancéreuses dans le foie sont des cellules du cancer colorectal. Il s'agit d'un cancer colorectal métastatique et non d'un cancer du foie.

Aucun élément ne transparaît dans le discours de Paola au sujet de ses représentations de la maladie, et du cancer en particulier. Elle en parle de manière neutre, comme d'un événement quelconque, qui a pu amener à la mort certains de ses proches.

## 2. Théories étiologiques

Les scores obtenus à l'IPQ-R pour Paola sont très proches de ceux des autres patients de son groupe et se démarquent uniquement du point de vue des facteurs relatifs à l'étiologie de la maladie, où elle met plus en avant les raisons psychologiques, au détriment des facteurs de risque. Et en effet, elle explique dans l'espace laissé pour les trois causes imaginées les plus probables de sa maladie l'importante contrariété professionnelle qu'elle nous expliquera au cours de l'entretien, ainsi que le surmenage et le stress.

L'origine de sa maladie pour Paola est donc très claire, elle nous l'annonce d'ailleurs en entretien franchement, sans préambule : « *Alors, que je vous explique pourquoi je suis tombée malade. Parce que je le sais* » (l. 254). Elle avait repris seule le bar-restaurant de ses parents qui fonctionnait très bien et accueillait beaucoup de monde, mais suscitait selon elle beaucoup de jalousie. Alors que l'activité était exponentielle, un contrôle sanitaire l'aurait obligée à interrompre définitivement l'activité de restauration, sans aucune explication, et du fait d'une dénonciation par une personne identifiée par Paola (concurrente de son activité du reste). Quelques mois après, Paola décompensait très brutalement sur le plan somatique et se retrouvait hospitalisée et opérée en urgence de son cancer du côlon, après trois jours de vomissements vécus seule chez elle, sans pouvoir se lever ou appeler les secours. Cette théorie étiologique est approuvée par le médecin de famille de Paola, qui lui aurait dit : « *faut que vous vous disiez que c'est à cause de la grosse contrariété...* » (l. 495-496).

Elle cherche tout de même brièvement une explication du côté de l'hérédité, comme s'il fallait explorer toutes les pistes, pour éliminer catégoriquement cette option : son père est décédé d'un cancer du poumon, sa grand-mère d'un cancer de l'estomac, et personne n'a jusque-là été atteint au niveau du côlon.

### 3. Processus défensifs

Les dérivés conscients des mécanismes de défense utilisés par Paola et observés au DSQ-40 nous montrent un style défensif « mature » avec des moyens de défense massivement utilisés tels que la sublimation, l'anticipation et la répression. Concernant ses scores aux deux autres styles défensifs, à savoir « névrotique » et « mature », il apparaît qu'ils sont proches de ceux des autres patients de son groupe.

Alors que Paola évoque ses traitements et la fatigue associée, elle nous dit avec une légèreté feinte : « *parce que moi, je prends tout à la rigolade. C'est ce qu'il faut* » (l. 456). De même qu'après avoir évoqué l'annonce de son diagnostic, elle nous explique : « *Mais j'ai peut-être eu deux jours où je me suis laissée aller parce que j'étais contrariée, mais ça a pas duré longtemps* » (l. 520-521), « *Ça m'a pas démoralisée, bien loin* » (l. 579), puisqu' « *il faut pas se laisser aller* » (l. 524-525), « *se laisser aller, c'est pas bon* » (l. 529). Après avoir insisté sur le fait que surtout, elle ne se laisse jamais aller et qu'elle prend toujours tout avec le sourire, elle nous questionne : « *ça va, je vous plais comme malade ?* » (l. 531), laissant transparaître le caractère adaptatif de son discours, cherchant là encore les mots qui plaisent, ceux qui pourraient faire d'elle une « bonne » patiente. De même qu'elle répond « *rien, moi je suis bien* » (l. 548), lorsque nous lui demandons ce qu'a changé la maladie dans sa vie, à aucun moment elle n'évoque de ressenti douloureux face au cancer, d'éventuelles conséquences ou difficultés vécues.

Alors que l'entretien clinique est très dense et difficile à interrompre, il apparaît que Paola a énormément parlé pour finalement éviter au maximum le sujet de sa maladie, ce pourquoi elle était censée être venue. Il est très intéressant de voir qu'elle en a parfaitement conscience («  *finalement, y'a pas grand-chose* » - l. 608, « *Mais peut-être que ce que je vous ai raconté avant, c'était pas très... Très intéressant peut-être, non ?* » - l. 615-616) : nous pouvons alors faire l'hypothèse qu'elle a accepté de participer à la recherche (contrairement aux autres patients qu'elle évoque en début d'entretien) car elle est une « bonne » patiente, mais qu'elle parvient à éviter soigneusement de répondre à la demande clairement énoncée dans les documents qu'elle a reçus et signés (information et consentement), qui était de venir discuter de son cancer, et surtout de son vécu par rapport à la maladie.

#### 4. Mise en sens

À travers le discours de Paola, nous pouvons entendre à quel point elle cherche à laisser la maladie en-dehors de sa vie, comme si cette dernière n'avait aucun impact sur elle. Néanmoins, elle a dû arrêter de travailler, ce qu'elle ne souhaitait pas du tout, mais elle reprend directement en disant « *Ça m'a pas démoralisée. Bien loin de là* » (l. 579). Paola a une explication très claire concernant l'étiologie de sa maladie (cf. ci-dessus, 2. Théories étiologiques), ce qui semble lui permettre de donner du sens à cet événement qui bouleverse sa vie. Elle nous explique, suite à la malveillance de sa concurrente et aux conséquences sur le fonctionnement de sa brasserie : « *j'ai tout gardé pour moi, j'ai tout gardé pour moi, et un beau jour, je me suis mise à vomir, à vomir, à vomir...* » (l. 357-358), ce qui a correspondu aux premiers symptômes de sa maladie cancéreuse. Paola n'établit pas de liens entre ce qu'elle a « gardé » et ce qu'elle « vomit » par la suite, mais dans son discours, nous l'entendons comme le rejet de toute la violence qu'elle a perçue à son égard, comme si son corps se faisait symptôme de sa douleur psychique.

Néanmoins, excepté cette conviction quant aux causes de sa pathologie, elle ne va pas plus loin dans l'élaboration du vécu de son cancer et de ses conséquences, prenant soin de se raconter en en faisant au maximum abstraction. Elle nous dit aller bien, prendre tout à la rigolade, concluant l'entretien en nous disant qu'elle n'était peut-être pas une patiente très intéressante pour notre recherche, au vu du peu de choses qu'elle avait à raconter sur sa maladie...

#### C. Réalité sociale

Paola est donc une femme « pied-noir », identité qu'elle pose en préambule, avec la date exacte de son arrivée en France et la nationalité de ses parents. De même, elle nous raconte la perte de leur commerce par ses parents, une tentative de reconstruction en France et la dépression de sa mère consécutive à la guerre et aux atrocités vécues, qui les ont finalement amenés à reprendre une petite affaire en Seine-et-Marne. Ses parents sont tous deux décédés depuis, son père d'un cancer du poumon et sa mère des suites d'une démence dégénérative.

Il est important pour Paola de nous dire que trois personnes « de sa famille » sont médecins, sans nous en dire plus sur la proximité réelle avec ces personnes. Néanmoins, elle nous parle de sa tante chez qui elle a été hébergée avec son frère, musicien, en arrivant en France. Très vite, elle a trouvé du travail en tant que secrétaire trilingue, poste qu'elle a dû abandonner du fait de la dépression de sa mère, nous dit-elle. Auparavant, elle s'était mariée avec un homme qui les a abandonnés, elle et leur petit garçon, alors que ce dernier avait 4 ans, pour partir avec sa meilleure amie. Elle mettra beaucoup de temps à se relancer dans une histoire amoureuse avec un homme qui l'a courtisée durant deux ans : ils ont finalement vécu ensemble environ vingt-cinq ans, jusqu'à la mort de ce dernier des suites d'un cancer de l'estomac et du pancréas. Le fils de Paola est manifestement très présent auprès d'elle : elle a vécu chez lui (avec sa belle-fille et son petit-fils) durant trois mois après son hospitalisation. Elle nous explique à quel point lui peut manifester sa colère par rapport à la maladie de sa mère, ce qu'elle ne s'autorise pour sa part absolument pas.

Le discours de Paola se révèle tout aussi logorrhéique concernant son histoire de vie qu'il n'est laconique concernant sa maladie. Du fait du contexte de l'entretien (recherche universitaire), nous pouvons aisément nous poser la question de pourquoi elle a accepté de participer alors qu'il semble pour elle complètement impensable de ne serait-ce que penser à élaborer autour de ce thème. Alors que la maladie existe bel et bien et est nommée comme telle, il semble cependant essentiel pour Paola de ne lui donner aucune existence dans son récit de vie...

## II. Analyse clinique du Rorschach

---

### A. Clinique de la passation

#### 1. Dynamique de la passation

Le protocole de Paola est pauvre, avec un nombre de réponses (seize) bien en dessous de la norme et un temps de passation de 8 minutes et 38 secondes, ce qui se révèle être très court, et contraste fortement avec le discours plutôt logorrhéique et en tout cas difficile à interrompre de Paola en première partie d'entretien. Les réponses sont brèves et concises, les temps de latence très courts, excepté aux planches VII et IX, dont elle évite partiellement le contenu. Manifestement, Paola ne veut rien dire de ce qui l'occupe psychiquement et cherche à répondre le plus vite et efficacement possible à la consigne, de manière la plus économique psychiquement parlant. D'ailleurs, elle ne dira absolument rien de son vécu par rapport au test : il semble qu'elle s'y plie sans discussion et de manière la plus neutre possible, jouant un rôle de bonne élève (ou plutôt de « bonne » patiente).

#### 2. Caractéristiques de la production

Le contenu du protocole de Paola se révèle pauvre et inhibé, sans aucune variété des contenus et une approche globale massive (56%) très supérieure à la norme<sup>154</sup>, au détriment d'une approche en détail abrasée<sup>155</sup> (44%), signant un manque d'investissement du test ressenti cliniquement et une attitude distante et défendue (refoulement massif). De nombreuses réponses globales simples émaillent la lecture faite avec distance du matériel par Paola, marquant « *le moulage à une perception dominante sans effort personnalisé d'élaboration ou de construction* »<sup>156</sup> et un désir manifeste de ne surtout pas se livrer (ce que corrobore le contenu de l'entretien clinique).

---

<sup>154</sup> Normes adultes : G% = 20-23% (Azoulay, C. (2001))

<sup>155</sup> Normes adultes : D% = 60-68% (Azoulay, C. (2001))

<sup>156</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p 88-89.

Au niveau formel, alors que le F% se révèle bien au-dessus des normes (F% = 87%<sup>157</sup>), pointant, exactement comme chez Pascale, l'existence de « *défenses de caractère sans souplesse ni perméabilité topique* »<sup>158</sup>, et donc un surinvestissement de la réalité pour éviter toute conflictualité psychique et le risque d'être dévoilée. Le refoulement est massif chez Paola, son fonctionnement très défendu. Par ailleurs, ses réponses ne sont pas majoritairement de bonne forme (F+% = 53%, inférieur à la norme<sup>159</sup>), le F+% élargi étant à peine supérieur (F+% élargi = 59%), ce qui interroge les capacités d'adaptation et de socialisation de Paola. De plus, l'absence totale de contenu imaginaire et la diversité des thématiques inexistante (puisque seules deux réponses « Objet » apparaissent dans le protocole) nous donnent à voir des capacités d'élaboration faible et de symbolisation abrasées, renvoyant à des réponses plates, factuelles et concrètes, du fait de l'intensité du refoulement opéré.

## B. Analyse et interprétation

### 1. Les processus de pensée

#### a. Investissement de la pensée

Les planches du test sont appréhendées par Paola de manière globale, manifestement sur un mode défensif, dans le but de ne rien laisser émerger de quelconques représentations affectives (approche globale avec un G% très au-dessus des normes, au détriment d'une approche en détails, avec un D% situé lui bien en dessous des normes). Par ailleurs, les réponses ne sont majoritairement pas de bonne forme qualité formelle, ce qui traduit des difficultés à coller de manière factuelle à la réalité, ses capacités d'adaptation se révélant ébranlées, malgré sa lutte contre l'émergence du pulsionnel face au matériel.

---

<sup>157</sup> Normes adultes : F% = 50-70% (Azoulay, C. (2001))

<sup>158</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 124.

<sup>159</sup> Normes adultes : F+% = 70-80% (Azoulay, C. (2001))

La quasi-absence de réponses kinesthésiques (une réponse K- et une réponse kan+) signe, comme chez Brigitte, des possibilités de mentalisation non opérantes et un évident refus d'engagement dans la passation, comme si le fait d'investir le test pouvait se révéler dangereux sur le plan affectif. En effet, Paola évite tout au long de l'entretien et de la passation des tests tout ce qui pourrait la renvoyer de près ou de loin à des représentations affectives, qu'elles soient positives ou négatives.

#### b. Rapport au réel

Malgré un pourcentage de réponses formelles bien au-dessus des normes (cf. ci-dessus), il s'avère que celui des réponses formelles de bonne qualité est lui en dessous des normes ( $F+\% = 53\%$ ), de même que le  $F+\%$  élargi, questionnant le rapport au réel chez Paola. Ces éléments pointent l'effort que cette dernière accomplit pour tenter de coller à la réalité objective du matériel, probablement pour se défendre de l'émergence de tout élément affectif, dans une tentative d'isoler au maximum représentation et affect. En effet, comme chez Olivia, le nombre élevé de réponses formelles met « *l'accent sur la rigidité des mécanismes de défense qui les sous-tendent et qui consistent pour l'essentiel à utiliser la réalité extérieure, perceptive, « objective » pour éviter l'expression nourrie par les pressions pulsionnelles et fantasmatiques* »<sup>160</sup>, l'accroche au formel confirmant une tentative de mise à l'écart des mouvements pulsionnels générés par les sollicitations latentes des planches et des fantasmes et affects qu'ils engendrent. Par ailleurs, aucune réponse à contenu imaginaire n'apparaît dans le protocole de Paola, ce qui vient corroborer l'aspect défensif de l'appréhension du matériel, dans une tentative de contrôler tout mouvement pulsionnel potentiellement émergent.

#### c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation

Le  $A\%$  bien au-dessus des normes ( $A\% = 62\%$ <sup>161</sup>) est révélateur d'un excès de conformisme, pouvant faire état « *d'une carapace sociale érigée comme défense majeure, mise*

---

<sup>160</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 124.

<sup>161</sup> Normes adultes :  $A\% = 30-45\%$  (Azoulay, C. (2001))

*en place, en particulier, pour éviter le contact authentique, la relation vraie* »<sup>162</sup>, ce qui correspond totalement à l'impression clinique ressentie face à Paola, qui nous donne l'impression d'éviter la relation, ou tout du moins de mettre tout en œuvre pour répondre de la manière qui lui semblerait la plus adaptée, dans un fonctionnement qui n'est pas sans nous rappeler le faux self Winnicottien. Par ailleurs, près de la moitié des réponses animales se révèlent être des banalités, élément qui appuie ce sentiment de surconformisme chez Paola.

Le H%, classiquement utilisé comme indice de socialisation, également situé au-dessus des normes (H% = 25%<sup>163</sup>), semble confirmer la tendance de Paola à affirmer une identité sociale forte. Cet élément nous renvoie à la revendication de son statut de pied-noir et au trauma collectif que cette identité revêt, dans une quête de rôle social stéréotypé qui signifierait l'appartenance au groupe. Au même titre, les banalités, au nombre de six, viennent également attester d'une adaptation sociale satisfaisante.

## 2. La dynamique affective : le traitement des conflits

### a. L'axe narcissique

#### i. Représentation de soi : identité

Le mode d'appréhension global du matériel chez Paola est représentatif d'une organisation défensive en réponse à la possible émergence de représentations pulsionnelles et affectives. Néanmoins, les réponses G sont de bonne forme et banales à presque toutes les planches unitaires, ce qui nous donne à penser une représentation de soi unifiée et des enveloppes psychiques de bonne qualité. Nous pouvons néanmoins nous questionner sur l'éventualité de réponses plaquées et attendues socialement (comme en témoignent les banalités), qui viendraient masquer une fragilité narcissique dont la patiente se défend avec un discours contrôlé, dans un évitement du test et donc de la possible projection.

---

<sup>162</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 194.

<sup>163</sup> Normes adultes : H% = 12-18% (Azoulay, C. (2001))

La réponse à la planche V, planche de la représentation de soi, et aux planches unitaires (I, IV, V, VI et IX) en général, pourraient renvoyer à une identité fragile que Paola camouflerait derrière des réponses classiquement attendues. Néanmoins, la banale chauve-souris de la planche V est présentée de manière inhabituelle (« *une chauve-souris, mais de dos* ») : serait-ce un moyen de signifier qu'elle nous cache ses secrets, à savoir les représentations émergentes réelles ? Cette supposition se trouve par ailleurs corroborée par la dénégation qui suit : « *je vois pas autre chose. Non, je vois pas autre chose* » (alors que voit-elle réellement dont elle ne veut rien nous dire ?).

## ii. Représentation de soi : identification

Le pourcentage de représentations humaines supérieur à la norme est à pondérer du fait du faible nombre de réponses de Paola au protocole dans son ensemble : trois réponses humaines émergent, dont une assez mystérieuse (le « *Turc* » de la planche II : un étranger, quelqu'un de différent, qui se cache ou qui représente la différence ?), et une qui représente un personnage caché (« *y'aurait peut-être quelqu'un derrière qu'on ne voit pas, avec un nœud papillon* », à la planche III). Nous pouvons ainsi nous questionner sur ses capacités à se représenter l'unité d'une personne humaine visible, dont elle ne veut surtout rien nous dire. En effet, la question du personnage « caché » n'est pas sans nous renvoyer à son souhait de passer inaperçue, en donnant des réponses attendues, en formulant un discours de patiente idéale, en relatant des comportements de bonne citoyenne, socialement souhaitables.

Les seules réelles formes humaines classiques repérées à la planche III (« *deux personnes face à face* ») ne sont pas mises en relation : elles semblent plutôt renvoyer à une représentation spéculaire. Paola ne donne par ailleurs qu'une seule réponse kinesthésique, mais de mauvaise qualité (les visages qui se regardent à la planche IX) : n'apparaissent ainsi aucune mise en relation des représentations projetées sur les planches, ce qui donne à penser une incapacité à se confronter aux conflits psychiques, même s'ils sont repérés, identifiés.

Cependant, à la planche IV, planche de l'autorité (surmoïque) renvoyant au thème du sexuel phallique, émergent des défenses (contre-investissement par rapport à la représentation phallique) face à des représentations puissantes dont Paola se défend, et qui nous interrogent sur ses représentations de l'imaginaire paternelle.

## b. L'axe objectal

### i. Représentation des relations

Le pourcentage de réponses humaines dans le protocole de Paola se situe au-dessus des normes, signant de bonnes capacités de socialisation. Néanmoins, le peu de réponses kinesthésiques semble significatif de ses difficultés d'élaboration, puisque « *la présence suffisante de réponses kinesthésiques peut devenir un facteur diagnostique intéressant permettant de différencier les organisations psychiques pour lesquelles les possibilités de mentalisation sont effectives, de celles qui disposent d'un monde de représentations et d'une scène psychique réduits* »<sup>164</sup>.

Concernant les planches qui renvoient à des représentations de relations, il est intéressant de noter que Paola fige les personnages ou animaux : ils sont face à face, et au mieux se regardent. À la planche II, une réponse globale sous forme de représentation unifiée (un masque ou un Turc) lui permet d'éviter toute dimension relationnelle. À la planche III, les personnages ne sont pas mis en relation (deux personnes face à face), de même qu'avec les museaux de bête de la planche VII, « *qui se regardent et qui se font...* ». L'ébauche de mouvement (de relation entre les animaux ?) qui émerge est immédiatement refoulée, la mise en relation serait-elle trop chargée pulsionnellement ?

À la planche IX, Paola se dit en difficulté et projette des visages d'animaux (sic) la bouche ouverte. Cette planche maternelle précoce qui traduit les plaisirs/déplaisirs liés aux contacts

---

<sup>164</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p. 138.

initiaux avec l'environnement relationnel entraîne chez elle un évitement de toute référence féminine.

## ii. Traitement des affects

Paola ne fait aucune remarque sur la couleur tout au long de la passation et ne semble pas y être particulièrement sensible, excepté aux trois dernières planches pastel, qui la déstabilisent clairement. L'absence de réponses sensorielles (couleur et estompage), ainsi que le RC% en dessous des normes nous confirme une difficulté et/ou un refus à se laisser toucher par la couleur, une tentative de recours au rationnel pour éviter tout mouvement affectif et pour maintenir à distance la sensibilité relative aux sollicitations latentes des planches.

Le type de Résonance Intime (TRI) et la Formule Complémentaire (FC%) pointent tous deux un fonctionnement intratensif, caractéristique de la tentative de « lissage » du fonctionnement psychique, Paola tentant de contenir les manifestations affectives émergentes pour contrôler les affects relatifs aux angoisses et fantasmatisques suscitées par le matériel.

## C. Évaluation de l'organisation défensive

Le protocole de Paola est très inhibé : le temps de passation est court, les réponses brèves et globales, elle ne prend pas le temps de réfléchir et d'élaborer. Le fonctionnement psychique est extrêmement défendu, les contenus sont pauvres, les représentations semblent sous le sceau de défenses psychiques inhibitrices. En revanche, le contact à la réalité semble de bonne qualité, les formes sont intègres, ainsi que les enveloppes, les banalités normalement présentes, ce qui nous amène à penser que derrière ces réponses inhibées et défendues, le fonctionnement psychique de Paola est préservé.

En regard des mécanismes de refoulement et d'inhibition, des multiples représentations au symbolisme transparent et des réponses qui traduisent un accès libre au symbolique, nous pourrions ici faire l'hypothèse d'un fonctionnement névrotique de type hystérique de Paola, dont nous allons poursuivre l'exploration au T.A.T.

### III. Analyse clinique du T.A.T.

---

Le protocole de T.A.T. de Paola, au même titre que celui de Rorschach, est très inhibé : les réponses sont courtes et peu élaborées, ce qui se traduit dans la synthèse des processus d'analyse du discours (cf. Tome II) par une surreprésentation des procédés de type obsessionnels (A3) - avec des précautions verbales qui servent le refoulement, d'inhibition (CI) et d'investissement narcissique (CN). Plus de 50% des éléments appartiennent aux procédés de la série C - Evitement du conflit, avec une majorité de procédés Inhibition (CI) et Investissement Narcissique (CN), et un peu moins de 30% à la série A - Rigidité (procédés de Référence à la réalité externe et procédés de type obsessionnel), ce qui corrobore le mode de fonctionnement psychique identifié au Rorschach. Néanmoins, certaines planches du T.A.T., très probablement de par leur aspect figuratif, représentent un étayage qui amène Paola à se raconter, de manière aussi fluide qu'en entretien, et qui lui permet de s'éloigner de la situation projective, qui manifestement la met en difficulté.

Aux cinq premières planches, Paola répond de manière laconique, cherchant manifestement à écourter la passation. En deux-trois phrases maximum, elle s'affranchit des images, pointant à l'issue de la première qu'elle n'est pas très bavarde, comme pour s'en excuser, puis terminant les autres par des « voilà », « c'est tout » et même un « je vois rien » à la planche 3BM, qui renvoie à la position dépressive. Il semble qu'elle se défend des sollicitations latentes des planches, manifestement bien identifiées, mais peut-être trop génératrices d'angoisse pour elle.

À la planche 6GF, après avoir été en difficulté pendant un long moment, nous disant que c'est difficile pour elle, que « ça » ne lui dit rien, qu'elle ne voit pas... Elle finit par identifier l'homme comme le père, puis associe sur son histoire, racontant dans le détail la place qu'a pris son père dans sa vie amoureuse. Il l'a en effet empêchée de se marier avec un homme qu'elle aimait et s'est excusé plusieurs années après de l'avoir poussée à épouser son futur mari, qui l'a rendue malheureuse, puis les a abandonnés, elle et son fils. Elle termine sur cette planche en nous disant : « *c'est la seule qui m'a fait parler* ». En regard de ce qu'énoncent

Brelet-Foulard et Chabert<sup>165</sup>, à savoir qu'en-dehors des fantasmes de séduction de type hystérique sollicités par cette planche, « *dans certains registres, il apparaît évident que la figure du père occupe une place et assure une fonction réparatrice lorsque la figure maternelle est trop fortement connotée par l'abandon* ». Alors que Paola nie l'impact affectif qu'a eu l'interdiction de son père de vivre sa vie de femme, il semble évident que cet événement a bouleversé sa vie. Nous pouvons nous questionner sur la place de ce père tout puissant (figure paternelle écrasante, excitante, mais également maternelle et étayante) face à une mère semblant absente (défaillante ?) et sur le vécu de Paola face à une soumission résignée. Par ailleurs, cette omnipotence paternelle est à mettre en lien avec la planche IV du Rorschach, planche de l'imgo paternelle, représentation dont elle se défend massivement.

À la planche 7GF, qui renvoie à la relation mère/fille et à d'éventuels mouvements d'identification avec la figure maternelle, Paola se projette d'emblée comme la petite fille de la planche, avec sa grand-mère, expliquant que cette dernière lui a appris beaucoup de choses, qu'elle était « *toujours* » à côté d'elle. Là encore, nous pouvons faire l'hypothèse d'une absence et/ou défaillance de la mère de Paola, cette dernière ayant reporté tous ses investissements sur sa grand-mère, qui est par ailleurs sa marraine et dont elle porte le prénom.

La problématique sous-jacente de la planche 10, à savoir la question du désir dans le couple, avec en toile de fond une référence incestueuse, renvoie Paola au couple parental, dans lequel elle s'immisce, après avoir décrit ses parents comme un couple heureux et fusionnel : « *et moi, j'embrassais toujours papa comme ça (comme quoi ? ndla) et il me disait, arrête, tu vas m'arracher la peau !* ». De même, à la planche 13B, ravivant le sentiment de solitude de l'enfant délaissé par le couple parental, elle projette son fils et l'abandon dont il a été victime par son père.

Il semble ainsi que lorsque le matériel la renvoie à des problématique trop angoissantes, Paola tente de se mettre à distance de la situation projective, se servant des planches comme support pour parler d'elle, se mettant en scène pour échapper à des angoisses latentes (registre hystérique ?). La planche 16, à laquelle elle répond dans un premier temps par un élément de

---

<sup>165</sup> Brelet-Foulard, F. & Chabert, C. (Dir.) (1990). *Nouveau manuel du TAT – Approche psychanalytique*. Paris : Dunod, p.47.

sa vie personnelle (« *Un jour, on m'a envoyé une carte postale comme ça, qui était toute bleue.* »), semble la désorganiser (la neige qui bouche, c'est « *tout blanc, tout blanc, tout blanc* »), ce qui questionne la solidité de ses objets internes.

Paola nous donne à voir à travers ses récits une image de soi plutôt dégradée, montrant un besoin d'étayage important, qui semble symptomatique d'une représentation d'une imago maternelle défaillante. La problématique des identifications, entre un père tout puissant venant suppléer une mère manifestement abandonnique, au moins psychiquement (ce qui n'est pas sans rappeler le complexe de la mère morte de Green), et une grand-mère qui prend la place d'imago maternelle étayante. Son fonctionnement psychique semble s'organiser autour d'un noyau hystérique et de traits narcissiques.

#### IV. Synthèse

---

L'entretien clinique et l'exploration projective de Paola nous renvoient à un fonctionnement psychique très défendu, dans une évidente quête de mise à distance des angoisses de mort liées à la maladie cancéreuse, malheureusement évolutive chez elle. Il s'avère que son discours, très fluide sur son histoire de vie et les événements qu'elle semble avoir plaisir à raconter, se révèle désaffectivé, surtout quand elle évoque son état de santé, se justifiant par un « *se laisser aller, c'est pas bon* » (l. 529), comme si elle avait conscience d'être en mesure de s'effondrer psychiquement.

L'ensemble de l'analyse clinique de Paola montre des défenses narcissiques et hystériques, qui semblent avoir pour fonction de tenir à distance la violence de son vécu actuel, à savoir une pathologie cancéreuse évoluant depuis trois ans, de très mauvais pronostic d'emblée, avec une menace de mort objective à moyen terme.

Même si Paola élabore peu autour du vécu de sa maladie, elle explique une étiologie non médicale qui est une évidence pour elle, et qui semble avoir pour fonction de donner du sens à cet « événement-maladie » : la très grosse contrariété qu'elle dit ne pas avoir pu évacuer autour de la fermeture de son restaurant, du fait d'une action malveillante de la part d'une concurrente jalouse selon elle, ainsi que le surmenage professionnel et le stress, seraient responsables de l'apparition de sa maladie. Elle impute ainsi totalement l'origine de son cancer à des facteurs psychologiques, en lien avec des événements qui nous renvoient à des traits de fonctionnement narcissiques (jalousie, réussite, surmenage). Cette construction psychique, en lien avec les théories étiologiques profanes objets de notre recherche, semble bien avoir une fonction défensive pour l'appareil psychique de Paola.

Si la proximité de la mort, en lien avec la maladie létale, paraît bien majorer chez Paola une mise à distance des affects due au traumatisme de l'émergence du cancer dans sa vie (fonctionnement par ailleurs pré-existant), il semble que l'élaboration d'un roman de la maladie, à travers la construction de théories étiologiques profanes, lui permette de faire face de manière adaptée à la violence de cet événement. Tout se passe comme si cette explication de

la maladie, cette construction psychique, permettait une renarcissisation salvatrice et étayante psychiquement.

- ANALYSE CLINIQUE DU PROTOCOLE DE SYLVAIN, 48 ANS

« *Je ne me plains jamais...* »

## I. Analyse clinique de l'entretien

---

Sylvain est un patient d'une cinquantaine d'années, petit et trapu, un léger duvet sur le crâne trahissant ses récentes chimiothérapies, qui se présente timidement à nous, dans un bureau de consultation du rez-de-chaussée du centre hospitalier où il est pris en charge pour sa maladie cancéreuse. Il précise d'emblée qu'il a accepté de participer à l'entretien, à condition que ce ne soit pas trop « *contraignant* » (l. 4) pour lui, ne précisant pas à quel type de contrainte il fait référence (contrainte de temps ou contrainte psychique ?). Il ajoute également qu'il ne veut pas non plus que ce soit « *personnalisé* » (l. 21), ce que nous entendons comme une volonté de ne pas parler de lui. En fin d'entretien, à l'issue de la passation des projectifs, il nous dit, exposant ainsi clairement son intérêt non avoué pour notre rencontre et le potentiel bénéfique qu'il pourrait avoir à rencontrer un professionnel du soin psychique : « *Sur le plan personnel, est-ce que vous, vous pensez que... Qu'on peut faire quelque chose dans mon cas ? (...) De votre côté, quoi, moralement... (...) Si ça pourrait m'être utile de, de continuer, mais au niveau personnel... Pas de manière généralisée comme celui-ci...* » (l. 697-702).

Le discours de Sylvain est très inhibé, il exprime clairement sa difficulté à aborder le sujet de sa maladie (« *C'est assez dur d'en parler* » - l. 45) et le fait qu'il est compliqué pour lui de s'y astreindre (« *J'essaie de penser à autre chose, tout simplement. Donc le fait d'en parler, c'est déjà dur* » - l. 47, « *C'est pas une promenade* » - l. 51). Ses phrases sont presque toujours incomplètes, comme laissées en suspens, entraînant un phénomène en miroir, une sorte de contagion de notre discours, devenant très précautionneux, comme si tout mot représentait pour lui une potentielle agression. Il apparaît, contre-transférentiellement, que nous ressentons d'emblée, et ce dès son entrée dans le bureau, la nécessité de l'étayer, de le « porter », comme s'il risquait de s'effondrer à tout instant. De manière inattendue et inhabituelle, nous parlons beaucoup en réponse à son silence, comblant les vides, avec l'impression que cet entretien représente une ultime épreuve pour lui, qu'il faudrait de fait atténuer. Il est à noter que la culpabilité en lien avec notre position de chercheur et la souffrance psychique que nous avons le

sentiment de lui faire subir à travers l'entretien clinique de recherche et la passation des tests projectifs a très probablement beaucoup influencé nos attitudes et contre-attitudes.

Sylvain n'a de cesse de nous dire, tout au long de la rencontre, à quel point le thème de celle-ci lui coûte. Il sous-entend qu'il ne pouvait pas refuser de participer à cette recherche, pour des raisons morales en lien avec sa responsabilité de malade, mais que cela est coûteux pour lui psychologiquement : « *Bien sûr, je suis pas bête hein, quand même. C'est pour la bonne cause. Et si ça peut faire avancer, pourquoi pas, bien sûr. J'suis pas contre hein. Loin de là. Mais faut reconnaître que voilà, c'est pas...* » (l. 284-286). À plusieurs reprises, il pleure pendant l'entretien, notamment quand il évoque les nombreux cas de maladie cancéreuse au sein de sa famille, mais aussi en expliquant sa colère et son sentiment de révolte, d'injustice, face à une maladie qu'il estime ne pas avoir méritée, du fait de son statut de non-fumeur.

#### A. Réalité médicale (Disease)

La maladie de Sylvain a été diagnostiquée environ un an avant notre rencontre : devant une toux persistante, initialement traitée par un antitussif par son médecin généraliste, des examens exploratoires (radiographie, scanner, PET Scan<sup>166</sup> et coloscopie) ont finalement révélé un cancer du poumon à petites cellules<sup>167</sup>. Sylvain a été traité dans un premier temps par radiothérapie, puis par chimiothérapie : depuis un an, il a été soumis à plusieurs protocoles, ce qui implique qu'aucun n'a eu les effets escomptés sur sa tumeur. Par ailleurs, il supporte mal le traitement actuel, se disant très fatigué, devant rester couché pratiquement une semaine complète après chaque cure, nous dit-il.

---

<sup>166</sup> Le PET Scan (Tomographie par Émission de Positrons ou TEP en français) est un examen isotopique. Il consiste à injecter un produit légèrement radioactif (isotope) dans le corps, qui va se fixer sur les tumeurs et/ou métastases.

<sup>167</sup> Il s'agit de la forme la plus dangereuse de cancer du poumon. Environ 20 % des cas de cancers du poumon se présentent sous cette forme. Au moment du diagnostic, le risque que le cancer se soit déjà dispersé ailleurs dans le corps est élevé. Il croît rapidement et il est souvent impossible de le traiter au moyen d'une chirurgie. On emploie plutôt la chimiothérapie et la radiothérapie.

Sylvain nous expose en pleurant à quel point la maladie lui a fait perdre son autonomie, ce qu'il qualifie d' « *affreux* » (l. 485 et 488), ne pouvant plus courir, faire du sport et de la moto, expliquant qu'au mieux, maintenant, il marche. Doucement. Selon lui, la maladie n'a pas « *tout changé* », mais « *tout ralenti* » (l. 494). « *De beaucoup* » (l. 496). Comme s'il avait pris quarante ans d'un coup, nous dit-il. Il ne travaille plus, se sent constamment exténué et dit vivre « *au ralenti* » (l. 498).

## B. Réalité subjective (Illness)

### 1. Représentations de la maladie

Sylvain a vécu l'accompagnement de fin de vie de sa mère, atteinte d'un cancer gynécologique, il y a plus de 25 ans, alors qu'il était jeune adulte et vivait encore au domicile parental, puis de son père d'un cancer qu'il n'est pas en mesure d'identifier il y a trois ans. Il ajoute : « *et puis, quelques années après, c'est à mon tour* » (l. 205). Selon lui, le cancer du poumon est une maladie qui ne peut concerner que les fumeurs : par conséquent, il explique clairement à quel point il a été surpris par son diagnostic, n'ayant quasiment jamais fumé de sa vie et menant par ailleurs une vie saine (pratique sportive, alimentation équilibrée), « *normale* », nous dit-il. Sa représentation de la maladie était telle qu'il se pensait à l'abri d'une quelconque atteinte. Par ailleurs, il semble que son histoire et son vécu l'aient marqué dans le sens d'une imprégnation de la mort associée à cette maladie, avec la quasi certitude d'une issue létale, ce qui correspond par ailleurs au pronostic, à court ou moyen terme, de sa pathologie.

Sylvain évoque également le regard des autres, dans lequel il projette une reconnaissance des stigmates de la maladie, associée à de la compassion et à ce qui pourrait être assimilable à de la pitié : « *Comme moi j'ai pu regarder d'autres, j'ai connu d'autres cas comme ça...* » (l. 232). Il explique qu'il ne veut pas donner « *ce truc-là* » aux personnes qu'il pourrait être amené à rencontrer, et préfère ainsi s'isoler, éviter tout contact social. Il ajoute, en parlant du cancer : « *Ça casse tout, ça casse tout* » (l. 482-483), exprimant à quel point la maladie (et les traitements) ont bouleversé sa vie.

## 2. Théories étiologiques

À l'aide de tentatives de rationalisation (« *Ça arrive à tout le monde, hein, bien sûr, on le sait* » - l. 70-71), Sylvain essaie de banaliser ce qui lui arrive (« *Ça me tombe dessus, et puis voilà* » - l. 82), mais toute élaboration l'amène systématiquement à constater l'injustice de la situation : ses conditions de travail n'ont jamais été source de risque professionnel (« *Je ne suis pas exposé à quoi que ce soit quoi. Je suis dans la voiture. À l'air ambiant* » - l. 89), il n'a jamais eu de conduites à risque identifiées comme potentiellement responsables de sa maladie... Il nous raconte, avec beaucoup de colère, une consultation avec un cardiologue très mal vécue où le spécialiste lui aurait demandé s'il fumait encore, « *avec un petit sourire* » (l. 93), précise Sylvain : il nous répète cette précision plusieurs fois, cette rencontre l'ayant manifestement beaucoup ébranlé. Selon lui, l'attitude du médecin a été jugeante et suffisante : « *Il pense qu'il est au-dessus de tout ça parce qu'il fume pas sûrement, ou je sais pas. Il doit se dire, lui il fume, allez hop. Et bah non. (...) C'est le constat qu'il doit se faire, il se croit au-dessus de tout ça, en se disant que lui, il a une vie saine, qu'il est médecin, qu'il est ci, qu'il est là... Bah voilà quoi. Moi je n'suis pas médecin, j'fume pas, et ça m'est tombé dessus. C'est tout* » (l. 105-110). Cette analyse de Sylvain nous renvoie à son impuissance face à la maladie, impuissance niée par le cardiologue, qui semble sous-entendre qu'il y aurait nécessairement une étiologie objectivable à sa maladie. Sylvain nous parle spontanément de « *remparts* » (l. 583) que construisent les gens (et pas uniquement le cardiologue selon lui) en pensant que si on ne fume pas et on ne boit pas, on serait nécessairement à l'abri : il semble qu'il projette ses propres représentations sur les autres, dans une colère manifeste de représenter une sorte de contre-exemple à ce type de certitudes. Ces pensées, à visées défensives et protectrices, ne peuvent en effet plus avoir d'effet rassurant sur lui, compte-tenu de sa position de malade.

Par ailleurs, il finit par nous annoncer que son épouse fume : « *entre un qui fume et un qui fume pas, c'est celui qui fume pas qu'est malade quoi* » (l. 639), pointant là encore son sentiment d'injustice. Suite à cette information, il nous dit : « *Ça me donne même envie de, enfin, j'ai pas envie de fumer... Sinon je refumerais* » (l. 643). Cette annonce, très surprenante du fait qu'il s'était d'emblée présenté comme « non-fumeur », insistant sur une identité à laquelle il semble tenir plus que tout, nous laisse à penser que les choses ne sont peut-être pas si

claires. Était-il en réalité fumeur, mais sans la possibilité d'assumer ce qui aurait pu lui donner une responsabilité dans l'apparition de sa maladie ? Finalement, le statut de « non-fumeur » reflète-t-il vraiment la vérité ou bien découle-t-il d'une réalité reconstruite après le diagnostic, afin de contenir une culpabilité ingérable psychiquement ?

Sylvain évoque également l'hérédité, nous disant « *j'ai perdu mes parents de ça* » (l. 115). « *Ça* », c'est à dire le cancer, dont il semble faire un genre d'amalgame, comme si l'hérédité avait un rôle dans l'étiologie pour le Cancer en général... Sa mère est décédée d'un cancer gynécologique alors qu'il était jeune adulte, son père d'un cancer qu'il ne sait pas qualifier (ce qui est étonnant compte-tenu de la récence de l'événement) il y a trois ans. Par ailleurs, la sœur aînée de Sylvain est actuellement en traitement d'un cancer du sein, dont le diagnostic a été fait environ six mois après le sien : il exprime très clairement que pour lui, la survenue de cette maladie est le résultat du choc relatif à l'annonce de sa pathologie à lui. Son discours n'est pas sans nous renvoyer à quelque chose de l'ordre d'une malédiction familiale, qu'il sous-entend, mais sans la nommer. La fratrie compte également deux frères aînés, qui eux ne sont pas malades.

Néanmoins, si les réponses à la partie « causes de ma maladie » de l'IPQ-R chez Sylvain corroborent son discours, à savoir qu'il impute essentiellement le cancer à l'existence de facteurs de risque (plus qu'à des facteurs héréditaires ou psychologiques), il répond aux trois points de la partie libre : hérédité, malchance et vieillissement, faisant alors abstraction de sa conviction des facteurs de risque (notamment la cigarette) de sa maladie.

### 3. Processus défensifs

Au regard de l'attitude de Sylvain durant l'entretien et du contenu de son discours, il apparaît de manière évidente qu'il fait face à ce qui lui arrive actuellement en tentant une mise à distance radicale, mais probablement peu efficiente, de la maladie. Il expose clairement son souhait de mettre la maladie de côté et d'essayer de l'oublier, comme si, grâce à une pensée magique, faire « comme si » ça n'existait pas permettait de faire l'économie des affects en lien avec les événements : « *Bah, c'est pas que j'aime pas, mais je sais pas si ça sert à quelque chose d'en parler* » (l. 145). Cependant, il parvient à nous dire très clairement que ses

tentatives de mise à distance ne se révèlent pas opérantes, que son cancer est omniprésent, qu'il ne peut quasiment jamais l'oublier : « *Les seuls moments où ça va à peu près, c'est quand je pense à autre chose. Et c'est pas souvent. J'y pense très, très, très souvent.* » (l. 340-341), « *J'ai tout le temps ça en tête. Bah, ça revient tout le temps* » (l. 343).

Les réponses de Sylvain au DSQ-40 entraînent des scores sensiblement comparables à ceux de son groupe d'appartenance (patients en phase palliative de leur maladie), avec un style « névrotique » un peu plus marqué et un style « mature » légèrement plus bas. Il ressort de l'analyse item par item que les processus défensifs les plus représentés dans les réponses de Sylvain sont l'anticipation, l'annulation, le pseudo-altruisme et la somatisation.

#### 4. Mise en sens

L'élaboration d'un roman de la maladie et d'une mise en sens de cet « événement-maladie » semble difficile pour Sylvain du fait de sa fixation sur l'idée que le cancer du poumon ne peut qu'être le lot des fumeurs (idée corroborée par le monde médical et le cardiologue qu'il rencontre). Son mode de vie ne le prédisposant pas, selon lui, à cette maladie, il ne comprend pas, mais semble évoquer une sorte de malédiction familiale. Au-delà de ses représentations initiales, sa maladie résonne pour lui comme un drame qui a complètement modifié sa vie. Il ne paraît pas en mesure d'élaborer quoi que ce soit, mais nous pouvons faire l'hypothèse que le pronostic d'emblée létal y contribue, du fait d'une sidération de ses processus de pensée, en lien avec la menace de mort (réelle).

#### C. Réalité sociale (Sickness)

Sylvain est marié depuis peu à une femme qui est en activité professionnelle, mère de deux grands enfants, qu'il dit ne pas avoir élevés, puisque déjà autonomes quand il a rencontré leur maman. Lui-même travaille comme électricien dans un grand groupe, une activité qui le mettait constamment sur les routes, ce qui semblait tout à fait lui convenir. Depuis le diagnostic, il est arrêté, n'étant plus en mesure de poursuivre son activité professionnelle.

Il dit être très bien entouré, par son épouse, ses frères et soeurs... Son chien, qu'il sent touché quand il le voit partir en ambulance le matin. Cependant, il veut protéger ses proches et regrette ce qu'il a l'impression de leur faire vivre : « *C'est vrai, c'est bien d'être entouré, c'est très bien d'être entouré, mais voilà. On fait de la peine à tout le monde, on a de la peine. Voilà, enfin. Si l'entourage est proche, il est d'autant plus touché quoi, en étant proche* » (l. 192-194). Ainsi, il fait en sorte d'afficher un sourire constant, afin de ne pas « *polluer l'univers* » (l. 297) de son entourage, nous dit-il. Par ailleurs, il ne veut pas entendre parler d'amis ou de collègues, de peur qu'ils remarquent les changements physiques dont il est victime, et que leur regard sur lui change. Il dit avoir eu plusieurs fois l'occasion de retourner au travail, a reçu plusieurs invitations, qu'il a toujours déclinées. Il s'isole ainsi de plus en plus socialement, comme beaucoup de malades atteint de cancer (Bacqué & Baillet, 2009), refusant de se donner à voir « *dans cet état-là* » (l. 218).

Enfin, lorsqu'il est question de sa potentielle paternité, il dit préférer ne pas avoir eu d'enfants, expliquant que « *ça aurait fait une peine supplémentaire* » (l. 188-189). Il évoque ainsi la tristesse qu'il pense engendrer chez tous, même chez son chien ajoute-t-il, évoquant à demi-mot sa mort à venir et la souffrance que cela ajouterait de laisser des enfants derrière lui...

## II. Analyse clinique du Rorschach

---

### A. Clinique de la passation

#### 1. Dynamique de la passation

Déjà ébranlé par l'entretien clinique (au cours duquel il a beaucoup pleuré), Sylvain appréhende difficilement les tests projectifs. La passation du Rorschach se déroule extrêmement rapidement : en à peine dix minutes, il traite les dix planches (en refusant deux), ne donnant la plupart du temps qu'une seule réponse par planche. Il formule ainsi dix réponses, de manière très expéditive, nous faisant remarquer qu'il n'est pas très bavard. Il ponctue son discours de « *je ne sais pas* », de « *c'est tout* » et de « *j'en sais rien* », au point que nous en ayons relevé les occurrences (plus de quinze en dix minutes !). Ses réponses sont défendues et peu élaborées, l'inhibition de Sylvain semblant lui permettre de lutter contre les représentations projectives qui pourraient émerger et le déstabiliser davantage.

Sylvain verbalise en fin de test à quel point il n'a pas apprécié la passation, formulant de manière explicite que ce n'est pas « *le genre de chose* » qui l'attire, et répondant lors du choix des planches : « *oh non, après, ça va trahir mon truc* », puis un peu plus loin « *ça fait ressortir des trucs, ça me met... Ça me fait penser à des choses que j'aime pas... Donc y'a rien qui me plaît* », nous donnant clairement à voir son refus de se laisser aller à l'expression de ses projections, probablement potentiellement trop déstabilisantes pour lui et risquant de le mettre à mal.

#### 2. Caractéristiques de la production

Le psychogramme de Sylvain nous donne à voir un protocole très inhibé, avec peu de contenus et de facteurs déterminants, des caractéristiques globalement dans les normes, même

si très discutables du fait du nombre très bas de réponses données. Le mode d'appréhension global du test est manifeste ( $G\% = 80\%$ <sup>168</sup>), très supérieur à la norme, au détriment d'une approche en détail quasi inexistante ( $D\% = 20\%$ <sup>169</sup>), témoignant d'une recherche de maîtrise du matériel, dans une tentative de ne pas se laisser toucher par les représentations émergentes. Il semble s'imposer chez Sylvain l'idée d'une fragilité extrême de l'intégrité corporelle, se manifestant dans cet « *effort de globalisation à tout prix qui ne permet pas la moindre découpe, synonyme alors de rupture ou de fragmentation* »<sup>170</sup>. Il semble que les mécanismes défensifs de Sylvain soient suffisamment rigides pour ne rien laisser émerger de son fonctionnement psychique, là où il peut nous dire clairement après la passation qu'il s'est senti en danger (psychiquement), les tests risquant objectivement de le fragiliser.

Sur le plan formel, il s'avère que le  $F\%$  est normatif, ainsi que le  $F+\%$  élargi, ce qui corrobore un protocole hyper normatif en lien avec ce que souhaite nous donner à voir Sylvain. Ses défenses semblent tellement massives et opératoires, qu'il parvient à nous donner les réponses qui permettent d'obtenir un protocole lisse, sans aucune émergence de représentations pulsionnelles. L'adaptation au réel chez Sylvain apparaît donc de bonne qualité à la lecture du psychogramme, toute régression étant impossible, mais nous interroge sur la rigidité de son fonctionnement psychique et les conséquences possibles sur sa capacité à faire face aux situations traumatiques qui émaillent sa vie.

## B. Analyse et interprétation

### 1. Les processus de pensée

#### a. Investissement de la pensée

---

<sup>168</sup> Normes adultes :  $G\% = 20-23\%$  (Azoulay, C. (2001))

<sup>169</sup> Normes adultes :  $D\% = 60-68\%$  (Azoulay, C. (2001))

<sup>170</sup> Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, p.114.

Le mode d'appréhension globale des planches par Sylvain pointe donc la recherche de maîtrise et de contrôle, avec de ce fait des réponses de bonne qualité formelle la plupart du temps, et des G simples ou élaborés, caractéristiques d'un fonctionnement rigide et qui n'est pas sans nous rappeler le fonctionnement normopathe décrit par Mac Dougall (1978).

Par ailleurs, l'absence totale de réponses autres que formelles, exceptées les deux réponses kinesthésiques, corrobore un contrôle excessif, associé à un refus d'engagement et à de faibles possibilités de créativité, appuyant l'hypothèse d'un fonctionnement extrêmement rigide et défendu, où la régression n'est pas envisageable.

#### b. Rapport au réel

Au vu du fonctionnement psychique décrit précédemment, le F% normatif chez Sylvain, caractéristique d'un intérêt porté au monde extérieur, est à relativiser. Par ailleurs, le F+% déficitaire, pointant un rapport au réel de mauvaise qualité, est contrebalancé par un F+% élargi normatif. De plus, l'absence totale de contenu imaginaire dans le protocole de Sylvain est caractéristique chez lui d'un monde imaginaire refoulé, renvoyant à un fonctionnement rigide et défensif : il ne veut rien nous donner à voir, probablement de peur de s'effondrer.

#### c. Adaptation sociale et facteurs de socialisation

Nous avons vu précédemment que l'approche en détail abrasée renvoie chez Sylvain à une tentative de maîtrise des mouvements pulsionnels qui pourraient émerger au contact du matériel projectif. Par ailleurs, nous faisons l'hypothèse d'un fonctionnement de type normopathe, qui est corroboré par le F+% normatif, un nombre de réponses animales et humaines classiques et surtout un nombre de banalités (cinq), ramené au nombre total de réponses, très important. Ces différentes caractéristiques dénotent un hyper conformisme chez Sylvain, peu étonnant au vu des éléments précédemment expliqués.

De même, le temps de passation court, ainsi que les temps de latence relativement brefs (excepté à la planche VIII, première planche pastel et planche du lien à la réalité) et la répétition de formules pointant la difficulté de Sylvain face au matériel (« *je sais pas* », « *j'en sais rien* » ...), confirment une gestion très défensive du test avec l'élaboration de réponses plaquées et banales, non engageantes psychiquement pour le sujet.

## 2. La dynamique affective : le traitement des conflits

### a. L'axe narcissique

#### i. Représentation de soi : identité

Nous avons vu que les éléments normatifs du protocole de Sylvain sont à mettre en perspective du fait du nombre de réponses extrêmement bas. De la même façon, et en lien avec la recherche de maîtrise des représentations (mode d'appréhension global au détriment d'une approche en détail), le F+% élargi normatif qui pourrait attester d'une bonne qualité des enveloppes psychiques chez le patient est à discuter. En effet, la réponse formulée à la planche VII, planche de l'imgo maternelle, floue (« *Des nuages. Enfin, des formes* ») et mal structurée, nous questionne sur la constitution de ses enveloppes internes, à mettre selon nous en lien avec la nécessité de défenses rigides et opératoires. Par ailleurs, malgré le petit nombre de contenus différents dans le protocole, les deux réponses anatomiques (les organes de la planche III et les images de scan(ner) de la planche X) nous donnent à voir une effraction des enveloppes, notamment à la planche X, révélatrice des capacités d'unification du sujet. Il semble donc que les mécanismes très rigides utilisés par Sylvain pour contenir les représentations pulsionnelles puissent faillir... De même, il est à noter deux réponses « *peaux* », aux planches IV et VI (peau d'ours et peau de chat), révélatrices de failles narcissiques et identitaires, qui semblent pointer le besoin de contenance et d'enveloppe chez le patient. Enfin, la planche IX, planche utérine et également révélatrice de failles narcissiques et identitaires, est refusée par Sylvain, qui semble sidéré et ne pas pouvoir faire face aux représentations émergentes en lien avec les sollicitations latentes de la planche.

Tous ces éléments questionnent sur l'absence de solidité du pare-excitation de Sylvain, et le risque d'effondrement face à des sollicitations pulsionnelles trop importantes. En terme de représentation de soi, même si Sylvain donne une réponse unifiée et banale à la planche V (la chauve-souris), il se dévalorise immédiatement, ajoutant « *je ne suis pas très bavard* », comme s'il déplorait de ne pas pouvoir en dire plus. Il est évident que le fonctionnement psychique figé du patient, empêchant toute exploration dynamique de ses processus de pensée, nous empêche d'analyser plus les mécanismes en jeu chez Sylvain, même si certains éléments semblent témoigner de fragilités sous-jacentes notables.

## ii. Représentation de soi : identification

Les représentations humaines se retrouvent au nombre de deux dans le protocole de Sylvain. La première, à la planche II, symbolise une représentation très défendue : les deux clowns se tiennent la main, le rouge est évité, l'image est neutre et acceptable. A la planche III, qui renvoie à une thématique relationnelle et d'identification sexuelle, il est intéressant d'analyser la réponse, qui résonne comme une dénégation : le couple qui discute. Au cours de l'entretien, il est clairement apparu que Sylvain et son épouse ne communiquaient que très peu, et encore moins sur les sujets anxigènes. De plus, l'image semble l'interpeler (il y reste plus d'une minute, là où il avait traité les deux précédentes en respectivement vingt-deux et quinze secondes), et finit par émerger une représentation très anxigène, en lien avec le rouge de la planche : les organes.

Aux planches à symbolisme sexuel (IV, VI et VII), Sylvain se défend par des réponses très brèves et défendues : la peau d'ours et la peau de chat, puis par une réponse très floue autour des nuages. Manifestement, les représentations pulsionnelles trop angoissantes sont refoulées, le fonctionnement opératoire du patient lui permettant de les tenir à distance.

## b. L'axe objectal

### i. Représentation des relations

Aux planches qui suscitent une dimension relationnelle (II, III et VII), Sylvain nous donne des réponses très adaptées en surface, avec les clowns qui se tiennent la main et le couple qui discute. Mais au vu de ce que nous avons exposé précédemment, nous pouvons nous questionner sur l'aspect normatif de ces réponses, qui pourraient venir en parade à l'émergence de processus trop débordant psychiquement. C'est ainsi qu'à la planche III, les défenses mises en place par Sylvain lâchent, laissant entrevoir un pare-excitation fragile, probablement effracté par le rouge de la planche qui le renvoie aux organes internes, réponse dont il se défend par ailleurs en nous disant finalement qu'il n'a rien d'autre à dire.

Quant aux potentielles représentations d'une imago maternelle contenant, en lien avec les représentations émergentes aux planche VII et IX, malgré son fonctionnement très défensif, Sylvain nous donne tout d'abord une réponse floue pointant sa difficulté à faire face à la dimension latente de la planche VII, puis refuse complètement la planche IX, ses mécanismes de défense semblant débordés et le mettant dans l'incapacité de donner cette fois-ci une réponse plaquée et normative.

### ii. Traitement des affects

Sylvain semble sensible à la couleur (« *Y'a des trucs en rouge* », « *C'est coloré* », « *Encore plus coloré* », émergence des organes (en lien avec le rouge) à la planche III) et donne trois réponses estompage, deux de texture (la peau d'ours à la planche IV et la peau de chat à la planche VI) et une de diffusion (les nuages de la planche VII). Il nous semble que les réponses estompage de texture portent ici « *la quête de soutien, d'un contenant, d'une enveloppe qui viendrait tamponner les éclats de stimulations ressenties avec trop d'acuité* » (Charbert, 2012, p. 186), très probablement du fait de l'effraction qu'a représentée psychiquement la maladie létale. De même, la réponse estompage de diffusion « *prend une valeur défensive*

*dans la mise en avant de réponses floues qui jouent un rôle d'écran par rapport aux émergences fantasmatiques et participent ainsi de mécanismes de refoulement (...). L'absence de consistance qui caractérise de telles associations rend compte de la friabilité des assises narcissiques, de la faiblesse du moi chez des sujets qui ne peuvent se construire autour d'un noyau solide » (Chabert, 2012, p. 187). Ces éléments corroborent le fonctionnement psychique défensif de Sylvain, marqué par le refoulement, et chez qui nous pressentons une fragilité narcissique et des limites mises à mal.*

Au vu du RC% très bas, attestant de l'incapacité à se laisser toucher et stimuler par l'environnement et du Type de Raisonnement Intime pointant un fonctionnement intratensif (TRI = 2K/1C), caractéristique d'une intériorisation (évidente chez Sylvain), il apparaît de manière évidente une confirmation du fonctionnement psychique rigide de Sylvain, sans aucune expression de représentations ou de symbolisations, la dynamique des processus psychique étant figée, en vue de protéger l'appareil psychique de potentielles agressions pulsionnelles. Néanmoins, la Formule Complémentaire (FC = 0K/3E) pointe un fonctionnement extratensif, qui signe selon nous le bouillonnement pulsionnel sous-jacent et inélaborable par Sylvain.

Il est à noter que même le choix des deux planches les plus aimées et des deux les moins aimées se révèle impossible pour Sylvain : il dit qu'aucune ne lui plaît, qu'elles sont toutes « moches », pour finir par nous dire que certaines le renvoient à des éléments qu'il ne veut surtout pas évoquer ...

### C. Évaluation de l'organisation défensive

La passation du Rorschach corrobore ce que nous a donné à voir Sylvain en entretien : son discours est très défendu, semblant le protéger d'un effondrement qui semble probablement imminent, les défenses psychiques érigées étant tellement massives, qu'elles nous semblent difficiles à tenir dans le temps. De plus, les épreuves de vie auxquelles est confronté le patient (maladie évolutive à pronostic létal pour lui, peut-être également pour sa sœur, repli et

isolement social et familial, syndrome dépressif) nous laissent à penser que les mécanismes de défenses risquent d'être amenés à se rigidifier davantage, compte-tenu du fonctionnement psychique de Sylvain.

### III. Analyse clinique du T.A.T.

---

L'analyse des procédés d'élaboration du discours de Sylvain au T.A.T. se révèle tout à fait significative de ce que nous avons observé au Rorschach, et a minima dans la rencontre clinique (cf. synthèse du T.A.T. - Tome II). En effet, seuls les procédés de la série A (rigidité) et de la série C (évitement du conflit) sont globalement représentés, de manière sensiblement égale. Néanmoins, les procédés de la série B (labilité) sont quasi absents (ils ne représentent que 5% de l'ensemble des réponses), ainsi que ceux de la série E (émergence des processus primaires). Plus précisément, le discours de Sylvain s'organise autour de procédés de type obsessionnel et de procédés d'inhibition. Ces éléments corroborent ce qui a été observé au Rorschach : le fonctionnement psychique s'organise autour d'une inhibition massive, de manière rigide, sans aucune labilité des représentations et de la dynamique psychique, à tel point que cela rend extrêmement difficile l'analyse du test.

L'intégralité des planches est traitée par Sylvain en évitant complètement la problématique latente, la plupart du temps en une phrase descriptive, plus ou moins élaborée. Il répond de manière très brève, ne s'attardant pas plus d'une minute sur chaque image (souvent bien moins d'ailleurs). Il ne nous donne rien à voir de son fonctionnement psychique, dans un refus qui peut sembler obsessionnel de laisser percevoir quoi que ce soit à l'autre. Les seules planches desquelles nous pouvons extraire quelques éléments sont les planches 6BM, 8BM et 11.

En effet, à la planche 6BM, qui renvoie à la relation mère/fils dans un contexte de tristesse, Sylvain évite la problématique de la planche en la décrivant vaguement, jusqu'à ce qu'il nous dise que « *ça n'a pas l'air d'être terrible (...) Ils ne sourient pas* », pour qu'émerge ensuite une représentation massive et angoissante : « *son chat qui s'est fait écraser* ». Ce moment de débordement, là où Sylvain semble parfaitement contrôler l'émergence de ses représentations, appuie l'hypothèse d'une imago maternelle peu contenant. De même, à la planche 11, suscitant des mouvements régressifs et renvoyant à une imago maternelle archaïque, il évoque un éboulement, manifestement sans doute l'effondrement associé à ses représentations.

À la planche 8BM, le discours de Sylvain est un peu confus, manquant de clarté et surtout s'éloignant de la description en exprimant des affects et des représentations angoissantes : « *ça me plaît pas* », « *lugubre* », « *morgue* ». Il semble que l'image, s'apparentant à une scène chirurgicale et à des pulsions destructrices et mortifères, déborde ses mécanismes défensifs, le renvoyant probablement à ce qu'il vit actuellement sur le plan médical.

Le protocole de T.A.T., à l'instar de celui de Rorschach, ne nous donne quasiment aucun élément du fonctionnement psychique de Sylvain : ses défenses sont massives et rigides, il ne nous montre rien. Néanmoins, il est difficile de savoir quelle part prend la maladie somatique dans ce fonctionnement défensif. Nous pouvons imaginer que l'aspect traumatique du cancer, d'emblée de très mauvais pronostic, peut avoir un impact tel qu'il ait sidéré les processus psychiques du patient, entraînant une nécessité de ne plus penser, de ne plus élaborer. Nous faisons néanmoins l'hypothèse d'un fonctionnement antérieur obsessionnel et défensif, probablement en lien avec des carences affectives précoces, la seule problématique émergente aux tests étant celle d'une imago maternelle peu contenantante.

## IV. Synthèse

---

Au regard de l'entretien clinique et de l'analyse des tests projectifs de Sylvain, il apparaît un fonctionnement psychique marqué par l'inhibition et contenu par des défenses rigides et massives, probablement à mettre en lien avec la problématique actuelle du patient. Néanmoins, ces défenses semblent peu efficaces, le patient nous donnant l'impression d'être au bord de l'effondrement, très fragilisé. Il est difficile d'émettre des hypothèses sur son organisation psychique antérieure, même s'il semble évident que ses capacités d'introspection et d'élaboration n'ont jamais été très développées.

Sylvain refuse de manière latente la situation de test (et d'entretien) : la régression et le lâcher-prise sont impossibles, il est trop mis à mal par la passation, invalidée sur le plan psychique. Il ne veut rien donner, comme les autres patients de la recherche par ailleurs, mais sa maladie est particulièrement grave : l'accrochage au réel lui permet de lutter contre son monde interne (incapacité/refus de penser). Le manque d'investissement face aux tests est clairement formulé : « *Après, faut pas que je reste une demi-heure à développer quoi. Mais si la première impression ça suffit, ça me suffit de toute façon, et voilà. Non, non, ça a pas été dur de le faire comme je l'ai fait* » (Il parle ici de la façon dont il a répondu aux tests).

Comme chez Boris, nous observons chez Sylvain un processus de désymbolisation, une perte du sujet, or : « *Il n'y a pas de subjectivation possible sans travail de symbolisation* » (Roussillon, 2014, p.196). Cependant, même s'il nous exprime clairement son souhait de ne rien élaborer autour de la maladie, qu'il fait en sorte de ne pas y penser sous peine de s'effondrer, il nous dira tout de même, à l'issue de la rencontre : « *Sur le plan personnel, est-ce que vous, vous pensez que... Qu'on peut faire quelque chose dans mon cas ?* ». S'ensuit alors un long échange sur la pertinence qu'il entame un travail psychothérapeutique, ou tout du moins qu'il soit accompagné par un professionnel du soin psychique dans l'épreuve qu'il est en train de vivre. Il semble que la rencontre l'ait amené à ce questionner sur ce point, alors qu'il s'em défendait jusqu'à présent. En effet, il apparaît clairement que le repli sur soi a toujours été la façon d'aborder la vie pour Sylvain, pour exemple le choix d'un métier, probablement pas par hasard, où il se trouve sur les routes toujours seul, ce qui démontre bien un

désinvestissement des relations (perceptible en entretien), bien en amont de l'irruption de la maladie dans sa vie.

En rapport avec notre hypothèse de recherche autour d'une sidération des processus psychiques en lien avec la proximité réelle à la mort, il semble vérifiable chez Sylvain que le caractère léthal de sa pathologie entraîne des angoisses et une rigidification de ses processus de pensée, qui ne lui permettent plus de donner du sens à son vécu, si toutefois il en était capable auparavant. Néanmoins, ses représentations autour de l'étiologie de sa maladie lui permettent d'exprimer une colère intense et possiblement salvatrice, sous réserve qu'elle ne masque pas une culpabilité relative à une responsabilité supposée dans l'apparition de la maladie.

## CHAPITRE 5. RÉSULTATS ET DISCUSSION

---

### I. Résultats

---

Nous allons ici nous attacher à mettre à l'épreuve notre hypothèse générale et nos hypothèses de travail, dans un premier temps au regard des données qualitatives de cette recherche, puis à travers l'étude de nos cas cliniques, dans la partie quantitative de notre travail.

Pour rappel, notre hypothèse générale était formulée de la manière suivante :

**Les représentations de la maladie seraient différentes en fonction de la proximité réelle de la mort, selon que le sujet se trouve en phase curative ou palliative de son traitement, ainsi que les possibilités d'historicisation et de mise en sens de cet événement-maladie traumatique, du fait d'un éventuel débordement des processus psychiques défensifs et des capacités élaboratives du sujet.**

Et nous avons posé les hypothèses de travail suivantes :

- **HT1** : les processus d'élaboration autour de la question du sens de l'événement-maladie, visibles en phase curative de la maladie s'abraserait en phase palliative ;
- **HT2** : les représentations de la maladie se modifieraient corrélativement avec l'évolution péjorative de la maladie ;
- **HT3** : les processus défensifs seraient remaniés dans le cadre d'une maladie évoluée de mauvais pronostic, par rapport au moment où il y avait un espoir de rémission.

## A. Données qualitatives

Nous avons vu dans le chapitre 2 (Analyse quantitative) de la seconde partie de notre travail (Recherche) que les résultats statistiques de notre recherche allaient dans le sens d'une quasi-absence de différences objectivables entre les deux groupes de patients, tant dans leurs représentations de la maladie (IPQ-R) que dans leurs styles défensifs (DSQ-40). En dehors des différences inhérentes à la gravité et à l'évolutivité de la maladie (nombre de symptômes associés, évolution chronique qui dure dans le temps et conséquences), à savoir que les sujets en phase palliative de leur maladie décrivent davantage de symptômes imputés à leur maladie, ont le sentiment que cette dernière va durer plus longtemps, qu'elle a plus de conséquences et qu'elle est moins prévisible, les scores à tous les autres items sont sensiblement les mêmes entre les deux groupes de patients (pas de différence significative au plan statistique). L'impact que pense avoir le sujet lui-même sur sa pathologie cancéreuse, les effets qu'il imagine que peuvent avoir ses traitements, le sens de la maladie et ses conséquences sur le plan émotionnel, ainsi que les éléments explicatifs (immunité, facteurs psychologiques, facteurs de risque et hasard), se retrouvent être les mêmes quel que soit le stade d'évolution de la pathologie cancéreuse. En termes de styles défensifs (Matures, Névrotiques et Immatures) ou de mécanismes de défense (vingt mécanismes pris en compte dans le DSQ-40), nous ne retrouvons absolument aucune différence significative sur le plan statistique entre les deux groupes, élément qui irait dans le sens d'une absence de remaniement des processus défensifs chez les patients en lien avec l'évolution péjorative de leur maladie cancéreuse.

Au regard des éléments quantitatifs de cette recherche, nous aurions tendance de manière globale à infirmer notre hypothèse générale, avec l'idée que la proximité réelle de la mort n'aurait pas un impact plus important que sa proximité fantasmatique (en lien avec les représentations du cancer associé à la mort). Les représentations de la maladie n'évolueraient pas nécessairement, pas plus que les hypothèses étiologiques ou les processus défensifs mis en place. Ainsi, nos trois hypothèses de travail (HT1, HT2 et HT3) seraient à rejeter, avec l'idée d'une absence de mouvement psychique fondamental lors de l'évolution péjorative de la maladie. Ces premiers éléments nous donnent à penser autour de la différence entre temporalité subjective du patient et temporalité objective médicale. En effet, que peut représenter la classification médicale curatif/palliatif pour les patients ? N'est-elle pas qu'une construction

scientifique nécessaire pour rassurer les soignants ? Représente-t-elle une quelconque réalité pour l'individu malade, aux prises avec une pathologie d'emblée à potentiel léthal ?

Par ailleurs, les limites des tests psychométriques pour explorer des phénomènes psychiques si complexes (mise en sens, historicisation, capacités élaboratives, mécanismes défensifs) appellent nécessairement à un second temps de l'étude, qualitatif, qui nous permettra d'observer plus finement et de manière individuelle les processus psychiques à l'œuvre dans le contexte qui nous occupe.

## B. Données quantitatives

Pour chaque patient rencontré dans la phase qualitative de cette recherche, nous avons fait le choix de reprendre un résumé du cas clinique afin de mettre ensuite à l'épreuve nos différentes hypothèses, au cas par cas.

### 1. Patients en phase curative de leur maladie

#### a. Boris

Boris est un patient de 46 ans, atteint d'un carcinome de Merkel sus-pubien, diagnostiqué un an et demi avant notre rencontre. Traité par chirurgie et six mois de chimiothérapie, il est actuellement en rémission (depuis un an) et vient donc régulièrement au centre hospitalier où il a été suivi pour surveillance. Sa maladie est à haut risque de récurrence et il le sait, du fait notamment de recherches sur internet.

Pour lui, la maladie cancéreuse renvoie à des représentations violentes d'explosion et de mort, qui semblent avoir entraîné des angoisses massives qu'il tente de contenir par tous les moyens. Ainsi, le fait d'être tombé malade se révèle pour lui une épreuve violente. Son hygiène de vie « impeccable » ne le prédisposait pas selon lui à tomber malade : il impute par conséquent son cancer au hasard, même s'il évoque une éventuelle volonté divine de lui déli-

vrer un message de combativité. En effet, Boris explique s'être toujours battu dans la vie, avoir fait face à tous les événements difficiles, ne s'être jamais découragé : il se demande ainsi si la maladie ne lui est pas imposée afin de tester sa capacité à faire face à l'extrême, comme un « tremplin » pour devenir encore plus fort. Au cours de l'entretien de recherche clinique, probablement porté par l'étayage que représentait l'espace de parole qui lui était accordé, il s'est autorisé à formuler une hypothèse étiologique autour d'un coup pris dans l'aine lors d'une chute à vélo. Par ailleurs, ses réponses aux questionnaires montrent que chez lui, les causes psychologiques sont bien moins probables comme étiologies de la maladie que chez les autres patients. Néanmoins, des éléments de culpabilité émergent autour notamment du fait d'avoir trop tardé à consulter après avoir repéré sa « boule », qu'il a laissé évoluer plusieurs mois pensant qu'il s'agissait d'un kyste.

Boris utilise lors de notre rencontre des défenses qui se révèlent très rigides. De manière générale, il rationalise tous les événements, fait preuve d'un activisme qui l'empêche probablement de trop penser et utilise le clivage en toute circonstances (il verbalise tout le long des passations qu'il existe « le bon » et « le mauvais »). Marié et père de trois enfants, il décrit son entourage familial comme très soutenant, ce qui pour lui est encore un facteur de bon pronostic d'évolution de sa maladie (comme sa force mentale, son moral d'acier et ses activités diverses, notamment physiques). De même, sa récente reconversion professionnelle (il vient de réussir le concours d'entrée à l'école d'aide-soignant(e)) marque pour lui un élément positif (du « bon ») ne pouvant que favoriser son maintien en rémission.

Les épreuves projectives (Rorschach et T.A.T.) se montrent congruentes : les protocoles sont marqués massivement par le trauma, mais également par l'angoisse et la lutte antidépressive. La compulsion de répétition (lutte contre le noir des planches), le mouvement antidépressif et les défenses maniaques s'y retrouvent et la maladie est omniprésente, ce qui signe le traumatisme. Le discours de Boris est aconflictuel, il lutte contre ses mouvements dépressifs en se défendant systématiquement par le clivage (le « bon » et le « mauvais »), le « bon » (bon objet étayant notamment) représentant également fantasmatiquement tout ce qui lui a permis de guérir et lui permettra probablement de ne pas rechuter. Le défaut de subjectivation et les atteintes narcissiques visibles pointent des failles existantes, assurément majorées par l'apparition du cancer et en ce qu'il renvoie à la menace de castration réelle (ablation d'une tumeur située dans l'aine) et symbolique (perte de capacités physiques, fatigue). L'émergence

de processus primaires et de défenses psychotiques n'attestent pas d'un fonctionnement psychotique mais d'une mise à mal du fonctionnement psychique : le discours est très immature, peu élaboré, mais tient malgré tout grâce aux défenses maniaques (préexistantes dans sa vie, son mode de vie était exemplaire) et au clivage... L'arrivée de la maladie dans sa vie l'a très probablement complètement désorganisé, mais il ne peut s'accorder le droit à la dépression, les défenses maniaques et pensées positives venant envahir son espace psychique afin de lutter contre les angoisses de mort.

Chez Boris, il semble évident que malgré la rémission et donc le caractère curatif de sa maladie, la menace de mort est telle que ses processus psychiques se révèlent totalement débordés. Nous pouvons ici faire l'hypothèse d'un fonctionnement psychique initialement fragile qui a été massivement mis à mal par le diagnostic de maladie, sans que le fait qu'une rémission soit envisageable n'atténue d'une quelconque façon le phénomène. Ainsi, la question d'une proximité réelle de la mort peut être discutée ici, avec l'idée que sa proximité symbolique puisse avoir exactement les mêmes conséquences sur le patient, tant en terme d'évolution de son système défensif (rigidification chez Boris) que de modifications des représentations de la maladie ou des capacités à élaborer et mettre en sens cet événement. Ainsi, tant notre hypothèse générale que nos trois hypothèses de recherche se retrouvent ici remises en questions par le fait que, même si Boris est en rémission de sa maladie cancéreuse et donc en phase curative, la gravité de sa pathologie et le risque de rechute qui y est associé a entraîné un abrasement de ses processus d'élaboration, une rigidification de ses défenses et des représentations angoissantes et mortifères autour de la maladie, de la même façon que ce que nous aurions pu attendre chez un patient en phase palliative de sa maladie.

#### b. Brigitte

Brigitte est une patiente de 64 ans, dont le cancer du côlon a été diagnostiqué de manière fortuite, suite à une alerte de l'E.F.S. après un don de sang, du fait de la mise en évidence d'une anémie. Elle a été traitée par chirurgie puis par six mois de chimiothérapie, décrivant des effets secondaires peu importants. Actuellement considérée comme étant en rémission (depuis trois mois au moment où nous nous rencontrons), elle ne vient plus au centre hospitalier où elle a été traitée que pour des bilans de surveillance.

Les représentations de la maladie chez Brigitte sont violentes et synonyme de mort : d'emblée elle explique qu'à l'annonce du diagnostic elle a formulé son souhait de mourir tout de suite. Malgré une histoire de vie émaillée de traumatismes, Brigitte plaque un accident de voiture survenu il y a quinze ans pour expliquer la survenue de son cancer, comme si cette explication lui permettait de faire l'économie de penser à d'autres événements bien plus douloureux. Dans le questionnaire qu'elle a rempli, elle parle de hasard et d'immunité, tenant à distance les facteurs psychologiques qui selon elle n'ont absolument rien à voir dans la survenue de sa maladie. En effet, elle raconte de manière désaffectivée la dépression de sa mère suivie de son suicide, la mort accidentelle de son frère aîné un an plus tard, puis celle de son père d'une probable cirrhose alcoolique peu de temps après. De même, elle dit ne pas avoir souffert de son placement à l'assistance Publique à l'âge de treize ans, ni du fait que ses sœurs aînées ne se soient pas occupé d'elle à ce moment-là. Pas plus d'ailleurs que d'une rupture de lien avec un de ses fils qu'elle n'a pas vu pendant huit ans. À aucun moment de l'entretien Brigitte ne fait de liens entre les différents éléments de son histoire : elle raconte tout de manière factuelle, comme si rien n'avait d'impact sur elle. Elle nous dit par ailleurs que son mari représente un soutien pour elle, mais sans donner aucun élément affectif, comme si là encore, elle plaquait des représentations attendues (l'importance du soutien des proches dans la maladie par exemple), mais sans que cela n'ait une réelle résonance affective chez elle.

Les protocoles de tests projectifs nous donnent à entendre un discours rigide et inhibé, sous le sceau du contrôle, dans une sorte de refus passif de la passation. Les défenses sont rigides, permettant à Brigitte un évitement de toute représentation conflictuelle, et les procédés antidépressifs omniprésents. L'hypothèse d'un fonctionnement psychique névrotique, plutôt sur un versant obsessionnel, ne rend pas compte du sentiment d'abrasement affectif de la pensée. La maladie est très peu présente dans les protocoles, ce qui nous donne à penser que cette dernière représente un parmi tant d'autres traumatismes non élaborés, et qu'elle tente d'y faire face de la même façon : par l'évitement.

Ici encore, comme chez Boris, le caractère curatif de la maladie de Brigitte et le fait qu'elle soit depuis peu considérée comme étant en rémission ne semble pas avoir de conséquence majeure sur son fonctionnement psychique. Celui-ci semble débordé par une multitude d'événements de vie auxquels s'ajoute la maladie, sans qu'il ne lui soit davantage possible de mettre en sens les événements, d'élaborer les traumatismes. Là encore, notre hypo-

thèse générale et nos hypothèses de travail ne tiennent pas : tout se passe comme si la maladie cancéreuse, comme traumatisme supplémentaire dans la vie de la patiente, venait représenter la même menace de mort à venir que ne le ferait une maladie objectivement (au sens de médicalement) palliative.

### c. Pascale

Pascale est une patiente de 55 ans, atteinte d'un lymphome non hodgkinien en rémission depuis plusieurs mois. Un ganglion situé au niveau de l'aîne, surveillé pendant deux ans, a finalement révélé ce lymphome trois ans auparavant, nécessitant un an et demi de chimiothérapie. Considérée en rémission depuis, elle revient à l'hôpital pour un bilan de surveillance tous les six mois. Cette maladie a été le second cancer de Pascale. En effet, elle avait été soignée pour un cancer de la thyroïde douze ans auparavant, par chirurgie, traitement à l'iode radioactif et traitement hormonal au long cours. Elle nous dit bien que le vécu du premier cancer a fonctionné comme un amortisseur au moment du diagnostic du second. Néanmoins, nous entendons bien ses représentations angoissantes d'une maladie qu'elle sait pouvoir revenir à tout moment (et pour cause), et capable de métastaser (ce qu'elle qualifie de potentielle catastrophe). Par ailleurs, sa maladie a fait écho à celle de son père, un cancer du foie, dont il est mort en quelques mois il y a une quinzaine d'années.

Pascale banalise sa maladie et pense que son arrivée dans sa vie est due au hasard, même si pour son premier cancer, elle avait vaguement pensé à une problématique familiale de goitre. Selon elle, le second lui a moins « travaillé la tête » (l. 288), même si nous pouvons penser qu'il s'agit plutôt du contraire : le second apparaît comme une double injustice et n'a plus aucun sens (contrairement au cancer de la thyroïde auquel elle pouvait envisager des explications familiales). Elle évoque tout de même le fait d'être fumeuse, même si elle affirme d'emblée que la cigarette ne peut avoir aucun lien avec ses deux maladies. Il semble ici qu'elle ait à cœur de se dédouaner de toute responsabilité dans l'apparition de sa (ses) maladie(s). Durant l'entretien, Pascale semble prendre conscience que le diagnostic de son lymphome a été posé au moment même où son mari a pris sa retraite : elle s'en étonne, mais n'en dira pas plus... Mariée, Pascale a deux filles avec qui les rapports sont selon elle idéaux, de même qu'avec sa mère, vivant en province.

Pendant l'entretien, Pascale semble prendre conscience que la maladie lui a permis de modifier sa manière d'appréhender la vie, comme si elle était plus apte désormais à se concentrer sur l'essentiel. Néanmoins, son discours très défendu semble vouloir donner à voir un fonctionnement le plus « normal » possible : elle essaie de calquer ses propos sur ce qui lui semble attendu, y compris aux projectifs. Ses défenses se révèlent opératoires et montrent un fonctionnement psychique névrotique hystérique, marqué par des traits hystériques et obsessionnels (nettement visibles aux projectifs) : l'organisation normalo-névrotique, sous le contrôle de mécanismes de refoulement intenses et d'une inhibition massive, tend vers un hyperconformisme. Les angoisses massives à l'idée d'être anormale nous renvoient à un caractère normopathe, avec une organisation psychique de base qui semble stable, mais dont la maladie chronique majeure probablement les inhibitions. Pascale se défend par un refoulement massif d'une situation de test qui l'inhibe complètement : il s'agit de ce que nous pourrions qualifier de fausse participation car elle ne veut rien laisser voir de son fonctionnement psychique (cf. biais recherche : présentée par cancérologue, pouvait-elle vraiment refuser ?). Ce fonctionnement a entraîné des interventions massives et intempestives de notre part, probablement dans une volonté de fournir l'étayage nécessaire, mais également du fait d'une culpabilité latente de lui faire subir ce qu'elle décrit comme une torture...

Par rapport à nos hypothèses de recherche, ici encore il semble que la menace symbolique de la mort, tout autant que sa proximité réelle, ait un impact sur la rigidification des défenses et les angoisses relatives à la maladie. Néanmoins, le refus d'élaborer autour de son vécu et de tenter de donner du sens aux événements semble impossible pour Pascale, indépendamment de ses deux pathologies cancéreuses. Sa recherche absolue de normalité et sa personnalité suradaptée semblent en effet bien antérieure au premier diagnostic. Tout se passe ici encore comme si la menace de mort était similaire à celle qui pourrait être ressentie en phase palliative de la maladie, remettant en cause tant notre hypothèse générale que nos hypothèses de travail.

#### d. Louis

Louis est un patient de 75 ans, à qui il a été diagnostiqué un lymphome qualifié d'« agressif » il y a deux ans. Traité depuis par injections d'anticorps monoclonaux, il ne lui reste que deux séances à subir au moment où nous le rencontrons avant la fin de son traitement. La maladie revêt pour lui des représentations extrêmement angoissantes : au moment où il a appris son cancer, Louis a pensé aller « au trou » et a d'emblée organisé ses obsèques. Se décrivant comme plus apaisé au fil des mois, il parle néanmoins de maladie « récurrente » et craint beaucoup la rechute, qui serait pour lui synonyme de mort.

Louis établit d'emblée un lien entre sa maladie et son hygiène de vie : alcool, tabac, nourriture trop abondante, métier à risque (en lien avec l'amiante), même s'il avait répondu au questionnaire que l'étiologie de son cancer ne pouvait être que psychologique (score maximal), avec l'idée que le hasard n'avait absolument aucune place dans l'émergence de la maladie. Il nous explique néanmoins que son diagnostic a été posé deux mois après le décès de sa mère, femme de 101 ans, qu'il décrit comme « folle » (l. 568). Louis est marié et est père de six enfants, dont un fils d'une première union qu'il ne voit plus depuis la séparation d'avec sa mère, mais il ne dit rien de plus de ses rapports familiaux. Par ailleurs, il « lâche » au cours de l'entretien qu'il a eu un bébé avec sa première épouse, mort prématurément. De même, il évoque plusieurs décès d'amis proches et de membres de sa famille, notamment une nièce et un ami qui se sont suicidés. Ainsi, les représentations de la mort restent au premier plan tout au long de notre rencontre, y compris lors de la passation des projectifs.

Le discours très prolifique et énigmatique de Louis ne nous permet pas de suivre une quelconque mise en sens de son vécu de la maladie ou élaboration de son histoire de vie. Ses propos sont souvent hermétiques et difficilement partageables. Au Rorschach, il semble pouvoir contrôler ses représentations, du fait probablement du caractère abstrait des représentations, donnant de nombreuses réponses attendues et notamment des banalités. Seul un défaut de socialisation peut être pointé, ainsi qu'une approche globale du matériel, qui semble le fait de tous les patients de notre recherche. En revanche, le matériel concret du T.A.T. le désorganise totalement : le débordement pulsionnel marque des angoisses massives de mort et de morcellement et l'émergence de processus primaires (procédés de la série E) envahissent son

discours. Les limites internes/externes sont plus que fragiles (inexistantes ?) et les failles narcissiques et identitaires majeures.

Au regard de ce que nous venons d'évoquer et du fonctionnement psychique de Louis, il est difficile d'évaluer l'impact traumatique de la maladie cancéreuse, même si la massivité des angoisses de mort, présentes tant dans l'entretien clinique de recherche que dans les projets, nous donne à penser que la menace létale du lymphome a pu désorganiser le fonctionnement de Louis, le dissocier davantage de par l'atteinte corporelle et la menace réelle de morcellement. Ainsi, il ne nous semble ici encore pas possible de penser que le caractère curatif de sa maladie au moment où nous nous rencontrons permet à Louis d'élaborer plus facilement autour du sens de son vécu. Là encore, la proximité symbolique de la mort semble avoir le même impact que celui attendu dans le cas d'une menace réelle (remise en question de nos hypothèses de recherche).

#### e. Christian

Christian est un patient de 73 ans, hospitalisé il y a trois ans pour un A.V.C., hospitalisation au cours de laquelle a été découvert un cancer du côlon, traité par chirurgie puis chimiothérapie. À l'issue du protocole de chimiothérapie sont apparues des métastases hépatiques pour lesquelles il a été immédiatement réopéré. Au moment où nous nous rencontrons, Christian nous dit avoir plusieurs métastases hépatiques et une carcinose péritonéale, la chimiothérapie qu'il subit tous les quinze jours est donc palliative : elle vise à contenir l'évolution de la maladie. La pertinence d'inclure Christian dans le groupe des patients curatifs est très discutable. Néanmoins, notre protocole d'inclusion dépendait des informations données par les oncologues, qui pour Christian ont indiqué un espoir raisonnable de rémission.

En évoquant la maladie cancéreuse, Christian parle d'emblée de la mort à venir, mais en rationalisant son discours : contrairement à des patients plus jeunes (qu'il cite comme exemples) nous dit-il, lui a élevé ses enfants, fait sa vie... Il explique donc qu'il est normal qu'il tombe malade et qu'il risque de mourir. Quant à l'étiologie de sa maladie, il n'évoque que la fatalité, expliquant qu'avec toutes les « merdes » (l. 429) qu'il a eu dans sa vie, il est normal que cet événement lui tombe dessus. Par ailleurs, son discours est très défendu, désaf-

fectivé et presque provoquant, notamment quand il relate son histoire de vie : un enfant mort-né, la perte de son bras dans un accident, le décès de son père et de son frère cadet, sa mère qui ne l'aimait pas. Contre-transférentiellement, nous comprenons : « puisque vous voulez savoir, je vais vous dire », dans un déballage ressenti comme violent d'événements dramatiques évoqués sans aucune émotion apparente. Par ailleurs, penser et élaborer son vécu semble dangereux pour Christian, qui nous donne le sentiment de se mettre à distance pour se protéger. Marié depuis quarante-cinq ans et père de deux enfants, un garçon et une fille, seule l'évocation de sa petite-fille dont il s'occupe beaucoup entraîne des manifestations affectives visibles (il parle d'elle avec beaucoup d'entrain, de joie et de fierté).

Le protocole de Rorschach est d'une pauvreté et d'une banalité surprenante, dans une recherche de normalité proche d'un hyperconformisme, où Christian lutte clairement contre la dimension projective du test et contre son monde interne. Il nous dit d'ailleurs attendre les « bonnes » réponses à l'issue de la passation. Néanmoins, le T.A.T. voit son système défensif s'ébranler, avec un débordement pulsionnel laissant la place à des angoisses de mort et de morcellement envahissantes.

Au regard de ces éléments, nous pouvons penser que la proximité réelle de la mort chez Christian a rigidifié des défenses pré-existantes, probablement déjà très inhibantes du fait de son histoire de vie. Il semble que l'évolution de sa maladie entraîne chez lui une paralysie de ses processus de pensée salvatrice : il serait bien trop dangereux pour lui psychologiquement de penser ce qu'il est en train de vivre et la menace à laquelle il est confronté. La mise en sens et l'élaboration de ce qui pourrait s'apparenter à un roman de la maladie n'a ici aucune place et nous pouvons faire l'hypothèse que Christian n'a jamais pu mettre en œuvre les procédés qui lui auraient permis d'historiser les événements, et ce depuis toujours. Nous pourrions en effet imaginer qu'un environnement précoce précaire et pas assez contenant ne lui a pas permis de développer des processus psychiques en capacité d'élaborer les traumatismes advenus très tôt dans sa vie. Ainsi, là où face à la menace létale réelle de la maladie nous constatons chez Christian une rigidification des processus défensifs et des capacités d'élaboration abrasées, il est difficile d'affirmer que ces processus sont secondaires à l'aggravation de la pathologie. En effet, la succession d'événements traumatiques dans l'histoire de vie du patient nous semble avoir été précurseuse de ces fonctionnements.

## 2. Patients en phase palliative de leur maladie

### a. Bernard

Bernard est un patient de 65 ans, atteint d'un cancer du côlon diagnostiqué à l'occasion d'un bilan de surveillance classique. D'emblée à un stade avancé, la maladie, pourtant asymptomatique, est associée à une métastase hépatique et à un second cancer, totalement indépendant, localisé sur le rein. La chirurgie effectuée d'emblée est lourde, puisqu'une grande partie du côlon, ainsi qu'un rein et la métastase hépatique sont enlevés. S'en suit un protocole de chimiothérapie qui n'empêche pas l'apparition un an plus tard d'une nouvelle métastase hépatique, opérée immédiatement après sa découverte. Depuis, Bernard subit sans cesse différents protocoles de chimiothérapie, qui évoluent en fonction de sa tolérance et de leur efficacité. Malgré tout, la maladie ne cesse d'évoluer.

D'après Bernard, son père est très probablement décédé des suites de la même maladie que lui, malgré le fait que le diagnostic n'ait jamais été posé. Il est tout à fait conscient de la gravité de sa pathologie et du mauvais pronostic au vu de l'évolution constante, mais il ne l'évoque qu'à demi-mot. Concernant l'étiologie de son cancer, il présente de manière convaincue une hérédité, ne laissant aucune place à toute autre hypothèse qui n'aurait pas de valeur médicale par ailleurs. En effet, le discours de Bernard est très scientifique : il raconte l'histoire de sa maladie comme un médecin présenterait un cas clinique, avec beaucoup de distance et dans des termes médicaux parfaitement maîtrisés. Il évite tout affect et émotion, son discours est très cartésien, ce qui lui permet de s'extraire de la situation. Ses défenses rigides, de répression (des affects), de rationalisation et d'activisme sont massives. Il a mis en place un suivi médical optimal, qui l'amène à être pris en charge à plusieurs endroits de France, et a continué à travailler et à mener de nombreuses activités sportives et culturelles jusqu'à ce que son état physique ne le lui permette plus. Marié et sans enfant (il ne peut pas ou ne souhaite pas en donner les raisons), sa femme semble, elle, très inquiète pour lui.

Les protocoles de projectifs sont pauvres et extrêmement inhibés : Bernard perçoit parfaitement l'enjeu des tests et s'en défend, ne laissant aucune place à la projection, à l'imaginaire, à l'émergence de représentations en lien avec son monde interne, quelles qu'elles soient. Son

attitude de refus, mêlée au refoulement et aux défenses obsessionnelles massives, ne nous permet pas d'accéder à des éléments de son fonctionnement psychique.

Au regard de notre analyse, nous faisons l'hypothèse d'un fonctionnement obsessionnel antérieur chez Bernard, qui a toujours eu pour vocation de le couper au maximum de ses émotions. Néanmoins, nous pouvons imaginer que la menace létale représentée par la maladie, qui plus est alors qu'elle évolue de manière très défavorable, ait rigidifié son fonctionnement au point que l'isolation ne permette plus l'émergence d'aucun affect et que toutes les représentations soient sous contrôle. De même, il est difficile de savoir ce que pouvait élaborer et mettre en sens Bernard avant que la proximité réelle de la mort envahisse son espace psychique et que ses processus psychiques se figent de manière massive. En lien avec nos hypothèses de recherche, nous validons ici une rigidification des processus défensifs et des capacités élaboratives qui semblent figer la pensée, en lien avec le traumatisme de la menace de mort que représente le cancer évolutif.

#### b. Olivia

Olivia est une patiente de 49 ans, à qui l'on a diagnostiqué un cancer du sein il y a huit ans, initialement traité par chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. Par la suite en rémission, elle a rechuté il y a trois ans et subit depuis un enchaînement de chimiothérapies palliatives, afin de stabiliser l'évolution de sa maladie, qui a depuis métastasé. La maladie cancéreuse est pour elle associée à la mort, surtout lorsque sont présentes les métastases, qui la terrifient, tant elle en a compris la gravité. Le père de sa fille aînée, décédé d'un cancer du poumon il y a deux ans, avait justement des métastases : elle l'a accompagné jusqu'à la fin de sa vie. Elle formule par ailleurs clairement sa crainte de ne bientôt plus pouvoir être présente pour ses trois enfants, étant particulièrement inquiète pour ses deux fils cadets (sa fille aînée étant autonome).

Concernant les hypothèses étiologiques de sa maladie, Olivia parle de fatalité, expliquant qu'elle enchaîne toutes les catastrophes depuis toujours et qu'il n'y a aucune raison que ça s'arrête. Sa mère est morte d'une cirrhose du foie alors qu'elle était jeune adulte, elle a perdu une petite fille à l'âge de quinze jours, son frère est mort dans un accident de moto à 35 ans.

Elle semble avoir évolué dans un milieu précaire et carencé, marqué par l'isolement social. De plus, elle raconte des ruptures amoureuses violentes et vécues comme des abandons : la séparation d'avec le père de ses fils l'a menée à une hospitalisation en psychiatrie de plusieurs mois (pour dépression nous dit-elle), son état nécessitant le placement de ses trois enfants durant trois ans. Ce récit de vie, émaillé d'événements violents et de traumatismes, nous est amené par Olivia sans expression d'émotions : il semble que ses capacités d'élaboration soient sidérées et ne lui permettent pas d'aborder les faits autrement que factuellement (y compris sa mort à venir). Par ailleurs, la cancérologue d'Olivia lui a affirmé que sa maladie provenait du stress, hypothèse qu'elle semble investir, se décrivant effectivement comme très anxieuse et angoissée, mais qui lui permet également de ne pas entamer un travail psychique propre, une réflexion personnelle à propos de son histoire. Elle s'accroche à cette explication qui lui permet une économie psychique, la où de toute façon, elle n'est manifestement plus apte à penser.

Submergée psychiquement par une succession de traumatismes, Olivia raconte son histoire de manière défendue et désobjectivée, avec une inhibition et une passivité extrême : son discours est limité, aucune élaboration n'est possible. Nous retrouvons ces éléments dans les protocoles de projectifs, où les productions sont extrêmement pauvres, Olivia les abordant dans une attitude passive et de soumission au matériel. Les carences et failles identitaires majeures sont mises en évidence par l'analyse des réponses, mettant à jour une problématique narcissique et une mauvaise qualité des enveloppes psychiques. Ainsi, son fonctionnement psychique est marqué par des éléments dépressifs qui ne peuvent clairement s'exprimer (dépression impossible).

Notre hypothèse de recherche générale autour de l'impact de la proximité réelle de la mort ne semble pas pouvoir être validée chez Olivia. Même s'il semble évident que l'évolution de sa maladie et son mauvais pronostic majorent ses angoisses, il apparaît que son incapacité à penser et à mettre du sens sur les événements se révèle bien antérieure à l'apparition de la maladie dans sa vie. L'histoire de vie traumatique et la succession d'événements destructurants psychiquement ont probablement entamé les capacités d'élaboration d'Olivia bien en amont. Sa façon de se défendre de ce vécu destructeur par la mise à distance de la pensée semble très ancienne : la maladie cancéreuse paraît effectivement ici représenter un événement traumatique de plus parmi tant d'autre. Ainsi, et de la même façon, nos hypothèses de

travail ne se révèlent pas valides face à l'aggravation de la maladie, mais plutôt face à la succession de traumatismes dans la vie d'Olivia non élaborables.

### c. Sabrina

Sabrina est une patiente de 65 ans, dont le diagnostic de cancer du sein a été posé il y a huit ans. Traitée par chirurgie (tumorectomie dans un premier temps), chimiothérapie et radiothérapie, sa maladie récidive localement un an plus tard. Elle subit alors une mastectomie totale et un nouveau traitement par radiothérapie. Malgré tout, et contre toute attente, elle récidive à nouveau localement deux ans plus tard, alors qu'elle n'a plus de sein. Depuis, elle a fait face à de multiples interventions, cures de chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie, afin d'enrayer une maladie qui a récidivé quatre fois : depuis deux ans, elle est sous chimiothérapie de manière ininterrompue, afin de tenter de contenir l'évolution de sa pathologie. Au moment où nous nous rencontrons, elle vient de terminer une nouvelle cure de chimiothérapie depuis trois semaines et attend un bilan.

Sabrina ne dit rien de ses représentations de la maladie : elle exprime rapidement l'idée, mais sans trop la développer, qu'elle s'est créé son cancer à cause de son « *cerveau* » (l. 364), à savoir qu'elle se serait mis une pression intellectuelle et professionnelle telle que son corps aurait fini par dire stop. Par ailleurs, elle décrit une hygiène de vie exemplaire qui n'aurait pas dû la prédisposer à la maladie, signe d'une tentative de contrôle sur les événements, comme cela est le cas dans toutes les sphères de sa vie. Sabrina connaît son dossier médical parfaitement et dans le détail, et malgré le fait qu'elle s'est toujours entourée des plus éminents spécialistes (médecins et chirurgiens), elle a à cœur de nous expliquer à quel point elle a souvent dû gérer sa prise en charge et expliquer aux équipes médicales la marche à suivre. L'évolution peu banale de son cancer fait d'elle une patiente extraordinaire, « *pas comme tout le monde* » (l. 101-102) nous dit-elle. Il semble que ce caractère exceptionnel lui permette de faire face à une maladie peu docile, qui continue à évoluer malgré la multitude de traitements mis en place.

Par ailleurs, la rationalisation poussée à l'extrême, ainsi que l'anticipation, la répression des affects, le déni et l'humour, sont les mécanismes employés par Sabrina pour faire face à la

situation. En effet, l'irruption du cancer dans sa vie a détruit tout ce qu'elle avait construit auparavant pour se défendre narcissiquement et l'a empêchée de poursuivre son activité professionnelle (néanmoins omniprésente et centrale dans son discours), qui représentait un investissement narcissique conséquent. Mariée, sans enfants, elle décrit des parents défaillants et une sœur absente, sans s'apesantir sur la question : seul son remarquable parcours professionnel a du sens pour elle, manifestement car elle a pu en partie se réparer narcissiquement grâce à cet investissement. Les relations, personnelles, familiales, amoureuses ou sociales, semblent secondaires, très peu (pas ?) investies.

Aux projectifs, le discours de Sabrina se révèle peu élaboré, pauvre, mais loggorhéique : elle évite tout mouvement projectif, restant dans la rétention et le contrôle, à travers des représentations concrètes, afin de ne rien laisser émerger d'associatif ou d'imaginaire. La problématique narcissique majeure se retrouve, de la même manière que dans l'entretien clinique de recherche, les défenses narcissiques mises en place lui permettant de tenir face à la menace de mort représentée par la maladie.

Le fonctionnement psychique hystérique de Sabrina, lui ayant permis grâce à des défenses massives mais efficaces de faire face à ses failles et aux difficultés vécues tout au long de sa vie, sont ébranlées par l'irruption de la maladie et la proximité réelle de la mort. L'élaboration et la mise en sens de l'événement-maladie est impossible, ses capacités psychiques étant débordées par l'impact traumatique du cancer, ses défenses s'étant massivement rigidifiées. Ainsi, nos hypothèses de recherche (hypothèse générale et hypothèses de travail) semblent cohérentes dans le cas de Sabrina : l'évolution péjorative de son cancer a très probablement entraîné une rigidification de ses processus défensifs, un abrasement de ses processus d'élaboration et de mise en sens, et une évolution des représentations de la maladie vers quelque chose de plus en plus terrifiant en inimmable.

#### d. Paola

Paola est une patiente de 69 ans, atteinte d'un cancer du côlon diagnostiqué il y a trois ans, traité par chirurgie et chimiothérapie. Environ un an après, l'apparition de métastases au foie et au poumon ont nécessité une nouvelle intervention et plusieurs protocoles de chimio-

thérapie afin de tenter de contenir l'évolution de la maladie. Au moment où nous nous rencontrons, un traitement par chimiothérapie orale est en cours. Paola ne donne aucun élément concernant ses représentations de la maladie, si ce n'est que son père et son compagnon sont morts des suites de maladies cancéreuses il y a plusieurs années, respectivement du poumon il y a vingt ans pour son père et de l'estomac et pancréas pour son compagnon. Ainsi, elle expose de manière neutre et désaffectivée une maladie qui a emporté deux des hommes de sa vie (la relation avec son père était très investie, ainsi que celle avec son compagnon, avec qui elle a vécu vingt-cinq ans). Néanmoins, le discours de Paola se révèle loggorhémique et difficilement interrompable, mais autour d'événements de vie autres : son arrivée avec sa famille en métropole au moment de l'indépendance de l'Algérie, les difficultés professionnelles rencontrées par ses parents à la suite de cet exode, ses difficultés relationnelles, professionnelles et amoureuses (le père de son fils l'a quittée alors que celui-ci était tout petit), etc.

Concernant l'étiologie de sa maladie cancéreuse, Paola a une certitude : une dénonciation malveillante sur le plan professionnel l'a obligée à interrompre son activité de restauration. Cet événement, vécu comme une trahison et une attaque personnelle, a été traumatique pour elle et aurait déclenché son cancer, dont le diagnostic a été fait à peine quelques mois après. Cette explication paraît salvatrice pour elle, semblant donner du sens à l'insensé : la maladie qui l'arrête dans sa vie du jour au lendemain, alors qu'elle travaillait beaucoup et avait une activité professionnelle fondamentale pour elle. Par ailleurs, Paola explique que le cancer n'a rien changé dans sa vie, que tout va bien pour elle, qu'elle n'a rien à raconter : en effet, il nous semble qu'elle souhaite parler de tout sauf de sa maladie, l'inhibition à ce sujet étant massive tout au long de notre rencontre. Actuellement, elle est très soutenue par son fils et sa belle-fille, ses parents sont décédés, ainsi donc que son compagnon.

Le protocole de Rorschach est complètement descriptif, Paola ne nous livre rien. Néanmoins, l'aspect figuratif des planches du T.A.T. lui permet de parler de ses traumatismes, refoulés durant l'entretien et la première partie de la passation des projectifs. L'analyse des tests nous donne à voir des imagos parentales surinvesties, qui semblent lui avoir permis une construction psychique solide pour faire face aux multiples traumatismes évoqués. Par ailleurs, les défenses narcissiques et hystériques sont importantes et lui ont probablement permis de faire face à des événements de vie traumatiques et à la maladie létale sans décompensation ni effondrement.

Au regard des éléments évoqués en lien avec la rencontre clinique de Paola, nous pouvons faire l'hypothèse que la gravité de la maladie et ainsi la proximité réelle de la mort a rigidifié son système défensif et ses capacités élaboratives : la mise à distance de tout affect et représentation en lien avec la maladie semble une nécessité psychique pour Paola, l'approche distante et factuelle lui permettant probablement de faire face. Ces éléments donnent à penser une validation de nos hypothèses de recherche, qui semblent ici cohérentes avec l'analyse du cas de Paola.

#### e. Sylvain

Sylvain est un patient de 48 ans, à qui l'on a diagnostiqué un cancer du poumon à petites cellules (pronostic d'emblée très réservé), traité par radiothérapie et plusieurs protocoles de chimiothérapies, dont aucun ne s'est révélé efficace. Le traitement actuel est très mal supporté par le patient, il se sent excessivement diminué. Les deux parents de Sylvain sont décédés des suites d'un cancer, sa mère alors qu'il était jeune adulte, son père il y a quelques années. Il parle de malédiction familiale, d'autant que sa sœur a reçu un diagnostic de cancer du sein quelques mois après l'annonce de sa propre maladie. Il s'agit pour lui d'un drame qui a totalement bouleversé sa vie, bien entendu associé à la mort (du fait de son histoire), mais il ne développe pas ces représentations dans son discours.

En effet, le propos de Sylvain est clairement de dire que parler de la maladie est trop douloureux pour lui, qu'il cherche par tous les moyens à éviter d'y penser. Il se sent totalement impuissant, d'autant que pour lui, la seule étiologie du cancer du poumon est la cigarette, et qu'il se décrit comme non fumeur (il aurait fumé occasionnellement adolescent et jeune adulte, en soirée, mais plus depuis). Il évoque une hygiène de vie saine, avec des activités sportives et une alimentation équilibrée, comme pour chercher à se déculpabiliser d'une maladie dont il pourrait être responsable, en rationalisant les faits. L'intégralité de son discours, y compris aux projectifs, est défendu, cherchant à mettre à distance le sujet sur lequel il est convié à échanger.

Sylvain est marié et n'a pas d'enfant (son épouse a elle deux grands enfants d'une première union), il évoque assez peu les liens avec sa femme, et encore moins avec d'éventuels proches ou amis. Il donne le sentiment d'être très solitaire, ce que corrobore le fait que son métier l'amenait à être seul en permanence, probablement plus à l'aise dans une mise à distance des relations.

Il manifeste lors de la passation des projectifs une très nette attitude de refus : déjà destabilisé par le thème de l'entretien et le peu qu'il a déjà évoqué, il se défend de l'aspect projectif du matériel, ne voulant pas prendre de risque. Le protocole se révèle hypernormatif, Sylvain tentant au maximum de donner des réponses qu'il imagine attendues, ayant très peur que les tests le trahissent. Nous pouvons clairement nous interroger sur le fait qu'il ait accepté la deuxième phase de cette recherche : il nous semble que Sylvain aurait tout à fait été en mesure de refuser, néanmoins, il est venu. Mais qu'est-il venu chercher ? D'autant qu'à l'issue de l'entretien, il nous questionne sur la pertinence pour lui de rencontrer un psychologue (sous-entendu hors recherche). Est-ce que sa détresse était telle qu'il a envisagé cette recherche comme une bouée de sauvetage psychique ?

Par rapport à nos hypothèses de recherche, nous pouvons facilement imaginer que chez Sylvain la proximité de la mort a désorganisé et immobilisé ses processus de pensée : il semble se refuser à penser de peur de se mettre en danger. Il ne parvient pas à élaborer autour de son vécu, encore moins à donner du sens : la sidération psychique que nous ressentons apparaît comme directement liée à la menace de mort réelle qui fait suite à une maladie finalement diagnostiquée très récemment, et d'emblée à pronostic effroyable. Au regard de nos hypothèses de recherche, et même si nous envisageons le fonctionnement psychique antérieur de Sylvain comme très défendu et peu enclin à toute élaboration, il apparaît que la gravité de la maladie a bien eu les effets attendus (cf. hypothèses de travail) sur ses processus défensifs et son appareil psychique.

## II. Discussion

---

### A. Ressenti clinique

*« Quand les restrictions sont massives, contrariant le processuel et la circulation psychique, elles témoignent de tentatives souvent désespérées du Moi pour gérer des flux internes ou externes qui n'arrivent pas à se soumettre à un travail psychique autre que celui effectué par des pare-excitants. »*

A.Potamianou, 2001, p. 86

Nous retrouvons globalement chez tous les patients de notre recherche une pensée extrêmement défensive, très restrictive, comme si ces derniers ne voulaient rien donner à voir de leur fonctionnement psychique. Comme si le simple fait de parler était vécu comme une menace, le psychologue (qu'il porte sa casquette de chercheur ne modifie en rien les représentations du patient à son égard) devenant l' « intrus », au même titre que la maladie (Schwering, 2014, p. 37). Ce ressenti clinique est corroboré par les réponses au Rorschach : les protocoles sont pauvres, avec peu de contenus (pauvreté des thèmes, du nombre de réponses). Le taux de réponses globales (G%) est systématiquement supérieur aux normes, alors que le taux de réponses en détails (D%) est toujours inférieur, cette globalisation marquant une « paresse » de la pensée et une volonté de maîtrise du matériel, qui nous semble en lien avec l'attitude défensive des patients participants. De même, l'absence fréquente (ou quasi-absence) de réponses kinesthésiques pointe une absence de mentalisation, qui va dans le sens de ce sentiment de restriction.

Au regard de ces observations, nous pouvons émettre deux hypothèses explicatives complémentaires pour expliquer ces éléments : à la fois la peur de se confronter à l'innommable avec tous les affects en lien pouvant émerger et une peur de la folie associée, retrouvée de manière plus ou moins explicite chez tous les malades que nous avons rencontrés : *« les patients peuvent enfin ignorer qu'une aide psychologique peut leur être apportée. Il peut y avoir aussi une certaine réserve, un recul des patients à consulter un psychologue ou un psychiatre au décours de la maladie, à la fois dans des difficultés d'identification de la souffrance psy-*

chique, en voulant la minimiser ou aussi en ne voulant pas rajouter une prise en charge psychologique à une prise en charge cancérologique déjà fort lourde, **par peur aussi d'une deuxième maladie (la « folie », la dépression) concomitante au cancer** » (Bendrihen, 2015, p. 12). De plus, nous avons vu que l'irruption du cancer chez le sujet revêtait un fort potentiel traumatique. Or, le trauma entraîne selon S. Ferenczi (1934) une désorientation et ainsi « *L'angoisse traumatique peut, justement en conséquence de ceci, se transformer aisément en peur de la folie* » (p. 36). Ainsi, la seconde hypothèse, complémentaire donc de la première, renverrait aux effets du trauma, car, nous dit A. Potamianou (2001) : « *si la finalité de l'évitement des perturbations est au premier plan, elle conduit à des manœuvres calmantes dont la restriction du fonctionnement du Moi n'est pas des moindres, surtout si celle-ci se présente sous des formes globales et massives. De telles opérations sont loin d'être rares lors de situations où des changements critiques menacent de désorganiser l'homéostasie du Moi, à condition que les efforts de ce dernier pour réduire les modifications menaçant sa constance et son intégrité n'aient pas perdu toute efficacité* » (p. 87).

De ce fait, nous pouvons en partie expliquer la pauvreté des discours et des protocoles de projectifs des patients rencontrés dans cette recherche, ainsi que leur attitude défensive et l'impression fréquente de « fausse participation » (le sujet accepte de nous rencontrer mais ne veut rien nous donner à voir de son fonctionnement psychique), par l'impact traumatique du cancer dans la vie des sujets et par ses conséquences, notamment la peur de dysfonctionner psychiquement face aux ressentis et affects suscités par la menace réelle et/ou symbolique de la mort. De plus, le patient atteint de pathologie somatique grave et pris en charge sur le plan médical en milieu hospitalier ne s'attend pas à ce qu'on s'intéresse à sa vie psychique. « *Et cette attention soudaine, loin de le rassurer, peut parfois accroître un sentiment d'étrangeté déjà bien souvent présent, en raison notamment de la perte des repères familiers liée à l'hospitalisation, voire devenir suspecte. Le prendrait-on pour fou ? De surcroît, si « parler à... » peut être plus ou moins facile mais consiste néanmoins en une activité connue, « passer des tests » et en particulier « imaginer à partir du voir » relève bien souvent d'un monde dont il ne soupçonnait même pas l'existence* » (Pheulpin, 2013, p. 45).

## B. Désinvestissement de la pensée et désobjectivation

« *Du coup, ne peut-on pas penser que, pour survivre à l'extrême, on s'absente ?* »

Marty, dans Estellon & Marty, 2012, p. 308

De la même façon que nous avons pu exposer une mise à distance des affects et un discours défendu de la part des patients rencontrés dans le cadre de cette recherche, nous pouvons également évoquer un désinvestissement ou gel de la pensée consécutif à la confrontation à la mort, événement par essence non symbolisable. D. Brun (In Ben Soussan & Julian-Reynier, 2000) écrit bien que « *Lors d'une maladie comme le cancer, les effets de désinvestissement par la pensée deviennent criants* » (p. 89). En effet, il apparaît clairement chez les patients cette volonté de se tenir à distance de la maladie, d'éviter d'en parler, d'essayer de ne pas y penser, dans une tentative de se protéger de l'inélaborable de la menace de mort : « *Quand la transformation ou la symbolisation d'une situation de déplaisir n'est pas possible, quand donc elle n'est pas intégrable, la « solution » de recours pour la psyché, menacée de désorganisation, est la fuite ou l'évacuation de la situation traumatique* » (Roussillon, dans Estellon & Marty, 2012, p. 291).

Par ailleurs, il est également notable un fréquent mouvement de subjectivation dans le discours des patients de notre recherche (et tout particulièrement chez Boris, Olivia et Sabrina), notamment par la disparition des sujets dans les phrases (aux projectifs) et par l'emploi fréquent du « on », troisième personne du singulier, comme s'ils cherchaient à s'extraire d'une réalité trop insupportable. En effet : « *La défense qui caractérise les stratégies de survie est une défense paradoxale : le sujet se retire de lui-même ou d'un pan de lui ; **pour survivre, il se « retire » de son expérience subjective, se quitte, se coupe de lui-même.** (...) Se couper d'une partie pour sauver le tout, détruire une partie de soi, renoncer à soi pour sauver une partie de soi, telles sont les procédures majeures des stratégies de survie. La coupure en question n'est pas du niveau de « l'acceptation de la castration », elle ne concerne pas un renoncement à une forme particulière de réalisation du désir, mais plutôt la nécessité de **se couper d'une expérience subjective centrale, qui revient à se couper de soi-même.** Il s'agit de ne plus sentir, de ne plus « se » sentir, de neutraliser en soi tout ce qui se connecte avec la zone de douleur ou de terreur insupportable* » (Ibid, p. 292-293).

Le fonctionnement psychique à l'œuvre dans le discours de ces patients nous renvoie à ceux que Mac Dougall (1978) nommait les « *analysants-robots* » ou « *anti-analysants* » (p. 100), les qualifiant de « *daltoniens de l'affect* » (p. 116), à savoir les patients qui révèlent toutes les caractéristiques de ce que de M'Uzan et Marty ont nommé la « *pensée opératoire* » (qui confère une dimension manquante au discours des malades dits psychosomatiques selon elle), avec un langage composé de clichés et d'idées reçues et l'envahissement par une « *force massive qui empêche la fonction de liaison* » (p. 100). Mac Dougall parle de « *double blocage* » (Ibid, p. 101) chez ces patients, à la fois au niveau de la pensée et de l'affectivité, ce que nous retrouvons dans le discours des participants à notre recherche : « *bien que ces patients aient parfois subi des pertes précoces ou des abandons affectifs, ils en parleront sans émotion, et rationaliseront ces événements comme des injustices inévitables* » (Ibid, p. 106). En effet, excepté Boris qui tient un discours positif et optimiste, et Bernard et Sylvain, qui ne nous donnent que très peu d'éléments de vie nous permettant de comprendre leur histoire, tous les autres patients nous ont raconté de manière désaffectivée une succession d'événements traumatiques (décès, abandons, placements, accidents, amputations, ruptures, etc.) comme s'il ne s'agissait pas vraiment de leur histoire, comme s'ils tentaient de se mettre à distance. Néanmoins, comme nous l'avons vu au cours de ce travail, la possibilité de mettre en mots et d'historiciser le vécu traumatique, pourrait permettre des tentatives d'élaboration et de métabolisation des événements, à condition qu'un espace le permette. Chez certains des patients que nous avons rencontrés, il a été manifeste que la rencontre clinique a permis l'émergence d'une amorce de mise en sens, qui aurait peut-être pu se poursuivre dans le cadre d'un accompagnement ou d'un travail psychothérapeutique. Ainsi, comme le dit F. Pommier (dans Estellon & Marty, 2012) : « *La question se pose alors bien sûr de savoir si les situations extrêmes ne peuvent être considérées comme une possibilité offerte, voire souhaitée, d'un changement, d'un renouvellement radical, comme le pensent souvent physiciens et poètes, comme l'occasion de recouvrer un pouvoir de représentation et de symbolisation évanoui, pour que l'expression individuelle du drame puisse s'inscrire à nouveau dans l'histoire d'une tragédie partagée et que la mort retrouve sa juste place* » (p. 16).

## C. L'atteinte corporelle

« ... *l'ailleurs du corps médicalisé fait vaciller les identifications du sujet au point de menacer son identité même...* »

K.-L. Schwering, 2014, p. 279

P.-L. Assoun (1997) parle d'un carré métapsychologique dans le questionnement du somatique et donc de l'atteinte corporelle, avec dans un premier coin la pulsion (ou extrémité somatique du Ça), dans un autre le narcissisme, dans le troisième le Moi-corps, ou fonction corporelle du Moi, et enfin dans le dernier coin, symétrique à celui de la pulsion, la pulsion de mort (p. 17-18). Cette conception rend compte de la complexité de ce que représente pour le sujet la pathologie somatique et des enjeux psychiques auxquels elle renvoie.

À la lumière des analyses cliniques effectuées des discours des patients rencontrés lors de cette recherche, ainsi que de leurs protocoles de tests projectifs, nous pouvons mettre en évidence à quel point les questions du corps biologique, de la maladie « scientifique » et des dysfonctionnements physiologiques, sont omniprésente, envahissant la pensée et les processus psychiques. De fait, « *la maladie grave et son cortège de manifestations somatiques réactualisent la problématique de l'étayage d'une manière aiguë. Comment en effet encore parler de « mon corps » lorsque ce dernier s'impose à moi par le truchement de manifestations jamais connues ou éprouvées ? Comment pouvoir encore dire « mon sternum, ma clavicule, ma hanche, mon aine » avec l'autorité et l'évidence que confère la pulsion sexuelle alors que ces zones lui sont constamment ravies par l'autorité médicale soucieuse de leur conférer une stricte finalité vitale ?* » (Schwering, 2014, p. 287). Nous ajoutons que ces zones, en cancérologie, peuvent parfois être amputées (intégralement ou en partie) si nécessaire, l'espoir de survie primant nécessairement sur l'intégrité corporelle, mais pouvant réactiver des angoisses de castration massives (cf. Boris). Nous retrouvons ainsi, chez presque tous les sujets de cette recherche, des atteintes narcissiques et identitaires marquées (visibles aux projectifs), probablement en lien avec cette attaque du corps.

L'atteinte corporelle consécutive à la maladie cancéreuse et aux traitements se retrouve au Rorschach dans les protocoles des dix patients que nous avons rencontrés. En effet, l'intégralité des psychogrammes (cf. Tome II) nous montrent des taux de réponses globales (G%) très surnormatifs et des taux de réponses en détails (D%) sous-normatifs. Aucun protocole ne fait exception, avec une moyenne globale pour le G% de 60 (normes situées entre 20 et 23%<sup>171</sup>) et pour le D% de 34.5 (normes situées entre 60 et 68%<sup>172</sup>). Sachant que le G sert de contenant à la projection de l'image du corps (Chabert, 2012, p. 104), nous pouvons faire l'hypothèse que la recherche de globalité face au matériel signe chez les patients une recherche d'unité là où le corporel a été mis à mal par la maladie et les traitements. En effet, C. Chabert (Ibid, p. 114) nous dit bien qu'en ce qui concerne l'image de soi, le G dominant peut renvoyer à une fragilité extrême « *dans un effort de globalisation à tout prix qui ne permet pas la moindre découpe, synonyme alors de rupture ou de fragmentation* ».

#### D. La proximité réelle ou symbolique de la mort

*« ...le poids de la menace de mort inhérente au diagnostic et à l'évolution de la maladie grave pèse toujours très lourd sur l'activité de pensée au point d'anesthésier les fonctions psychiques... »*

D. Brun, in Ben Soussan & Julian-Reynier, 2000, p. 90

Au regard des analyses cliniques des patients rencontrés dans le cadre de cette recherche et de la mise à l'épreuve de nos hypothèses, il apparaît de manière manifeste que les effets attendus d'une menace de mort réelle pour le sujet, à savoir le fait d'être en phase palliative de sa maladie, sont en réalité les mêmes lorsqu'il s'agit d'une menace symbolique. Ce constat va dans le sens du caractère traumatique inéluctable de l'irruption de la maladie cancéreuse dans la vie du sujet : les représentations de la mort associées à cette pathologie en font finalement dans l'imaginaire des patients un risque réel, avec des conséquences psychiques tout aussi visibles, nous renvoyant à la condensation morbide autour du thème monomaniaque de la mort (Schwering, 2015, p. 172).

---

<sup>171</sup> Azoulay, C. (2001)

<sup>172</sup> Ibid

En effet, au-delà de notre impression clinique durant les entretiens, il apparaît clairement au Rorschach comme au T.A.T. des éléments qui marquent des processus psychiques communs chez l'ensemble des dix patients rencontrés, à savoir en premier lieu une répression massive et générale, un discours pauvre et peu élaboré. Au Rorschach est visible une approche globale au détriment de l'approche en détails généraux, l'absence de petits détails ou de détails blancs, le peu de contenus, un recours important au formel et une pensée hypernormative. Au T.A.T. émergent des angoisses de mort, une désubjectivation signant une mise à distance du vécu.

#### E. Une historicisation salvatrice ?

*«(...) le constat est le suivant : à la « sauvagerie » du symptôme organique, dans sa survenue comme dans son évolution – au sens où le mot « sauvage » implique, sans intervention humaine, l'apparition brutale d'un phénomène -, on trouve bel et bien deux sortes de réponses. Si, d'une part, la médecine témoigne du souci de la « domestication » du phénomène, le patient d'autre part entreprend ce que je propose d'appeler une tentative d' « apprivoisement » de son symptôme »*

P.-H. Keller, 2003, p. 253

La maladie cancéreuse, en tant que maladie grave à potentiel léthal, comme tout traumatisme majeur, vient faire rupture dans le processus d'auto-historisation décrit par P. Aulagnier (1984). Dans « *le trauma, de la sidération à la création* », S. Korff-Sausse (in Marty & al., 2001) nous dit que le trauma doit aussi être envisagé sous l'angle d'un potentiel processus créateur : « *le trauma, qui, dans un premier temps, paraissait de l'ordre de l'irreprésentable, cherche des modalités permettant de se figurer. Ainsi la sidération qui paralyse la pensée, laisse sans voix et entrave la symbolisation, cède, à la faveur de la rencontre psychanalytique (...), afin d'ouvrir sur un devenir psychique autre qu'un enclavement muet. Après une période où domine la douleur, l'apparition de mécanismes de défense pathologiques (clivage, dénégation), l'absence de demande (...), le fonctionnement psychique temporairement et partiellement mis en échec reprend progressivement son travail* » (p. 221-222).

Ainsi, la tentative d'« *apprivoisement* » du symptôme, mais de la maladie en général, passe pour le patient par une symbolisation, une appropriation de son vécu et de son histoire, afin qu'il puisse construire son « *roman de la maladie* » et ainsi métaboliser le traumatisme de l'irruption de la maladie dans sa vie. C.Janin (1996) insiste sur « *la valeur signifiante, historicisable, des formations traumatiques rencontrées chez les patients, et donc de la nécessité de les intégrer dans la rencontre analytique, en les tissant avec l'histoire du sujet* » (p. 44).

## CONCLUSION

---

Notre volonté de départ d'objectiver une impression clinique d'une différence quant à l'élaboration de théories étiologiques profanes et à l'historicisation du vécu des patients atteints de cancer en fonction de l'état d'avancement de leur maladie a évolué au fur et à mesure de ce travail de thèse. En effet, dès l'analyse des premiers résultats, nous avons pu mettre en avant une importance des « phases » de la maladie dans la conception médicale et soignante très éloignée de la réalité psychique des malades. Là où la distinction curatif/palliatif semble fondamentale dans l'univers hospitalier, elle apparaît comme invisible pour le patient lui-même : atteint dans son corps et ébranlé psychiquement par la menace de mort que représente une maladie symboliquement associée directement à la mort (évolutivité incertaine, risque de rechute toujours présent), la phase de sa maladie n'a pas d'influence sur les processus psychiques à l'œuvre face à la maladie. Ainsi, nous pouvons supposer que ce clivage (curatif/palliatif) revêt plus une fonction défensive pour les équipes soignantes et médicales, comme pour lutter contre l'impuissance que représente l'incertitude face à une maladie « sournoise » et incontrôlable. Par ailleurs, à défaut d'avoir montré dans ce travail ce que nous attendions d'une différence dans les processus psychiques et capacités élaboratives des patients atteints de cancer en fonction de l'évolution de leur maladie (phase curative ou palliative), nous avons mis en évidence une systématique paralysie (ou gel) de la pensée consécutive au traumatisme que représente la menace de mort associée à la maladie grave. Bien entendu, certains patients sont en capacité d'élaborer quelque peu autour de leur maladie, mais globalement nous avons constaté un recours massif à la répression, afin d'éviter le surgissement de pensées probablement trop angoissantes et non intégrables et de faire face au défaut de pare-excitation, mis à mal par le traumatisme de l'irruption de la maladie dans la vie du sujet.

Néanmoins, il est important de garder à l'esprit à quel point l'atteinte corporelle et la désorganisation psychique qu'implique l'atteinte du corps peut être envahissante. K.-L. Schwering (2014) évoque « *des patients qui n'habitent plus le monde, mais survivent dans l'univers rétréci de leur corps endolori* » (p. 42). Il ajoute qu' « *il ne faut donc pas s'étonner si nombre de patients hospitalisés pour une maladie grave ne sont guère en mesure de raconter autre chose que leur quotidien somatique. Lequel, de surcroît, se laisse si difficilement raconter.* »

*Car comment raconter cette emprise du somatique analphabète ? Comment dire ce qui surgit du fond informe des organes ? Comment sortir de la plainte et de la lamentation, pour aller vers la demande et la symbolisation ? » (Ibid). En effet, la plongée dans la maladie et dans l'univers médical entraîne chez le patient un « vécu d'expropriation », en lien avec l' « exil du corps propre » et un « exil de la langue », consécutif à l'utilisation d'un vocabulaire médical omniprésent laissant peu de place à la possibilité de mise en sens et de subjectivation (Schwering, in Brun et Roussillon, 2014, p. 168). Dans ce contexte, comment « redonner du sens aux événements actuels, c'est-à-dire dépasser une temporalité de l'instant de sorte à refaire le lien avec l'histoire du sujet et son avenir ? Autrement dit, comment développer les liens associatifs qui permettront à ces événements somatiques et médico-techniques de sortir de leur fixation opératoire, et de se voir symbolisés au profit d'un enrichissement de la subjectivité ? » (Ibid.).*

Ce travail psychique, nécessaire face à l'irruption de la maladie grave dans la vie du sujet, en lien avec les processus de symbolisation primaires décrits par K.-L. Schwering (Ibid.), la « subversion libidinale » de C. Dejours (2001), ne semble pas avoir pris forme chez les patients rencontrés dans notre recherche. Leurs processus d'élaboration apparaissent figés, comme si toute symbolisation avait justement été impossible. Ce constat nous amène tout naturellement à la question du pourquoi ce phénomène n'a pu se mettre en route, pourquoi les patients rencontrés semblent être restés figés face à des angoisses de mort en lien avec la potentialité létale du cancer, ne pouvant élaborer le traumatisme, historiciser leur histoire et mettre en sens leur vécu. Il est à noter qu'aucun des patients rencontrés n'a jamais entamé de travail psychothérapeutique, excepté Sabrina quelques années auparavant. Il serait intéressant d'explorer dans une recherche ultérieure l'apport que pourrait représenter un travail psychothérapeutique durant la maladie, afin de constater d'éventuelles différences dans les processus psychiques de ces malades.

Face à cette clinique de la désaffectation, pour reprendre l'expression de J. Mc Dougall (1989), nous questionnons les possibilités thérapeutiques afin de remettre en branle l'appareil psychique, de relancer les processus élaboratifs, d'accompagner le patient dans une resymbolisation salvatrice. À la lumière de nos résultats et analyses, il nous semble fondamental de diffuser auprès des équipes soignantes l'idée que la proximité symbolique de la mort en cancérologie résonne à ce point chez les patients qu'ils sont ébranlés psychiquement tout autant

quel que soit le pronostic réel (au sens scientifique) de leur pathologie. De même, cette nécessité de s'approprier son vécu et son histoire pour le patient, de construire « sa » maladie, doit pouvoir être accompagnée par les équipes soignantes, les oncologues, et bien sûr psychiatres, psychologues et psychanalystes intervenant dans les services de cancérologie et de soins palliatifs. De même, il nous semblerait important d'encourager le développement dans les services de soins de l'autobiographie, mise en place par V. Milewski (2014) dans le service d'oncologie-hématologie de l'hôpital de Chartres en 2007. En effet, ce « soin » qui se développe donc depuis une dizaine d'années, permet des récits de vie, histoires de vie, biographies, témoignages, encourageant la narration de soi chez les patients, face au traumatisme, à la maladie et à la mort.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Abella, A. & Bishara, E. (2014). La place de Hanna Segal dans l'histoire de la pensée psychanalytique. *Psychothérapies*, 1/34 : 41-49.
- Adam, P., & Herzlich C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Armand Colin, 2009.
- Alric, J. (Dir.) (2015). *Rester vivant avec la maladie – Clinique psychanalytique en oncologie et en soins palliatifs*. Toulouse : Érès.
- Alric, J. & al. (2010). Du déjà-là de la mort à l'effacement de la finitude. Une approche psychodynamique en oncologie. *Etudes sur la mort*, 138 : 29-38.
- Alric, J., & Bénézech, J.-P. (2011). *La mort ne s'affronte pas...!* Montpellier : Sauramps Editions.
- Alric, J. (2008). *D'un possible dépassement de la plainte*. Médecine palliative–Soins de support–Éthique, 7 : 154-160.
- Alric, J. (2015). Place des psychologues à l'aube de la médecine palliative. *Le Journal des psychologues*, 1/324 : 43-47.
- Alric, J. (2016). *Fin de vie et psychanalyse : Menace de disparition et relance désirante*. Montpellier : Sauramps Editions.
- Amar, S. (2008). La question de l'angoisse de mort à l'épreuve de la fin de vie. *Perspectives Psy*, 47 : 217-222.
- Amar, S. (2012). *L'accompagnement en soins palliatifs – Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.

- Amar, S. (2014). Vers un nouveau roman de la mort... *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 116 : 27-36.
- Anbar, N.A. ; Dardennes, R. & Kaye, K. (2005). *The Illness Perception Questionnaire*. Traduction en ligne : <http://www.uib.no/ipq>.
- Ancelin Schützenberger, A. (1985). *Vouloir guérir – L'aide au malade atteint de cancer*. Paris : La Méridienne, 2009.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 : 246-56.
- Antoine, A. (2011). *Combien de temps*. Paris : L'Harmattan.
- Anzieu, D. & Chabert, C. (1983). *Les méthodes projectives*. Paris : PUF.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1997.
- Anzieu, D. (1990). *L'épiderme nomade et la peau psychique*. Paris : Apsygée.
- Anzieu, D. (2013). *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod.
- Ariès, P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en occident*. Paris : Seuil.
- Arrighi, M.-D. (2010). *K, histoires de crabe*. St Pourçain s/Sioule : Bleu Autour.
- Assoun, P.-L. (1997). *Leçons psychanalytiques sur Corps et symptômes – Tome 1 : Clinique du Corps*. Paris : Anthropos.
- Audouard, A. (2001). *Une maison au bord du monde*. Paris : Gallimard.
- Augé, C. (2001). Psychologue en soins palliatifs : de la place du Sujet à l'hôpital. *INFOKara*, 3/16 : 15-17.
- Augé, M., & Herzlich, C. (1984). *Le sens du mal – Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Editions des Archives Contemporaines, 1994.
- Aulagnier, P. (1984). *L'Apprenti-historien et le maître sorcier. Du discours identifiant au*

- discours délirant*. Paris : PUF.
- Aulagnier, P. (1986). *Un interprète en quête de sens*. Paris : PUF.
- Azoulay, C., & Emmanuelli, M. (2012). *Nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach*. Paris : Dunod.
- Azoulay, C. (2001). *Le bilan psychologique*, document de travail de maîtrise de psychologie clinique et psychopathologie - RTD 03. Université René Descartes, année universitaire 2001-2002.
- Bacqué, M.-F., & Baillet, F. (2009). *La force du lien face au cancer*. Paris : Odile Jacob.
- Bacqué, M.-F. (2010). Rétablir la parole sur la mort en fin de vie, mais aussi dans toute la vie. *Etudes sur la mort*, 2 : 9-11.
- Bacqué, M.-F. (2014). Méthodes projectives et mentalisation : formation et recherche en psychologie clinique psychanalytique avec la fiche de dépouillement du TAT de Rosine Debray. *Psychologie clinique et projective*, 20 : 181-197.
- Bailly L. (1998). Maladie grave : l'annonce est-elle un événement traumatique. *Pratiques Psychologiques*, 1 : 3-8.
- Balestrière, L. (2009). *Au plus près de l'expérience psychotique : le filin et la voile, psychothérapie des psychoses*. Paris : Erès.
- Balez, É. (2015). *Patient expert – Mon témoignage face à la maladie chronique*. Paris : Odile Jacob.
- Balint, M. (1957). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 1996.
- Barazer, C. (2003). Remarque sur le langage dans la schizophrénie. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 1 : 71-78.
- Barrier, P. (2010). *La blessure et la force*. Paris : PUF.

- Barruel, F. & Bioy, A. (Dir.) (2013). *Du soin à la personne – Clinique de l'incertitude*. Paris : Dunod.
- Bascllet, J.-P. (2005). « L'empêcheur de soigner en rond » - La pratique psychanalytique dans un milieu hospitalier. *Le Coq-Héron*, 180 : 78-83.
- Bascllet, J.-P. (2011). *Les représentations de la détresse psychique : l'exemple de la fin de vie*. Eurocancer. Paris : John Libbey Euronext, p. 339.
- Bataille, P. (2003). *Un cancer et la vie*. Paris : Balland.
- Beauloye, N. (2010). Le jeune psychologue, l'hôpital et les soignants : une rencontre particulière. *Le journal des psychologues*, 275 : 44-45.
- Behagel, S. (2010). *Traumas et narcissisme*. Paris : PUF.
- Ben Soussan, P. & Julian-Reynier, C. (Dir.) (2000). *Cancer et recherches en sciences humaines*. Paris : Érès.
- Ben Soussan, P. & Dudoit, E. (Dir.) (2009). *Les souffrances psychologiques des malades du cancer – Comment les reconnaître ? Comment les traiter ?* Paris : Springer.
- Ben Soussan, P. (Dir.) (2004). *Le cancer - Approche psychodynamique chez l'adulte*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Ben Soussan, P. (Dir.) (2005). *Des pys à l'hôpital : quels inconscients !* Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Ben Soussan, P. (2004). *Le cancer est un combat. Même pas vrai*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Bendrihen, N. (2015). *Écritures et réel du cancer – Gratter le mur*. Lormont : La Mulette.
- Bénézech, J.-P. (2008). Le pronostic est-il éthique ?. *Médecine Palliative*, 7 : 140-148.
- Bénony, H. & Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
- Bertaux, D. (1997). *Le récit de vie*. Paris : Armand Colin, 2016.

- Bertrand, M. (1990). *La pensée et le trauma – entre psychanalyse et philosophie*. Paris : L'Harmattan.
- Bertrand, M. (1996). *Pour une clinique de la douleur psychique*. Paris : L'Harmattan.
- Bertrand, M. (2000). *Psychanalyse et récit - Stratégies narratives et processus thérapeutiques*. Besançon : Presses Universitaires Franc-Comtoises.
- Bertrand, M. (2004). *Trois défis pour la psychanalyse*. Paris : Dunod.
- Bettelheim, B. (1967). *La forteresse vide*. Paris : Folio, 1998.
- Bion, W.R. (1967). *Réflexion faite*. Paris : PUF, 1983.
- Bigras, J. ; Cazenave, P. & Bessis, F. (1994). À propos du cancer. La maladie du nourrisson dans l'adulte. *Revue Française de Psychosomatique*, 1/5 : 47-64.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2006). *L'entretien*. Paris : Armand Colin, 2015.
- Blanchet, A. (1991). *Dire et faire dire - L'entretien*. Paris : Armand Colin, 2003.
- Bokanowski, T. (1997). *Sándor Ferenczi*. Paris : PUF.
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 3/66 : 745-757.
- Bokanowski, T. (2011). Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse : traumatisme, traumatique, trauma. *Le carnet PSY*, 6/155 : 41-46.
- Bond, M.P. ; Gardner, S.T. ; Christian, J. & Sigal, J.J. (1983). Empirical Study of Self-rated Defense Styles. *Archives of General Psychiatry*, 40 : 333-338.
- Bond, M.P. & Vaillant, J. (1986). An Empirical Study of the Relationship Between Diagnosis and Defense Style. *Archives of General Psychiatry*, 43 : 285-288.
- Bond, M.P. ; Singh, M. & Andrews, G. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 : 246-256.

- Bond, M.P. (1995). The development and properties of the Defense Style Questionnaire. *In* : Conte, H.R. & Plutchik, R. ; *Ego Defenses - Theory and Measurement*. New-York : J. Wiley and sons.
- Bond, M.P. (2004). Empirical studies of defense style : Relationship with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 : 263-278.
- Bonsack, C. et al. (1998). The French Version of the Defense Style Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67 : 24-30.
- Borel, V. (1999). *Vie et mort d'un crabe*. Arles : Actes Sud.
- Bourguignon, O. & Fagot-Largeault, A. (1995). Réflexions critiques et éthiques. In Bourguignon, O. & Bydlowski, M. (Dir.), *La Recherche clinique en psychopathologie*. Paris : PUF.
- Braconnier, A. (2001). Evaluer les mécanismes de défense aujourd'hui. *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, 9 : 61-63.
- Brelet-Foulard, F. & Chabert, C. (Dir.) (1990). *Nouveau manuel du TAT – Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Bressolette, A. (2013). *Nés vulnérables – Petites leçons de fin de vie*. Paris : PUF.
- Brocq, H. (2008). Éthique et annonce de diagnostic. Informer ou l'art de mettre les formes. *Le journal des psychologues*, 259 : 65-69.
- Brun, D. (Dir.) (2006). *8e Colloque de Médecine et Psychanalyse - Devenirs de l'annonce : Par-delà le bien et le mal*. Paris : Etudes Freudiennes.
- Brun, A. & Roussillon, R. (2014). *Formes primaires de symbolisation*. Paris : Dunod.
- Brun, A. & Roussillon, R. (2016). *Aux limites de la symbolisation*. Paris : Dunod.
- Brunet-Lourdin, M.F. (2001). *La vie, le désir et la mort - Approche psychanalytique du SIDA*. Paris : L'Harmattan.

- Burucoa, B. (2008). Controverse « les soins palliatifs : en route vers la spécialité ? » : Les soins palliatifs doivent aller vers la spécialité. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 7/4 : 215-221.
- Cabassut, J. & Marti, M. (2014). Clinique narrative du trauma. *Cliniques méditerranéennes*, 1/89 : 7-20.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF Quadrige, 2003.
- Castra, M. (2010). L'émergence d'une nouvelle conception du « bien mourir » - Les soins palliatifs comme médicalisation et professionnalisation de la fin de vie. *Revue Internationale de Soins Palliatifs*, 1/25 : 14-17.
- Cazenave, M. (2008). La vie a-t-elle un sens ? *Les cahiers jungiens de psychanalyse*, 1/125 : 73-83.
- Ceccaldi, J. (2012). De la science à l'ouverture clinique : gérer l'incertitude dans la relation de soin. *Médecine Palliative*, 11 : 158-163.
- Célérier, M.-C. (1997). *Psychothérapie des troubles somatiques*. Paris : Dunod, 2003.
- Célérier, M.-C. (1998). Une longue et douloureuse maladie. *Champ psychosomatique*, 13 : 59-70.
- Cerisey C, Klein E, Marsico G, Mignon L. À la recherche du ePatient. Site de Patients & Web. [En ligne], <http://www.patientsandweb.com/wp-content/uploads/2013/04/A-la-recherche-du-ePatient-externe.pdf>
- Chabert, C. ; Louët, E. & Camps, F.D. (2017). *Dépressions extrêmes - Approche psychanalytique et projective*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte – Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012.
- Chabert, C. (2004). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod, 2013.

- Chabert, C. (2012). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach - 3ème édition*. Paris : Dunod.
- Charahraoui, K. (2014). *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod.
- Clement-Hryniewicz, N., & Paillaud, E. (2008). Quand le mot cancer fait trauma : réflexion autour de l'annonce diagnostique du cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2 : 44-48.
- Corneau, G. (2010). *Revivre !* Québec : Éditions de l'homme.
- Cupa, D. (2006). Mourir. *Revue française de psychosomatique*, 2 : 147-156.
- Dechaux, J.-H. ; Hanus, M. & Jesu, F. (1998). La mort dans le nouveau paysage familial, in *Les familles face à la mort*. Paris : L'Esprit du Temps.
- De Almeida-Filho, N. (2006). Modèles de la santé et de la maladie : remarques préliminaires pour une théorie générale de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 11/1 : 122-146.
- De Hennezel, M. & al. (Collectif) (2000). *La quête de sens*. Paris : Albin Michel, 2004.
- De Hennezel, M. (1995). *La mort intime*. Paris : Robert Laffont.
- De Hennezel, M. (2004). *Le souci de l'autre*. Paris : Robert Laffont.
- De M'Uzan, M. (1977). *Le travail du trépas*. In : *De l'art à la mort*. Paris : Gallimard, 2006, p. 182-199.
- De M'Uzan, M. (2005). *Aux confins de l'identité*. Paris : Gallimard.
- De Masi, F. (2002). *Penser sa propre mort – Contribution psychanalytique au problème de la caducité de la vie*. Paris : Ithaque, 2010.
- De Tychev, C. ; Diwo, C. & Dollander, M. (2000). La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 448 : 468-480.

- Debray R. (1996). *Clinique de l'expression somatique : Psychanalyse des liens psyché-soma*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Dejours, C. (1986). *Le corps entre biologie et psychanalyse : Essai d'interprétation comparée*. Paris : Payot.
- Dejours, C. (1989). *Les dissidences du corps*. Paris : Payot, 2009.
- Dejours, C. (2001). *Le corps, d'abord*. Paris : Payot, 2003.
- Dejours, C. (2008). Psychosomatique et troisième topique. *Le Carnet PSY*, 4/126 : 38-40.
- Del Volgo, M.-J.; Gori, R. & Poinso, Y. (1994). Roman de la maladie et travail de formation du symptôme : complémentarité des approches psychanalytique et médico-biologique. *Psychologie médicale*, 26 : 1434-1438.
- Del Volgo, M.-J. (1995). La double rencontre de l'instant de dire. *Connexions*, 66 : 91-103.
- Del Volgo, M.-J. (1997). *L'instant de dire – Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne*. Toulouse : Erès, 2012.
- Del Volgo, M.-J. (2003). *La douleur du malade*. Toulouse : Erès.
- Del Volgo, M.-J. (2006). La mémoire au corps dans l'instant de dire. *Figures de la psychanalyse*, 13 : 97-108.
- Delbecq, H. (Dir. Jacquemin, D.) (1995). Le développement des soins palliatifs en France, in *Manuel de soins palliatifs*. Paris : Dunod, 2001.
- Denis, B. & Elias, D. (2004). Prise en charge symptomatique de la carcinose péritonéale. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 28/5 : 17-25.
- Derbez, B. & Rollin, Z. (2016). *Sociologie du cancer*. Paris : La Découverte.
- Derzelle, M. (2003). Temps, identité, cancer. *Cliniques méditerranéennes*, 68 : 233-243.

- Deschamps, D. (1997). *Psychanalyse et cancer – Au fil des mots... Un autre regard*. Paris : L'Harmattan.
- Deschamps, D. (2004). *L'engagement du thérapeute – Une approche psychanalytique du trauma*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Diebold, L. & Pardinielli, J.-L. (2009). Douleur et réalité psychique à l'hôpital. *Psychologie Clinique*, 1/27 : 164-173.
- Doucet, C. (2000). *La psychosomatique – Théorie et clinique*. Paris : Armand Colin.
- Doucet, C. (Dir.) (2008). *Le psychologue en service de médecine – Les mots du corps*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Du Colombier, M. (2011). Fonction contenante en cancérologie - Richesses et complexités de l'enveloppe subsidiaire soignante. *Cliniques*, 1/1 : 94-109.
- Ducceschi, S. (2011). *Neuf mois pour mourir*. Paris : L'Harmattan.
- Dudoit, E. (2007). *Au cœur du cancer, le spirituel*. Paris : Glyphe.
- Dumet, N. & Broyer, G. (Dir.) (2002). *Cliniques du corps*. Lyon : PUF.
- Duparc, F. (2006). Deuils invisibles, manie blanche et clivages facteurs de risques cancéreux ? *Revue française de psychosomatique*, 2 : 79-100.
- Durkheim, E. (1895). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : Flammarion, 2010.
- Échard, B. (2006). *Souffrance spirituelle du patient en fin de vie – La question du sens*. Paris : Erès.
- Échard, B. (2006). Fin de vie et quête de sens. *VST – Vie sociale et traitements*, 2/90 : 87-90.
- Estellon, V. & Marty, F. (2012). *Cliniques de l'extrême*. Paris : Armand Colin.
- Even, G. (1998). Dire ou ne pas dire la vérité. *Champ psychosomatique*, 13 : 49-57.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecin-malades : information et mensonge*. Paris : PUF.

- Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*. Paris : Gallimard.
- Ferenczi, S. (1927-33). *Réflexions sur le traumatisme*. In : *Psychanalyse IV - Œuvres complètes*. Paris : Payot, 1982.
- Ferenczi, S. (1932). *Journal Clinique*. Paris : Payot, 1990.
- Ferenczi, S. (1982). *Le traumatisme*. Paris : Payot, 2006.
- Ferrant, A. (2014). Psychopathologie de l'adulte, In : Roussillon (Dir.). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris : Elsevier Masson.
- Fiat, É. (2011, Mars). L'amour plus fort que la mort, ou la mort plus forte que l'amour ? Approche philosophique du deuil. Journées du Réseau Pallissy, Agen.
- Fiat, É. (2012). *Petit traité de dignité – Grandeurs et misères des hommes*. Paris : Larousse.
- Fiat, É. (2013). *Le soignant et la mort – s'habituer à ce dont il n'y a aucune habitude*. In : *Les soignants et la mort*. Toulouse : Erès.
- Fisher, G.N. (1994). *Le ressort invisible - Vivre l'extrême*. Paris : Seuil.
- Forest, P. (1997). *L'enfant éternel*. Paris : Gallimard.
- Forest, P. (2007). *Tous les enfants sauf un*. Paris : Gallimard.
- Forest, P. (2007). *Toute la nuit*. Paris : Gallimard.
- Fourques, C. (2013). Quand l'identité s'enfuit, l'effraction surgit : le Moi auxiliaire au service du Moi effracté chez une femme de 91 ans. *Cliniques*, 1/5 : 72-87.
- Frankl, V. (1959). *Découvrir un sens à sa vie*. Montréal : Les Editions de l'Homme, 2006.
- Freud, S. (1894). Les psychonévroses de défense. In *Névrose, Psychose et perversion*. Paris : PUF, 1974.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. Paris : PUF, 2002.

- Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle*. Paris : PUF, 2014.
- Freud, S. (1915). Considérations actuelles sur la guerre et la mort. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 2001.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 2001.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : Payot, 2014.
- Freud, S. (1939). *Moïse et le monothéisme*. Paris : Gallimard, 1948.
- Freud, A. (1946). *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : PUF, 2001.
- Freud, S. (1952). *Deuil et mélancolie*. In *Métopsychologies*. Paris : Gallimard, 2001.
- Froucht-Hirsch, S. (2005). *Le temps d'un cancer - Chroniques d'un médecin malade*. Collection Espace Ethique. Paris : Vuibert.
- Garland C. (2001). *Réflexions sur le traumatisme*. In : *Comprendre le traumatisme – une approche psychanalytique*. Collection TavistockClinic. Larmor Plage : Du Hublot.
- Gille, E. (1996). *Le crabe sur la banquette arrière*. Paris : Gallimard.
- Girard, C. & Guillot, B. (2010). Carcinome à cellules de Merkel : prise en charge actuelle. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 137/5 : 402-407.
- Giraudet, J.-S. (2006). Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient. *Synoviale*, 151 : 8-13.
- Goldwasser, F. (2012). *Vivre*. Paris : Seuil.
- Good, P.J. & Delvecchio-Good, M.-J. (1981). The Meaning of Symptoms : a Cultural Hermeneutic of Clinical Practice. Leon Eisenberg – Arthur Kleinman. Ed. *The Relevance of Social Science for Medicine*. Boston : D. Reidel Pub., 165-169.

- Gori, R. (2008). *La preuve par la parole – Essai sur la causalité en psychanalyse*. Paris : Érès.
- Gori, R. & Del Volgo, M.-J. (2005). *La santé totalitaire – Essai sur la médicalisation de l'existence*. Collection Champs Essais. Paris : Flammarion, 2009.
- Gori, R. & Del Volgo, M.-J. (2011). Est-ce encore rationnel de mourir aujourd'hui ? *Carnet Psy*, 5/154 : 25-27.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Les Editions de Minuit, 2007.
- Green, A. (2007). Pulsions de destruction et maladies somatiques. *Revue française de psychosomatique*, 32 : 45-70.
- Grimaldi, A. (2006). La maladie chronique. *Sève*, 13 : 45-51.
- Groddeck (1963). *Le livre du Ça*. Paris : Gallimard, 2006.
- Guelfi, J.-D., & al. (2000). Intérêt du Defense Style Questionnaire (DSQ), questionnaire sur les mécanismes de défense. *Annales Médico-Psychologiques*, 7 : 594-601.
- Gueniche, K., & Jacquot, M. (2003). Vécu fantasmatique et imaginaire des femmes atteintes de cancer du sein. A propos des théories étiologiques de 10 patientes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31 : 739-745.
- Guerra, G. (2010). La place de la subjectivité dans le champ de la médecine. *Cliniques méditerranéennes*, 2/82 : 73-85.
- Hammel, P. (2008). *Guérir et mieux soigner – Un médecin à l'école de sa maladie*. Paris : Fayard.
- Hamon-Valanchon, H. (2010). *Femmes et cancer - Récits de maladie*. Paris : L'Harmattan.
- Hélin, V. (Dir. Jacquemin, D.) (1995). Les équipes mobiles, in *Manuel de soins palliatifs*.

- Paris : Dunod, 2001.
- Higgins, R.-W. (2003). L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée. *Esprit*, Janvier : 139-169.
- Higgins, R.-W. (2011). Le statut « psychologique » du mourant. *Le Carnet PSY*, 154 : 37-42.
- Hirsch, E. (2008). *Apprendre à mourir*. Paris : Grasset.
- Houziaux, A. (Dir.) (2004). *Doit-on légaliser l'euthanasie ?* Paris : Les Editions de l'Atelier.
- Humbert, V. (2003). « *Je vous demande le droit de mourir* ». Neuilly-sur-Seine : Michel Lafon.
- Huon, P. (2005). *Trop jeune pour mourir*. Neuilly-sur-Seine : Michel Lafon.
- Ionescu, S., Jacquet, M.-M., & Lhote, C. (1997). *Les mécanismes de défense – Théorie et clinique*. Paris : Nathan, 2001.
- Izcovich, L. (2008). L'être de jouissance. *L'en-je lacanien*, 2/11 : p. 35-46.
- Jacquemin, D. (Dir.) (2001). *Manuel de soins palliatifs*. Paris : Dunod.
- Janin, C. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris : PUF, 2015.
- Jankélévitch, V. (1977). *La mort*. Collection Champs Essais. Paris : Flammarion, 2008.
- Jankélévitch, V. (1994). *Penser la mort*. Paris : Liana Levi, 2007.
- Janssen T. (2008). *La maladie a-t-elle un sens ? Enquête au-delà des croyances*. Paris : Fayard.
- Jaskarzec, P. (2006). *Le mot juste*. Paris : Librio, 2011.
- Juranville, A. (1994). Réflexion psychanalytique sur les soins palliatifs. *Psychanalyse à l'université*, 19/75 : 43-64.
- K'Delant, P. (2010). *Le trouble du deuil persistant chez la personne âgée : évaluation et étude des effets de la personnalité*. Th. Doct. : Psychologie - Université Nancy 2.

- Kahn, A. (2007). *L'ultime liberté ?* Paris : Plon.
- Keller, P.-H. (1997). *La médecine psychosomatique en question – Le savoir du malade*. Paris : Odile Jacob.
- Keller, P.-H. (2003). Sauvagerie de l'interprétation en psychosomatique. *Cliniques méditerranéennes*, 68 : 245-256.
- Keller, P.-H. (2010). *Le corporel - Nouvelles approches en psychosomatique*. Paris : Dunod.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Les derniers instants de la vie*. Genève : Labor et Fides, 1975.
- Kuipers, A. (2007). *Ne t'inquiète pas pour moi*. Paris : Albin Michel, 2008.
- Lacan, J. (1957). L'instance de la lettre dans l'Inconscient, In : *Écrits*. Paris : Seuil, 1966, p.493-528.
- Lacan, J. (1963). *Séminaire « l'angoisse »*. Leçon 10 : 30 Janvier 1963.
- Lacan, J. (2004). *Le séminaire, Livre XXIII, Le Synthome, 1975-76*. Paris : Seuil.
- La Marne, P. (1999). *Ethiques de la fin de vie*. Paris : Ellipses.
- Lamau, M.-L. (Dir. Jacquemin, D.) (1995). Origine et inspiration (des soins palliatifs), in *Manuel de soins palliatifs*. Paris : Dunod, 2001.
- Lambrichs, L.-L. (1996). Le livre de Pierre : psychisme et cancer. *Revue française de psychosomatique*, n°10.
- Lambrichs, L.-L. (1998). *Le livre de Pierre*. Paris : Seuil.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1998.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes*

- de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris : Payot.
- Le Breton, A. (1995). *Monsieur Crabe*. Monaco : Editions du Rocher.
- Le Hénand, F. (2008). La quête du sens. *Les cahiers jungiens de psychanalyse*, 1/125 : 19-30.
- Léothaud, E. & Chasserant, P. (2002). *L'im-patiente*. Paris : Balland.
- Lette, V., & Morrow, C. (2012). *Plus fou que ça... tumeur !* Montréal : A. Stanké.
- Levy-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*. Paris : Plon.
- Liarte, A. & Brocq, H. (2014). Les corps à l'épreuve de la maladie grave. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 118 : 35-44.
- Ligue Nationale contre le Cancer (1999). *Livre Blanc des Premiers États Généraux des malades du cancer - Les malades prennent la parole*. Paris : Ramsay.
- Linhares, A. (2003). Les théories infantiles face à l'énigme de la mort. *Champ psychosomatique*, 4 : 39-55.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization : the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145 : 1358-1368.
- Lothane, Z. (2008). La réalité du trauma – le trauma de la réalité, considérations cliniques et théoriques. In Sauvaget, F. (Dir.), *Le trauma psychique – Questions cliniques, éthiques et politiques*. Paris : L'Harmattan.
- Mc Dougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard, 1999.
- Mc Dougall, J. (1989). *Théâtres du corps*. Paris : Gallimard, 2008.
- Maillard, B. (2013). Clinique des soins palliatifs. Face à la mort annoncée : construction et fonction du récit des origines. A propos d'un cas. *L'évolution psychiatrique*, 78 : 680-690.

- Mallet, J. (2009). Donner un sens à son cancer, « ça m'avance à quoi ? ». *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 3 : 252-253.
- Marin, C. & Sarthou-Lajus, N. (2008). Violences de la maladie – Entretien avec Claire Marin. *Etudes*, 409 : 41-50.
- Marin, C. (2008). *Hors de moi*. Paris : J'ai lu, 2013.
- Marin, C. (2011). Violence de la maladie, violence dans le soin. *Éthique*, 162 : 15-31.
- Marin, C. (2014). *La maladie, catastrophe intime*. Paris : PUF.
- Marin, I. (2007). Don et sacrifice en cancérologie. *Esprit*. 336 : 109-120.
- Marin-Pache de la Menardière H. (2004). L'annonce du diagnostic : situation de crise. *Réflexions en médecine oncologique*, 1 : 4.
- Martin-Du Pan, R.C. & Bauer, F. (1992). Le cancer : une maladie psychosomatique ? Des abus de la psychoneuro-immunologie au syndrome de Fritz Zorn. *Psychologie Médicale*, 24 : 68-72.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : PUF, 2000.
- Marty, P. & al. (2001). *Figures et traitements du traumatisme*. Paris : Dunod.
- Marty, P. (2001). *La psychosomatique en 1981. Les processus de somatisation*. *Revue française de psychosomatique*, 19 : 161-171.
- Marty, F. (Dir.) (2007). *Le psychologue à l'hôpital*. Paris : In Press.
- Marty, F. (Dir.) (2009). *Les grandes problématiques de la psychologie clinique*. Paris : Dunod.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Mauger, D. (2006). Sens de la maladie et notion de débordement en psychosomatique. *Le journal des psychologues*, 3/236 : 65-67.

- Mauro, C. (2010). Fin de vie et loi Leonetti. *Etudes sur la mort*, 2 : 125-132.
- Michaud, A. (2007). *A quoi ça sert un psy? Les infortunes de la psychologie à l'hôpital*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond/Le Seuil.
- Michel, F.-B. (1987). *Cancer : à qui la faute ?* Paris : Gallimard.
- Milewski, V. & Rinck, F. (2014). *Récits de soi face à la maladie grave*. Limoges : Lambert-Lucas.
- Mira, L. ; Peyrat-Apicella, D. & Pommier, F. (2015). Au-delà du label éthique : paradoxes et enjeux institutionnels. *Cliniques Méditerranéennes*, 91 : 195-204.
- Moos, R.H. & Schaefer (1984). *Coping with Physical Illness : new perspectives*. New-York : Plenum Press.
- Morin, E. (1970). *L'homme et la mort*. Paris : Seuil, 2002.
- Moss-Morris, R. et al. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 1: 1-16.
- Neau, F. (2014). Du traitement psychique d'événements traumatiques. *Cliniques méditerranéennes*, 91 : 109-121.
- Ollivier, M.-P. (1998). *La maladie grave, une épreuve de vie*. Paris : L'Harmattan.
- Oppenheim, D. (1996). *L'enfant et le cancer – La traversée d'un exil*. Paris : Bayard.
- Oppenheim, D. (1999). *Ne jette pas mes dessins à la poubelle*. Paris : Seuil.
- Oppenheim, D. (2003). *Grandir avec un cancer – L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck.
- Oppenheim, D. (2011). *L'enfant très malade approché dans ses dessins*. Paris : Editions de l'Oliver.

- Pedinielli, J-L., Bertagne, P. & Montreuil, M. (1996). L'enfant et la maladie somatique : le « travail de la maladie ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 44 : 22-31.
- Pedinielli, J-L. (1990). Corps malades : l'opération de souffrance. *Psychologie Clinique*, 4 : 13-28.
- Pedinielli, J-L. (1994). Hypothèse d'un « travail de la maladie ». *Cliniques Méditerranéennes*, 41/42 : 169-189.
- Pedinielli, J-L. (1996). Les théories étiologiques des malades. *Psychologie Française*, 41 : 137-145.
- Pedinielli, J-L. (1999). Les « théories » personnelles des patients. *Pratiques Psychologiques*, 4 : 53-62.
- Perry, J.-C. (Dir.) (2009). *Mécanismes de défense : principe et échelles d'évaluation*. Paris : Masson.
- Pheulpin, M.-C., Bruguière, P. & Benfrendj-Coudounari, K. (2011). Les épreuves projectives, un creuset de réorganisation psychique ? Quand la clinique du traumatisme crânien léger questionne le traumatisme psychique. *Psychologie clinique et projective*, 1/17 : 221-249.
- Pheulpin, M.-C., Baudin, M. & Bruguière, P. (2017). *Clinique des états du corps - Approche psychanalytique et projective*. Paris : Dunod.
- Pheulpin, M.-C. (2013). Clinique projective et corps en souffrance. *Le carnet PSY*, 3/170 : 44-47.
- Pheulpin, M.-C. (2014). L'économie psychosomatique, une notion chère à Rosine Debray. *Psychologie clinique et projective*, 20 : 167-180.
- Pirlot, G. (2010). *La psychosomatique - Entre psychanalyse et biologie*. Paris : Armand Colin.

- Plon, F. (2004). *Questions de vie et de mort – Soins palliatifs et accompagnement des familles*. Nîmes : Champ Social.
- Pommier, F. (Dir.) (2009). *Figures ordinaires de l'extrême*. Collection Psychanalyse et Santé. Publications des Universités de Rouen et du Havre.
- Pommier, F. & Scelles, R. (Dir.) (2010). *Mort et travail de pensée – Points de vue théoriques et expériences cliniques*. Paris : Érès.
- Pommier, F. (2008). *L'extrême en psychanalyse*. Paris : CampagnePremière/.
- Pommier, F. (2010). La recherche de la mort pour échapper à la contrainte. *Le Carnet PSY*, 6/146 : 43-51.
- Potamianou, A. (2001). *Le traumatique*. Paris : Dunod.
- Pucheu, S. et Machavoine, J.-L. (2002). *Construction d'un cadre d'intervention du psychologue en oncologie : perspective psychanalytique*. Revue Francophone de Psycho-Oncologie, 1-2 : 24-30, Springer-Verlag.
- Pucheu-Paillet, S. (2008). *Adaptation et réorganisation psychique dans une maladie somatique chronique : rôle de la personnalité, des représentations de la maladie et de l'alexithymie*. Thèse de doctorat en psychologie clinique, LASI, Paris X.
- Pujol, H. ; Pujol, P. & Pujol, J.-L. (2010). *Question(s) cancer*. Paris : Actes Sud.
- Pujol, J.-L. (2010). *L'annonce du cancer – Du concept au dispositif*. Paris : Masson.
- Raimbault, G. (1982). *Clinique du réel - La psychanalyse et les frontières du médical*. Paris : Seuil.
- Rausch de Traubenberg, N. (1970). *La pratique du Rorschach*. Paris : PUF, 1990.

- Reich, M. (2009). 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.
- Renault, M. (2002). *Soins palliatifs : questions pour la psychanalyse – Angoisse, culpabilité, souffrances, régressions*. Paris : L'Harmattan.
- Renault, M. (2004). La fin du détour. Entre extinction symbolique et mort biologique. *Champ psychosomatique*, 2 : 85-92.
- Richard, M.S. (2003). *Soigner la relation en fin de vie - Familles, malades, soignants*. Paris : Dunod, 2004.
- Ricoeur, P. (1988). *L'identité narrative*. *Esprit*, 7-8 : 295-304.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Points Essais, 2015.
- Rivolier, J. (1992). *Facteurs humains et situations extrêmes*. Paris : Masson.
- Roques, M. & Hurvy, C. (Dir.) (2016). *Epreuves projectives et recherche en psychologie clinique*. Paris : In Press.
- Roques, M. (2011). *Les retentissements des effractions corporelles sur l'unité psychosomatique de l'adulte insuffisant rénal : étude clinique du traumatisme d'une maladie grave et de son traitement*. Th. Doct. : Psychologie - Université Paris-Ouest Nanterre La Défense.
- Rougier, S. & al. (2000). *La quête du sens*. Paris : Albin Michel, 2007.
- Roussillon, R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». *Revue Française de psychanalyse*, 68 : 421-439.
- Roussillon, R. (2012). Hommage à André Green, pionnier d'une psychopathologie moderne. *Santé Mentale*, 167 : 12-13.
- Roy, C. (1983). *Permis de séjour 1977-1982*. Paris : Gallimard.

- Rusniewski, M. & Rabier, G. (2015). *L'annonce : Dire la maladie grave*. Paris : Dunod.
- Rusniewski, M. & Rabier, G. (2016). La voix des personnes face à la maladie grave. *Revue internationale de soins palliatifs*, 31 : 9-11.
- Rusniewski, M. (1995). *Face à la maladie grave*. Paris : Dunod, 1999.
- Rusniewski, M. (1996). Fabriquer le sens : le réseau sémantique du cancer. *Sciences sociales et santé*, 8/3 : 5-40.
- Saillant, F. (1990). *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*. Montréal : Les Editions St Martin.
- Saillant, F. (1998). *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*. Montréal : Les Editions St Martin.
- Sami-Ali & al. (2000). *Recherche en psychosomatique : Le cancer*. Paris : E.D.K.
- Sami-Ali (2000). *L'impasse relationnelle – Temporalité et cancer*. Paris : Dunod.
- Sarradon-Eck, A. (2004). *Pour une anthropologie clinique : saisir le sens de l'expérience du cancer*. In : *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte*. Ramonville Saint-Agne : Eres.
- Schwering, K.-L. (2014). La maladie honteuse du psychologue à l'hôpital. *Champ Psy*, 66 : 31-44.
- Schwering, K.-L. (2014). La reconstruction des identifications dans la maladie grave. *Psychologie clinique et projective*, 20 : 279-296.
- Schwering, K.-L. (2015). *Corps d'outrance : souffrance de la maladie grave à l'hôpital*. Paris : PUF.
- Segal, H. (1957). Note sur la formation du symbole. In : *Délire et créativité*. Paris : Des Femmes, 1987 : 93-120.

- Serban-Schreiber, D. (2011). *On peut se dire au revoir plusieurs fois*. Paris : Robert Laffont.
- Shaerer, R. (2011). Le malade doit-il vraiment affronter sa mort et le peut-il ? Questions posées à Jérôme Alric. *Jalmarv*, 104 : 19-23.
- Schepens, F. (2013). « *Nous, on n'a pas de problème avec la mort* » - *Travailler en soins Palliatifs*. In : Les soignants et la mort. Toulouse : Erès.
- Schraub, S. (1998). Le cancer aujourd'hui : état des lieux. *Champ Psychosomatique*, 13 : 1-7.
- Schwering, K.-L. (2007). Techniques chirurgicales et techniques magiques. *Cliniques méditerranéennes*, 2/76 : 91-105.
- Schwering, K.-L. (2009). La mort n'est plus ce qu'elle était. *Champ Psy*, 3/55 : 145-161.
- Schwering, K.-L. (2014). La maladie honteuse du psychologue à l'hôpital. *Champ Psy*, 66 : 31-44.
- Schwering, K.-L. (2015). *Corps d'outrance – Souffrance de la maladie grave à l'hôpital*. Paris : PUF.
- Silvestre, D. (1993). Dépression et maladie organique. *La Cause Freudienne*, « L'Autre sexe », 24 : 127-132.
- Singer, C. (2007). *Derniers fragments d'un long voyage*. Paris : Albin Michel.
- Solal-Céligny, P. (2010). *Cancer : pourquoi moi, docteur ?* Paris : Hachette.
- Soljenitsyne, A. (1968). *Le pavillon des cancéreux*. Paris : Robert Laffont, 2011.
- Sontag, S. (1977). *La maladie comme métaphore*. Paris : Seuil, 2005.
- Soultanian, C., & al. (2005). L'évaluation normalisée et clinique des mécanismes de défense : revue critique de 6 outils quantitatifs. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 12 : 792-801.
- Tabet, S. (2010). *Les patientes*. Paris : La Découverte.

- Tatossian, A. (1995). Les défenses psychologiques du patient. In Pélicier, Y. ; *Psychologie, cancers et société*. Paris : l'Esprit du Temps.
- Thomé-Renault, A. (1995). *Conceptions psychanalytiques du traumatisme*. In : Le traumatisme de la mort annoncée - Psychosomatique et SIDA. Paris : Dunod.
- Trouillet, R. & Gély-Nargeot, M.-C. (2009). Mécanismes de défense et dépression du sujet âgé. *Annales Médico-psychologiques*, 167 : 119-126.
- Vaillant, M. (2013). *Voir les lilas reflleurir...* Paris : Albin Michel.
- Vallet, D. (2008). Logiques subjectives du traumatisme psychique. In Sauvaget, F. (Dir.), *Le trauma psychique – Questions cliniques, éthiques et politiques*. Paris : L'Harmattan.
- Van Lander, A. (2015). *Apports de la psychologie clinique aux soins palliatifs*. Toulouse : Érès.
- Venturini, E. (2016). Maladies grave et méthodologie projective : l'expérience du cancer gynécologique, in *Epreuves projectives et recherche en psychologie clinique*, sous la dir. De M. Roques & C. Hurvy. Paris : In Press.
- Verdu, B. & al. (2009). La fonction de Moi auxiliaire dans la prise en charge des douloureux chroniques. *Revue médicale suisse*, 5 : 356-359.
- Verspieren, P. (1984). *Face à celui qui meurt - Euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*. Paris : Desclée de Brouwer, 1999.
- Villaume, A. (1837). *Recherches biographiques, historiques et médicales sur Ambroise Paré*. Epernay, Impr Warin-Thierry.
- Villers Grand Champs (de), G. (2008). Le récit du trauma. In Sauvaget, F. (Dir.), *Le trauma psychique – Questions cliniques, éthiques et politiques*. Paris : L'Harmattan.

- Vinant, P. (2012). Annoncer le pronostic de fin de vie en cancérologie, in *Fins de vie, éthique et société*, sous la dir. D'E. Hirsch. Paris : Érès.
- Vovelle, M. (1983). *La mort en occident*. Paris : Gallimard.
- Waintrater, R. (2008). L'entretien de témoignage : un récit sous contrainte, in *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*, sous la dir. d'O. Douville & B. Jacobi. Paris : Dunod.
- Weinman, J. & al. (1996). The illness perception questionnaire : a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, 11/3 : 431-445.
- Wiesel, É. (2011). *Cœur ouvert*. Paris : Flammarion.
- Wijkmark, C.-H. (1978). *La Mort Moderne*. Le Mans : Éditions Cénomane, 1985.
- Winnicott, D.W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969.
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, 2002.
- Winnicott, D.W. (1989). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard, 2000.
- Wyler, M. (2015). *Fuck my cancer*. Paris : Fayard.
- Young, A. (1980). The Discourse on Stress and the Reproduction of Conventional Knowledge. *Social Science and Medicine*, 148 : 133-146.
- Young, A. (1982). The anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11 : 257-285.
- Zarifian, E. (1999). *La force de guérir*. Paris : Odile Jacob.
- Zempléni, A. (1985). La maladie et ses causes. *Ethnographie*, 2 : 13-44.
- Zittoun, R. (2004). *La mort est-elle annonçable ?* In : *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte*. Ramonville Saint-Agne : Eres.
- Zittoun, R. (2007). *La mort de l'autre – une introduction à l'éthique clinique*. Paris : Dunod.

Zorn, F. (1977). *Mars*. Paris : Gallimard, 2001.