

Discussion

Prenons du recul. Sur le trajet qui m'a mené à la construction progressive d'un modèle soulignant et rendant compte de la part de souffrance psychique impliquée dans le développement d'un cancer, j'ai souvent été influencée par un aspect de la dernière histoire de vie recueillie ou par la dernière théorie que j'avais en tête et que je souhaitais mettre à l'épreuve. Relisant le modèle développé ci-dessus, j'ai l'impression de vouloir trop en dire, de vouloir rendre justice à chacune des histoires de vie recueillies ce qui peut donner à certains moments l'impression d'une certaine confusion. Il n'est pas facile de circonscrire la trame commune qui, en deçà des inévitables différences, semble sous-tendre les histoires de vie de personnes chez qui un diagnostic de cancer a été posé, du moins les histoires de vie recueillies dans le cadre cette thèse. Quels mots choisir ? Un choix implique toujours un renoncement. Un mot découpe la réalité sous un certain angle. Cette découpe n'est jamais parfaitement adéquate à rendre compte de la réalité rencontrée. D'où la difficulté d'oser poser un modèle – même si ce modèle peut être conçu comme restant ouvert - au terme de cette thèse. J'ai choisi jusqu'ici certains mots, certains termes. Je veux précisément dans ce point me donner une dernière occasion de discuter du modèle construit.

Je vais d'abord évoquer un premier malaise que je ressens face au modèle développé. J'ai finalement plus ou moins écarté ou considéré comme d'importance secondaire, après le cinquième cas de cette thèse, les sentiments d'impuissance/désespoir qui avaient retenu mon attention un long moment à partir des études de cas elles-mêmes et qu'un certain nombre de recherches expérimentales sur l'animal et sur l'humain ainsi que Sami-Ali, au travers de son concept d'impasse, avaient mises en avant. Or, cette thèse a bien failli pendant un certain temps se conclure sur la prégnance de ces sentiments-là dans la compréhension de l'apparition ou de la réapparition de la maladie cancéreuse dans une vie. Mais il m'a fallu constater que si cette impuissance et ce désespoir s'exprimaient c'était avant tout en lien précisément avec des sentiments d'abandon/inexistence qui ne se réduisaient pas. J'ai alors – au terme de la cinquième étude de cas - inversé l'importance respective des sentiments d'impuissance/désespoir et des sentiments d'abandon/inexistence. Je me demande maintenant s'il n'est pas plus juste de les considérer comme devant entrer nécessairement en conjonction pour jouer un rôle dans la fragilisation de l'organisme et permettre le développement du cancer.

Autre source d'insatisfaction : à trop mettre en avant les sentiments d'inexistence/abandon et les sentiments d'impuissance/désespoir il me semble avoir perdu de vue le contexte dans lequel ceux-ci se produisaient, contexte lié à ce que je nommerais une rupture existentielle. J'en ai parlé dans les commentaires des divers cas mais ne l'ai pas vraiment intégrée à mon modèle.

Je souhaite également proposer un modèle plus concis que le modèle, touffu, amplement développé jusqu'ici et tâcher de ne retenir que l'essentiel. Voici dès lors donc comment je formulerais la trame commune aux récits de vie recueillis :

L'apparition ou la réapparition du cancer dans une vie semble pouvoir être mise en rapport, en relation, avec une souffrance psychique du type suivant : le sujet éprouve des sentiments d'inexistence et d'abandon dans un contexte de rupture de la trame existentielle tissée et investie jusque-là, rupture qu'il ne parvient pas à réduire et qui le confronte à des sentiments d'impuissance ou d'épuisement après un temps prolongé de lutte.

On peut penser que ces circonstances existentielles et leur lien aux sentiments éprouvés alors fragilisent l'être humain au point que chez certains individus qui y sont prédisposés une maladie cancéreuse – latente suite à des fragilités génétiques ou à des agressions répétées subies par certaines zones du corps – puisse se développer sans rencontrer de barrières.

J'ai donc l'impression que, dans les histoires de vie recueillies, trois éléments entrent en conjonction pour fragiliser l'être humain et rendre possible l'apparition d'un cancer dans une zone déjà fragilisée de l'organisme. Je les répète en les distinguant :

- Rupture(s) existentielle(s)

L'existence telle que le sujet l'a tissée jusque-là est remise profondément en question. Ce que le sujet a construit, a tenté de construire, s'est représenté de son existence, se trouve réduit à rien. Dans beaucoup de cas, cette rupture a une portée d'autant plus dévastatrice qu'elle peut venir rappeler ou se sommer à des ruptures plus anciennes (liées à l'enfance ou à des périodes de l'existence plus tardive). Dans d'autres cas, elle semble unique mais qualitativement dévastatrice. Une période de vie particulière s'instaure.

J'ai hésité à utiliser ce terme de « rupture(s) » pour qualifier la(les) circonstances extérieures, qui s'imposent au sujet sans qu'il les aient choisi, et qui semblent remettre profondément en question son existence, ce qu'il a tâché ou tâche de construire dans sa vie. Ce terme semble adéquat pour qualifier la majorité des situations rencontrées au travers des histoires de vie recueillies. Cependant, dans deux cas, l'un (Françoise) en annexe de cette thèse, l'autre en cours de recueil par un étudiant et non renseigné ici, la situation non désirée qui s'impose à la personne n'est pas de l'ordre de la rupture ; je pense à la situation de deux femmes qui ont eu à faire face à l'intrusion continuelle de leur belle-mère dans leur vie de couple. Peut-être peut-on dire malgré tout que cette situation vient faire « rupture » par rapport à l'existence souhaitée. Je me sens en accord avec cette dernière formulation et conserve donc le terme de « rupture ».

- **Sentiments d'inexistence et d'abandon**

La portée de la ou des ruptures existentielles peut se mesurer à l'aune des sentiments d'inexistence et d'abandon qui envahissent à cette occasion la personne. Par sentiment d'inexistence, j'essaie de faire saisir cette notion d'un sujet se sentant privé tout d'un coup ou progressivement de ce qui a fait sa vie jusque-là ou d'une part importante de ce qui a fait sa vie jusque-là, de ce qu'il a tâché de construire ou de ce qui lui était donné depuis tout petit (selon les cas). Il y a aussi ce sentiment d'abandon, d'une forme de déréliction, « état de l'être humain qui se sent abandonné, isolé, privé de tout secours (divin ou non) » (Le grand Robert, 2001), que rien ne semble pouvoir réduire.

- **Sentiments d'impuissance et d'épuisement face à cette rupture**

Le sujet se sent d'emblée ou progressivement impuissant à pouvoir réduire la fracture qui s'est manifestée dans sa vie. Le sujet en est arrivé au sentiment que quoi qu'il fasse la situation de fracture existentielle qu'il connaît ne se réduira pas. Il se sent usé, épuisé, n'a plus la force de lutter. Une dépression, un état anxio-dépressif, qui ne se dit pas toujours, ne se représente pas toujours, s'installe.

Je mets ici en avant le sentiment d'épuisement plutôt que celui de désespoir que j'avais jusqu'ici repris aux théoriciens de la Psychologie de la Santé (qui évoquent sentiment d'impuissance/désespoir) car j'ai souvent constaté que la personne ne perd jamais tout à fait espoir face à la situation qu'elle connaît mais se sent impuissante ou épuisée. Elle ne semble plus compter sur le fait que le renversement de situation puisse venir d'elle. Elle attend que quelque chose dans la situation extérieure qui lui est imposée change.

Le modèle ci-dessus sert avant tout à se donner des repères mais ne doit pas être considéré comme étant parfaitement adéquat à rendre compte de chaque histoire de vie rencontrée. Il est possible que selon les histoires de vie, parmi ces trois éléments, certains soient plus prégnants que d'autres ou qu'ils ne s'expriment pas exactement dans les termes ci-dessus indiqués. Chaque histoire est toujours bien plus complexe que ce dont un modèle peut parvenir à rendre compte. Tout modèle est forcément réducteur, en partie caricatural. L'important est que cela indique une certaine direction de sens qui puisse permettre d'ouvrir le regard. Chacun peut ensuite se permettre d'utiliser des termes qui lui semblent plus parlants en fonction de sa propre expérience personnelle, socioculturelle et conceptuelle.

Vous remarquerez la prégnance du terme d'existence dans mon modèle (rupture existentielle, sentiment d'inexistence). Cette notion est d'ailleurs

toujours plus ou moins apparue en filigrane de cette thèse. J'aurais également pu travailler avec les notions d'identité, de construction identitaire ou de déconstruction identitaire¹ ou avec la notion d'impasse relationnelle. J'ai été probablement influencée, sans en avoir tout à fait conscience², par la notion d'existence qui traverse le courant des histoires de vie. Les théoriciens de ce courant se réfèrent souvent aux écrits des phénoménologues et des philosophes dit existentialistes. Michel Legrand se référait beaucoup à Sartre. Je pense également à Max Pagès qui a évoqué le « travail d'exister »³. A Christine Delory-Monberger, à cheval sur les cultures allemande et française, qui théorise le courant des histoires de vie en s'appuyant sur la phénoménologie allemande⁴. Mais je dois avouer n'avoir jamais réussi à m'approprier le jargon phénoménologique dont je me suis dès lors détournée. Que le lecteur me pardonne dès lors de ne pas déployer tout le contexte théorique qui a entouré la naissance de cette notion et d'en rester à l'explicitation de la saisie personnelle (même si ancrée dans des influences implicites) que j'en ai.

La notion d'existence renvoie pour moi à la représentation d'un sujet humain confronté à la nécessité de sortir de lui-même (*ex-sistere*, *placer hors de*) pour s'inscrire dans la vie, dans le monde, dans le tissu qui relie les êtres vivants les uns aux autres. Exister peut signifier être bien là inscrit dans la vie. Ce terme entre en résonance avec un éprouvé particulier que chacun peut faire : j'existe, je me sens vivant, je suis à la fois moi et en dehors de moi dans la rencontre avec les autres et le monde, je me sens vivant, existant, dans cette rencontre. Ce terme se lie à la notion du récit de vie ; le récit de vie est bien le récit d'une existence. J'ai toujours été sensible précisément à cette notion d'un être qui cherchait à s'inscrire dans la vie sous une forme singulière, à la notion d'une histoire qui se construisait pas à pas. Un être qui a d'abord été inscrit dans la vie par d'autres et qui a subi leur histoire avant de se positionner plus ou moins en continuité ou plus ou moins en rupture par rapport à celle-ci. Un être qui va chercher à devenir acteur de son histoire⁵ dans certains cas, qu'il va continuer à subir dans d'autres cas, passant également d'un statut à l'autre selon les périodes ou les dimensions de vie considérées.

Pourquoi suis-je plus sensible aux termes « ma vie, mon existence, mon histoire » qu'aux termes « mes relations, mon identité » ? Le fait d'exister inclut forcément le fait d'être en relation et le fait de tâcher de définir ou de se positionner par rapport à la question du « qui je suis », tâches qui ne cessent qu'avec la fin de la vie même. Ce que je retrouve dans la notion d'existence,

¹ Je pense aux écrits de Robert Steichen (2003) sur « Dialectiques du sujet et de l'individu : clinique de la (dé)construction identitaire » (Louvain-la-Neuve, Bruylant-Academia). .

² J'en prends conscience au terme de cette thèse.

³ Desclée de Brouwer, 1996. En collaboration avec Didier Van den Hove. Il s'agit d'un « roman épistémologique » ou Pagès retrace son itinéraire intellectuel, la façon dont s'est tissé son destin singulier d'intellectuel.

⁴ « Les histoires de vie : de l'invention de soi au projet de formation », 2000, Paris, Economica.

⁵ Un leitmotiv dans le courant dit des histoires de vie ! Dont un des représentants les plus connus est actuellement Vincent de Gaulejac (*L'histoire en héritage*, 1999, Paris, Desclée De Brouwer).

c'est cette appréhension globale, cette saisie globalisante (ce qui ne veut pas dire totalisante ou totalitaire) de la façon dont le sujet s'inscrit dans la vie, s'est inscrit dans la vie au cours de son histoire. Cette saisie aussi de ce qui a pu arriver au sujet au cours de son existence : événements de vie, périodes de vie plus ou moins choisies ou plus ou moins subies. La méthode des histoires de vie permet précisément cette vision d'ensemble d'un parcours existentiel. Les mots utilisés dans ce modèle ne sont donc pas sans lien avec la méthode de recueil des données utilisée.

Quid de la confrontation de mon modèle avec les modèles théoriques abordés dans le décours de cette thèse ? Les formulations ci-dessus recoupent en partie ceux-ci. Elles ne sont en tout cas pas sans lien avec les notions d'impasse relationnelle chez Sami-Ali, de perte/dépression chez Leshan et Banhsou, de traumatisme (souvent lié à une perte objectale) chez Marty, d'épuisement chez Selye, d'inhibition de l'action chez Laborit, d'impuissance/désespoir chez les psychologues de la Santé, du complexe abandonnant/abandonné de Engel. J'ai retrouvé quelque chose de cet ordre dans les histoires de vie recueillies. Mais il me semblait que la dimension existentielle qui m'apparaissait à moi, c'est-à-dire la façon dont l'existence, l'inscription de l'être dans le monde, se trouvait profondément remise en question en une ou plusieurs occasions n'était pas rapportée par ces divers modèles. Il s'agit de mon propre éclairage quant à ce qui peut être constaté dans les mois ou les années qui ont précédé un diagnostic de cancer. Celui-ci n'efface pas ou ne remet pas profondément en cause les autres éclairages apportés par les diverses théories rapportées au cours de cette thèse, du moins dans les dimensions ci-dessus rappelées.

Par mes formulations, j'ai souhaité tenir ensemble extériorité et intériorité, circonstance extérieure (rupture existentielle) et vécu intime du sujet (sentiments d'inexistence, d'abandon, d'impuissance, d'épuisement). Peut-être est-il vrai que ce qui m'est tout à fait propre est cette notion d'un sentiment d'inexistence. Car cette formule je ne l'ai trouvée chez aucun auteur. Elle a jailli en moi un jour alors qu'une fois de plus je faisais résonner en moi les diverses histoires de vie recueillies et que je les laissais m'habiter. Elle est peut-être au fond au centre de mon modèle, c'est autour d'elle que s'articule tout le reste. Car si le sujet vit une impasse relationnelle, une perte, un traumatisme ou un stress, que vit-il intimement à ce propos ? S'il est dans l'impuissance, dans le désespoir ou qu'il n'en peut plus, à quoi ce rapporte cette impuissance, ce désespoir ou cet épuisement ? Qu'est-ce qui est si douloureux à vivre ? C'est précisément de cela dont je tâche de rendre compte au travers de sentiments d'inexistence.

Passons encore un peu de temps sur ce terme. Dans cette aventure qu'est la vie, il peut arriver que le sujet humain se trouve confronté à des écueils, à de profondes déceptions ou pertes à propos de lui-même ou des autres qui lui donnent l'impression que toutes les tentatives pour sortir de lui-même, d'aller

vers les autres, construire quelque chose qui vaille la peine d'être vécu, d'être transmis, sont vaines ou ne valent plus la peine. Le sentiment d'inexistence le pousse alors à se replier sur lui-même, refuser de continuer à s'inscrire dans une vie si décevante, une vie réduite à rien, à plus grand-chose, même et surtout s'il a tenté jusque-là à plusieurs reprises de se remettre en contact avec elle. Le sentiment d'inexistence est bien ce sentiment d'une existence qui ne parvient pas, qui ne parvient plus à s'inscrire ni dans les yeux des autres, ni dans les nôtres, surtout dans les nôtres.

J'ai l'impression – peut-être inexacte - que ce type de sentiment (que d'autres auraient pu qualifier autrement en se référant aux notions d'identité ou de narcissisme) n'a pas jusqu'ici suffisamment été mis en lumière par les diverses théories et études qui ont porté sur les facteurs psychiques jouant un rôle dans l'apparition d'une maladie grave.

Vous remarquerez que dans ce modèle je ne me réfère plus à l'enfance (ou aux enfances) des sujets ayant développé plus tard un cancer dans leur vie. C'est simple : je crois finalement au terme de cette thèse que ces enfances peuvent être de tout ordre. L'enfance d'un sujet permet certes de mieux mettre en perspective les sentiments vécus à l'âge adulte au cours d'une rupture existentielle et à ce titre elle gagne à être considérée lors d'une tentative de compréhension individuelle d'un cas. Cependant, il nous semble inutile de nous y référer dans un modèle qui risquerait de faire penser que celle-ci posséderait des caractéristiques spécifiques. C'est l'erreur qu'ont commises me semble-t-il certains auteurs (Leshan et Bahnson ou Pierre Cazenave). J'ai cru à un moment pouvoir spécifier une enfance marquée déjà soit par des sentiments d'inexistence/abandon soit au contraire par une forme d'hyperprésence parentale mais je crois qu'il s'agit d'une fausse piste. Je n'ai en tout cas plus envie de l'emprunter. Cette insistance sur l'enfance des sujets peut d'ailleurs parfois avoir quelque chose d'agaçant alors que tout peut sans cesse se rejouer dans les âges ultérieurs. Apprenons à regarder l'ensemble d'une histoire.

Je rappelle également que j'ai écarté au cours de cette thèse toute référence au défaut de mentalisation, au refoulement de l'imaginaire en tant que fonction, ou à l'inhibition de l'expression émotionnelle dans la compréhension des événements qui participent à l'apparition de la maladie grave. Faire des liens entre représentations, intégrer sa vie onirique ou imaginaire à sa vie quotidienne, accueillir et faire quelque chose de ses émotions, n'est pas l'apanage de tout un chacun et est probablement le résultat d'un certain moule socioculturel. Insister sur ces « défauts » du sujet a quelque chose de dérangeant au regard du trajet singulier que trace chacun en fonction de ces origines socioculturelles et des influences qui l'ont en partie façonné. Les psys ont-ils à façonner de nouvelles normes, en fonction de ce qui a été au cœur de leur parcours professionnel (la mentalisation, l'imaginaire ou l'émotion)? J'ai constaté pour ma part que

l'émotion, la mentalisation ou l'imaginaire présents chez la plupart des sujets rencontrés servait surtout à pointer, mettre en forme, dire autrement ou sous un certain mode une douleur de vivre qui ne se réduisait pas. Elle la re-présentait sans parvenir pour autant à la faire diminuer. C'était bien cette douleur de vivre qui semblait avoir des répercussions somatiques et non le fait qu'elle s'exprime ou non, se mentalise ou non, se rêve ou non. J'espère que toute référence à un fonctionnement déficitaire n'aura plus lieu d'être en psychosomatique⁶ au profit d'une référence à l'inévitable souffrance qui terrasse parfois les êtres humains.

Je voudrais terminer cette discussion sur la lueur d'espoir que m'ont offert les sujets de cette thèse qui ont connu la rémission pendant un temps relativement important au cours de leur vie (au point que certains ont pu se dire guéris). Il semble que cette rémission ne soit pas sans lien avec le fait que le sujet retrouve – par divers chemins - le sentiment de la valeur de son existence, le sentiment de pouvoir à nouveau s'inscrire dans la vie.

⁶ Tout en ne voulant pas jeter la pierre aux auteurs qui ont risqué la théorisation de ce qui, à ce moment-là, en fonction de la population rencontrée, leur semblait juste. Les progrès dans la connaissance s'acquièrent aussi au travers des erreurs. On progresse d'ailleurs parfois plus à partir d'une erreur qu'à partir d'un succès.

Conclusion générale

Mon objectif dans cette thèse était d'aller à la rencontre, vraiment à la rencontre, de patients chez qui un diagnostic de cancer avait été posé et d'estimer s'il était plausible, probable, que la souffrance psychique ait joué un rôle dans l'apparition de la maladie. Il s'agissait d'approcher de façon complexe ces patients, leur histoire et leur(s) souffrance(s).

A travers la méthodologie des histoires de vie, j'ai découvert et choisi un outil de recherche qui entrait en adéquation avec la complexité du sujet dont je souhaitais traiter. La complexité d'une vie, d'un être, ne me semble abordable qu'au prix du temps passé auprès du sujet à le laisser nous conter son histoire, son trajet existentiel. Un à deux entretiens qualitatifs semi-structurés ne suffisent pas. Il ne s'agit pas d'explorer uniquement les années qui ont précédé le cancer ou uniquement l'enfance mais comprendre comment toute une existence s'est tissée, à quel moment celle-ci s'est trouvée bouleversée, de quelle manière et dans quelles circonstances. Cette perspective globalisante offerte par les histoires de vie est un formidable atout de la méthode. Bien sûr, elle reste en partie tributaire, comme toute autre méthode, du souhait que la personne a de se raconter. Le lien tissé avec le chercheur au fil des rencontres va généralement favoriser le récit. Bien sûr, elle dépend de la façon dont le chercheur va recueillir cette histoire de vie. Plus le chercheur est impliqué et respectueux du sujet, plus l'histoire de vie recueillie gagnera en qualité et en complexité. Bien sûr, la personne se méconnaît en partie elle-même et c'est d'ailleurs la difficulté de la recherche en psychologie clinique où il s'agit d'entendre parfois ce qui se dit entre les lignes. C'est toute l'écoute clinique du chercheur qui est là mobilisée. Mais j'ai plutôt été surprise par la lucidité dont beaucoup font preuve face à leur propre vie, les formules qu'ils trouvent pour tâcher de rendre compte de ce qu'ils ont vécu. J'ai réellement eu l'impression à travers cette méthode de pouvoir pénétrer la complexité de chaque existence et de recevoir certaines clefs pour répondre à la question que je me posais, clefs dont j'ai tâché de rendre compte dans ce parcours de thèse. Même si les sujets eux-mêmes ne s'attardaient pas forcément sur le lien entre cancer et souffrance psychique, ils ne manquaient tout de même pas par cette méthode et dans le lien tissé avec moi d'aborder la question de la souffrance psychique dans leur existence. À travers le récit de leur histoire, leur implication dans le travail que je leur proposais, ils m'ont donné le matériel nécessaire pour penser avec eux ou sans eux, avec et sans eux selon les aspects considérés, comment s'étaient probablement nouées souffrance psychique et souffrance somatique dans leur histoire.

Méthodologiquement encore, plus le chercheur se frotte au sujet de sa recherche, plus il l'écoute et éprouve son contact, tout en s'en distanciant grâce

au rythme établi dans les rencontres, plus sa sensibilité et sa compréhension clinique s'aiguise. D'où la pertinence dans la recherche des études de cas basées sur des rencontres répétées sur un temps relativement long entre chercheur et sujet. C'est à ce prix payé en temps mais gagné en rencontre humaine qu'une possibilité de compréhension complexe peut se faire jour. La question de la preuve se joue ici sur le plan qualitatif et non sur le plan quantitatif. Même si en la matière complexe qui nous occupe il est difficile de parler de preuve et l'idée de faisceaux d'indices convergents, entraînant vers une certaine conviction qui ne peut toutefois jamais s'assurer totalement, est peut-être plus appropriée.

La pertinence de la méthode utilisée au regard du sujet traité étant dite et réaffirmée, j'ai malgré tout été à chaque fois surprise de pouvoir, à l'écoute des histoires, faire un lien entre souffrance psychique et apparition du cancer. Surprise qui n'est pas sans lien avec le moule socioculturel dans lequel je vis et où la maladie est de façon dominante, explicite, considérée comme un ennemi frappant de l'extérieur, qu'il faut combattre grâce aux techniques biomédicales. Or, j'ai moi travaillé sur un implicite, peut-être un refoulé culturel. Le malaise dans lequel j'ai travaillé ou avec lequel j'ai exposé mes travaux – malgré la question passionnante – en est peut-être un indice. Ce lien entre souffrance psychique et développement d'un cancer ne m'a pourtant jamais paru forcé ; il émergeait des histoires de vie elles-mêmes ou peut-être du regard que j'acceptais de porter sur elles. Il n'apparaissait pas d'un coup mais petit à petit. Au fur et à mesure que le sujet, gagné par la confiance, acceptait de se dévoiler, de dévoiler en particulier ce qui l'avait fait le plus souffrir. Au fur et à mesure que moi-même je prenais la mesure de la souffrance qui m'était d'emblée confiée. Rendre compte de ce lien au sein d'un modèle en tâchant de respecter à la fois la diversité des histoires et leur caractère commun fût une tâche passionnante mais rude : quels mots choisir ? Faire émerger en particulier cette dimension « sentiment d'inexistence » m'a profondément touchée. Peut-être parce qu'elle était au cœur de la souffrance dont tentait de me faire part ou que manifestait mon interlocuteur. Peut-être parce que ce sentiment n'est potentiellement étranger à aucun d'entre nous. Trouver un mot pour qualifier cette souffrance c'était lui donner une existence qui n'était peut-être pas suffisamment apparue jusque-là, du moins dans les théorisations psychosomatiques parcourues au sein de cette thèse.

Sur la nature du lien découvert, son rôle exact dans l'apparition du cancer, il ne m'est pas possible de me prononcer. Ce dont je suis certaine, c'est qu'il ne s'agit pas d'un facteur suffisant et que des fragilités organiques héritées ou acquises (suite à des agressions reconnues comme cancérigènes) sont nécessaires pour que l'apparition d'un cancer soit rendue possible. S'agit-il d'un facteur précipitant d'un cancer qui aurait tout de même fini par être diagnostiqué mais bien plus tardivement ? S'agit-il d'un facteur nécessaire, indispensable

pour que le cancer prenne vraiment de l'ampleur et finisse par être diagnostiqué ? Je n'en sais rien. Mais j'ai tendance à pencher pour la seconde solution. Car un terrain propice, un organisme vulnérable, est nécessaire pour qu'une maladie – qui a sa propre autonomie biologique et qui n'a donc rien en elle-même de psychosomatique – puisse s'installer. La souffrance psychique crée ce terrain vulnérable, les recherches en neuropsychosimmunologie tendent à le démontrer. C'est un peu comme si – ce n'est qu'une image ! – dans le cas du cancer la maladie prenait la place de l'être qui se retire, qui abandonne la lutte, laisse là une existence trop douloureuse. Chacun pourra se forger son propre avis sur la question qu'il est bon de laisser ouverte.

À travers cette thèse, j'ai acquis la conviction de l'unité psychosomatique de l'être humain, et ce malgré l'autonomie biologique des maladies qui le frappent. La fragilisation existentielle d'un être humain est proprement psychosomatique. Jusqu'ici il me semblait qu'il pouvait être possible que la maladie frappe aveuglément ; c'était une question de rencontre malheureuse sans plus. Je ne peux plus penser cela. Il y a bien conjonction d'une souffrance existentielle⁷ proprement psychosomatique (se jouant à la fois sur les plans psychique et somatique), et d'une vulnérabilité biologique (liée ou non à la rencontre d'un agresseur extérieur) pour que soient créées les conditions d'apparition ou en tout cas de développement d'une maladie somatique. C'est quelque chose que dans notre société actuelle nous avons oublié de voir, de penser et de transmettre. Je ne peux plus désormais entendre quelqu'un me parler de maladie (et en particulier évidemment de cancer) sans m'interroger sur ce qui a pu créer existentiellement le terrain favorable à son apparition ou à son développement.

La vulnérabilité existentielle humaine peut se manifester de diverses façons : les manifestations somatiques sont un des marqueurs de celle-ci. Dans le cas du cancer, bien sûr, au vu du développement silencieux de la maladie sur un temps qui peut couvrir plusieurs années, ce marqueur somatique d'une souffrance existentielle ne peut être considéré que plus ou moins longtemps (selon les types de cancer) après qu'elle se soit manifestée. Mais ce que je veux dire ici, c'est que, lorsque nous souffrons, c'est aussi avec notre corps que nous souffrons, avant que même nous ayons pu en prendre conscience, se représenter ce qu'il se passait pour nous. Notre incarnation se joue là : dans l'intimité des processus biochimiques qui traversent notre corps en relation étroite avec nos éprouvés.

Je me demande au fond si la grande difficulté de la théorisation en psycho-somatique n'est pas liée à cette distinction non suffisamment établie,

⁷ Ici, j'ai envie de la définir comme surgissant de la rencontre du sujet avec le monde et ses semblables au moment où il sort de lui-même pour précisément vivre cette rencontre et s'y inscrire comme sujet.

théorisée, pensée, entre sphère de l'éprouvé (ressenti, émotions, affects) et sphère de la représentation (sphère cognitive, sphère mentale, sphère de l'imaginaire, selon les auteurs). Car ces réalités, pour moi hétérogènes⁸ même si interagissant constamment, sont toutes deux subsumées sous le terme de « psyché », part de « psycho-somatique ». Or je pense que l'intrication psychosomatique se joue dans la sphère des éprouvés et non dans la sphère mentale. Dans la sphère mentale, tentera de se penser, de se représenter une liaison psychosomatique⁹ qui n'a au fond précisément rien à voir avec la représentation. La re-présentation est une possibilité donnée à l'homme d'une prise de distance par rapport à l'éprouvé, d'une nomination et d'une symbolisation possible de celui-ci. Mais elle n'est pas l'éprouvé même si elle tente de le circonscrire. Je lierais l'éprouvé à la sphère animale en nous, ce qui rend possible les comparaisons entre animaux et hommes et une certaine translation du type de problématique qu'ils rencontrent¹⁰ aux nôtres (ce qui valide pour partie notamment les travaux d'un Laborit ou d'un Dantzer). C'est bien cet éprouvé – susceptible de représentation, même a minima, chez l'être humain (en tout cas adulte) – qui fragilise l'homme de telle manière qu'il devient vulnérable à la maladie. Tout ceci sans perdre cependant de vue que la capacité représentative chez l'homme peut profondément subvertir et influencer ce qui s'éprouve (sur le mode de l'atténuation ou de l'aggravation¹¹) et que dans ce sens elle ne peut être laissée de côté pour penser la liaison psychosomatique.

C'est dans les états dépressifs et anxieux, reconnus ou non par la personne qui en souffre, et qui manifestent un éprouvé difficile (tel que celui, mis au jour dans cette thèse, lié au sentiment¹² d'inexistence/abandon qui ne parvient pas à se réduire), que se joue par excellence l'unité psychosomatique. Tous les auteurs considérés au sein de cette thèse l'ont je crois compris mais y ont ajouté des considérations qui m'apparaissent aujourd'hui comme secondaires (sur la mentalisation, sur l'imaginaire, sur l'expression émotionnelle, sur l'enfance, tous thèmes par ailleurs fort intéressants) par rapport à la problématique traitée.

⁸ Certains spécialistes du cerveau évoqueraient d'ailleurs probablement le substrat organique d'une telle distinction : cerveau limbique et cortex frontal associatif.

⁹ Et cette pensée s'égarrera parfois dans un imaginaire fertile - qui peut pourtant parfois être parlant pour le patient et l'aider à symboliser certaines de ses problématiques.

¹⁰ Notamment la séparation ou les situations de menace, d'incontrôlabilité.

¹¹ La mentalisation, présentée comme protectrice de la santé somatique par Marty et ses collègues, peut être aussi à mon sens ce qui l'aggrave. Les représentants de l'Ecole de Paris ont probablement pensée à la nécessité de pouvoir symboliser (élaborer psychiquement) les souffrances pour s'en dégager mais ont perdu de vue que la mentalisation pouvait également aggraver la vision d'une situation douloureuse ou rendre une situation a priori anodine douloureuse. En effet, l'être humain colore toute situation qu'il rencontre de ses fantasmes, ne peut manquer le plus souvent de l'interpréter. Il est important de pouvoir mettre au jour, en tant que thérapeute, les représentations et images aggravant ou créant chez le sujet le sentiment d'inexistence et tâcher de construire avec le sujet des représentations et images plus pacificatrices de sa situation. Seule à mon avis ces représentations plus pacificatrices, génératrices elle aussi d'un éprouvé de bien-être, seront protectrices pour la santé somatique.

¹² Peut-être faudrait-il distinguer éprouvé et sentiment. L'éprouvé serait cette sensation diffuse d'avant la représentation. Dans le sentiment, il y aurait cette possibilité d'un repérage possible de l'éprouvé, une nomination a minima, la possibilité d'en dire quelque chose.

Ces états de dépression et d'anxiété¹³ semblent accompagnés ou plutôt vécus corporellement au travers d'une dérégulation organique (qui peut aller aussi bien dans le sens d'une dépression, d'une hypoactivité que d'une hyperactivité ou d'un dysfonctionnement des systèmes de régulation organique). Je dois dire ici ma dette à l'égard de tous ces chercheurs expérimentaux, tous ces neuropsychosimmunologues (je pense surtout à Janice Kiecolt-Glaser et son mari) qui ont mené des recherches passionnantes et oh combien convaincantes sur cette intrication psychosomatique. Leurs travaux m'ont donné plus d'assurance pour penser la liaison psyché-soma dans les cas de cancer, m'ont convaincu que je ne faisais pas fausse route.

Que faire de ce questionnaire psychosomatique, de cette construction d'une part du sens - la part existentielle, la part psychosomatique - de l'apparition de la maladie, dans l'accompagnement de patients atteints de cancer ? Il s'agit évidemment toujours de respecter le propre rythme d'interrogation du sujet. Le questionnaire psychosomatique ne s'impose pas. Il peut se proposer si le sujet n'y vient pas par lui-même. J'aurais tendance à inclure le questionnaire psychosomatique comme partie du questionnaire subjectif et de la lucidité que certains êtres tentent de conquérir sur eux-mêmes. Il me semble qu'il permet réellement de mieux approcher et de mieux prendre la mesure de la souffrance - toujours psychosomatique¹⁴ - du sujet. Il ne s'agit pas de faire de celui-ci un objectif en soi, une finalité de la démarche d'accompagnement du patient ; il s'agit de considérer ce questionnaire comme une phase heuristique du processus de découverte de soi, de ce soi en partie insu. Il s'agit d'approcher de cette idée que la maladie grave est une sorte de baromètre de notre vulnérabilité toute humaine face à certaines situations particulièrement douloureuses à vivre. Le modèle d'interprétation que j'ai construit au cours de cette thèse peut être un guide utile dans cette co-construction avec le patient du sens existentiel de sa maladie. Construire ce sens, c'est prendre le patient dans l'ensemble de ses dimensions, le reconnaître dans sa souffrance, dans les différents modes selon lesquels elle s'exprime. C'est ne pas laisser la maladie là comme un corps étranger qui frappe de façon absurde et auquel on ne comprend rien, sentiment d'être là soumis à une force aveugle qui ne peut que nous emporter. C'est rendre un certain sentiment de maîtrise au patient sur ce qu'il se passe dans son corps. Le fondement du travail thérapeutique restera, quoi qu'il en soit de ce questionnaire psychosomatique

¹³ Je rappelle d'ailleurs à cet égard la distinction très intéressante établie par Sami-Ali entre anxiété et dépression, l'anxiété étant liée à la menace (perte) qui se profile, tandis que la dépression s'éprouve quand la menace (perte) s'est réalisée. Pour colorer ces propos de mes propres découvertes, je dirais : menace de se sentir inexister au moment où une rupture existentielle va avoir lieu (anxiété), menace réalisée de se sentir inexistant au moment où elle a eu lieu (dépression).

¹⁴ Sauf peut-être dans les cas de psychose où la souffrance semble se jouer uniquement sur le plan mental ; la dissociation psychosomatique est là poussée à son extrême. La psychose est bien une maladie propre à l'être humain.

ou de cette construction d'un certain sens de la maladie, l'approche et l'exploration des souffrances existentielles du sujet, leur compréhension et le travail de dégagement de celles-ci – notamment par l'assomption de représentations plus pacificatrices pour le sujet de ce qu'il est et de son inscription dans le monde.

Il est souvent possible que la vie reprenne ses droits, en partie parce que le sujet peut renouer – grâce à de nouvelles circonstances existentielles, à une aide thérapeutique, au dialogue, à la réflexion - avec le sentiment de valeur de son existence propre. Les sujets rencontrés dans cette thèse en sont les exemples. C'est sur cette note d'espoir et d'une transformation ou d'une pacification possible que je souhaite mettre un point final à cette thèse.

