

La maladie cancéreuse entraîne une perte de repères par les effets qu'elle génère : hospitalisation, coupures et ruptures de la vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle ; mais aussi, perte du sentiment d'invulnérabilité, confrontation au risque de mort ; et enfin, le rôle envahissant que jouent les représentations liées au cancer : la mort à l'œuvre, la peur de la dégradation physique et psychique. Ainsi que toutes les angoisses liées à la perte du statut social et familial, à la défaillance ou à l'abandon des proches.

La perte des repères produit au minimum un sentiment d'étrangeté et entraîne fréquemment des épisodes de confusion. Ce n'est donc pas seulement au niveau de l'image du corps et dans la vie réelle que la maladie a des répercussions psychiques, mais directement au niveau de l'ordonnement symbolique, qui ne remplit plus ses fonctions de repère et de bord.

Ce qui en résulte n'est pas seulement un déséquilibre ou un flou, mais en certains points des états de crise. Là où le symbolique a valeur de signifiant, c'est-à-dire là où il se trouve lié à des « complexes », à des nœuds inconscients et s'avère de ce fait secrètement surinvesti, là surgissent l'angoisse incoercible et la résistance au changement. L'exemple de M<sup>me</sup> P. montre que ce qui se donne dans un premier temps comme un trouble de l'image du corps a en réalité son fondement dans un surinvestissement symbolique. Surinvestissement symbolique, car pour elle, la mère lui « piquait » jusqu'à son corps propre et ses sensations. Ce faisant, elle lui confisquait aussi sa vie.

## 3

## La mastectomie

Ce chapitre et le suivant traitent tous deux de la mastectomie, mais selon des approches différentes. Le premier, initialement destiné aux soignants, est descriptif, reprenant les différentes étapes de la maladie à partir de l'annonce du diagnostic. Le second, élaboré pour un public sensibilisé à la clinique psychanalytique, est davantage centré sur la dynamique psychique, telle que la psychanalyse en permet l'approche.

Un « choc ». C'est le terme utilisé par les femmes lorsqu'elles évoquent le moment de la découverte de la tumeur et de la confirmation du diagnostic de cancer. Même si, comme elles le disent, « on s'y attendait ».

À l'annonce du diagnostic, certaines s'effondrent, d'autres se trouvent dans l'incapacité d'assimiler quoi que ce soit de ce qui leur est expliqué, en particulier ce qui concerne leur maladie et les traitements. Elles se disent également incapables de se concentrer, de lire, etc.

Les effets de ce choc sont réparables immédiatement, pendant la consultation, à la sortie, dans les heures et les jours

qui suivent. Cependant, quelle que soit l'étendue de leur détresse, qu'elles soient ou non en état d'en dire quelque chose, la plupart des femmes tentent de faire bonne figure. Nous avons vu au chapitre précédent que les effets de ce choc vont bien au-delà de ce qui est visible immédiatement.

La manière dont la femme réagit à la découverte et à l'annonce de son cancer se retrouvera tout au long du cursus de la maladie, et influencera grandement sa façon de supporter les traitements. Il y a donc pour les soignants à apporter une attention toute particulière à ces premières réactions lors de l'entrée dans la maladie, si l'on veut aider ces femmes et leur entourer à accepter les traitements et à y coopérer activement.

Nous l'avons vu, la prise de conscience de la maladie et de ses effets est progressive. Elle ne s'effectue pas forcément au moment du diagnostic. Ainsi, beaucoup de femmes ne réalisent qu'après la mastectomie qu'il s'agit vraiment d'un cancer. Le doute n'est alors plus possible, ce qui les confronte violemment au problème de la perte.

## LA MUTILATION

L'ablation d'un sein est toujours quelque chose de difficile à accepter pour une femme. Si diverses que soient leurs réactions, pour toutes une même question se pose, même si elles ne la formulent pas : celle de la perte. Il ne s'agit pas seulement du sein, car la mutilation renvoie à d'autres pertes.

Les difficultés suscitées par la mastectomie sont repérables à trois niveaux : l'image du corps, l'identité, la vie sexuelle et affective.

« Comment est-ce que je serai après l'intervention ? »  
« Qu'y aura-t-il à la place de mon sein, un trou ? » demandent de nombreuses femmes, terrifiées. Souvent elles refusent, parfois pendant des mois, de se regarder dans une glace.

Certaines vont jusqu'à voiler tous les miroirs de la maison. Beaucoup refusent de se montrer nues à leur conjoint, s'enferment à clef dans la salle de bains.

Se sentant mutilées, elles craignent de toucher l'endroit où il y avait le sein, dans le cas de la mastectomie, ou ce qui reste du sein dans le cas du traitement conservateur. Certaines précisent que cette partie de leur corps, elles ne la sentent plus, qu'il y a perte des sensations tactiles non seulement à l'emplacement du sein mais sous l'aisselle, dans le cas du curage axillaire. Souvent, elles ajoutent que ne sentant plus rien, elles ne peuvent plus se regarder dans la glace. Grâce à un travail personnel plus poussé de certaines patientes, il est apparu que tant que cette sensation tactile n'était pas récupérée, il leur était impossible de faire face à leur nouvelle image.

Ce genre de sentiments et d'expériences intimes ne se communique pas aisément. Ces femmes ne peuvent parler de leurs problèmes qu'après un long temps, une fois qu'elles se sentent en confiance avec le psychanalyste et sont assurées qu'il croira ce qu'elles disent. Un peu honteuses et coupables d'accorder tant d'attention à leur image après avoir frôlé la mort, elles vont jusqu'à douter de la réalité de cette perte de sensibilité. C'est une des occurrences, nombreuses dans la maladie cancéreuse, du sentiment que leur corps les trahit, alors qu'elles lui accordaient jusqu'alors une certaine confiance.

Quelque chose de l'identité est touché : « Je ne suis plus une femme à part entière », disent-elles, mettant en doute leur identité de femme. Le regard de l'autre ne leur renvoie plus leur intégrité corporelle. Au contraire, il leur rappelle la réalité de la mutilation.

« Après l'opération, on se retrouve avec la moitié du corps intacte et l'autre complètement enfouie... Pour moi c'était terrible... J'avais peur du regard des autres. C'est une impression que je n'avais jamais eue auparavant. Ensuite, c'est la prothèse qui est devenue ma grande hantise. J'avais une

prothèse externe. Il m'est arrivé une fois dans un supermarché... j'arrivais à la caisse, je ramassais mes courses en discutant avec la caissière, je me suis baissée pour chercher quelque chose dans mon caddie et tout d'un coup, le silence total. J'ai levé les yeux, un peu surprise, et me suis rendu compte que cette femme était complètement affolée parce que dans l'entrebâillement de mon décolleté, elle avait vu ma prothèse. Je pensais que ça ne se voyait pas... Cela m'a marquée. »

Avant la maladie et avant la mastectomie, le regard de l'autre était pour cette femme source de plaisir. Il la confortait dans sa féminité. Il n'était pas ressenti comme indiscret. Après la mutilation, tout regard joue comme une effraction.

La vie sexuelle et affective est elle aussi touchée. En effet, le sein est un organe lié à la fois à la sexualité et à la maternité, c'est-à-dire aux premières expériences de la vie, au désir et à l'amour. Sa perte entraîne des difficultés tant au niveau du couple qu'au niveau de la relation de la femme à ses parents, particulièrement à sa mère, et à ses enfants.

Comment exister en tant que femme lorsqu'on se sent aussi diminuée ? Cette interrogation traduit bien l'état de dépréciation personnelle dans lequel se trouvent plongées les femmes, pour un temps plus ou moins long. Dans cet état de crise, on assiste à des comportements réactionnels qui varient d'une femme à l'autre, en fonction de leur personnalité, de leur histoire individuelle, de la qualité des relations qui existaient avant la maladie.

Certaines ont tendance à se replier sur elles-mêmes, afin de pouvoir se retrouver, disent-elles. Elles éprouvent des difficultés à rencontrer les autres, à se montrer, à montrer leur corps. Souvent, la seule personne à qui elles osent se montrer, c'est leur médecin. Cette réaction bien compréhensible est sans doute inévitable, mais doit être limitée dans le temps, si l'on ne veut pas que la femme finisse par se couper de son entourage.

D'autres, au contraire, pour mieux faire face à cette dépréciation, éprouvent le besoin de paraître, de montrer toutes les imperfections de leur corps, sur le mode de la dérision et avec un certain humour. L'humour, en l'occurrence, permet une mise à distance de l'angoisse. Certaines décident de s'habiller différemment, « profitant de cette occasion pour changer de look », comme elles disent.

Ce sentiment de dépréciation est tel qu'elles éprouvent la plus grande difficulté à se figurer qu'on puisse les voir autrement qu'elles ne se voient, et à s'imaginer comme encore désirables.

Au niveau du couple, bien des femmes craignent d'être, suivant l'expression de certaines, « un objet de commisération ». Elles ont tendance à tout interpréter dans ce sens et à repousser tout geste de tendresse ou d'amitié, de peur de laisser percer quelque chose de leur propre vulnérabilité.

Si la femme ne se reconnaît plus elle-même, on peut en dire autant du mari, inévitablement angoissé par la maladie de sa compagne et par sa mutilation. De plus, il a lui aussi du mal à reconnaître sa femme en pleine crise, en proie à toutes ces angoisses et terreurs internes. À son tour, il est troublé, désemparé et tente de faire face à cette situation comme il le peut. Il est lui aussi confronté au problème de la mort. Tout cela ne crée pas un climat propice à la détente et à la vie sexuelle. Comme nous le faisait remarquer une femme dans un moment de désespoir : « Avoir la mort à l'intérieur de soi, ce n'est évidemment pas une situation qui donne envie de faire l'amour. »

Dans un tel climat, les difficultés sont d'un abord malaisé. Les maladresses et prétendus encouragements de personnes bien intentionnées compliquent encore la situation, en renvoyant chacun à ses angoisses et à sa solitude. On assiste alors à des réactions explosives, irrationnelles, imprévisibles, qu'il est difficile de comprendre de l'extérieur, et même de l'intérieur. Certains hommes fuient dans des aventures extra-

conjugales auxquelles eux-mêmes ne comprennent rien ; d'autres sont totalement paralysés, non seulement devant leur propre femme mais aussi devant les autres. Certains se plaignent d'être devenus impuissants, pour un temps plus ou moins long. Il faut se garder de juger le comportement de l'un ou de l'autre, mais y entendre le désarroi qui s'y exprime.

L'absence de sein, de par les sentiments qu'elle déclenche, renvoie la femme comme l'homme aux peurs et interdits irrationnels liés à la sexualité. Ainsi, certains appréhendent la reprise des relations sexuelles de crainte de réactiver la maladie ou de la transmettre à l'autre. L'absence de sein peut aussi renvoyer au temps d'avant la puberté, à l'interdit de mettre en acte les désirs sexuels.

Dans le cas où le contexte d'avant la maladie n'était pas favorable à une vie sexuelle, le cancer peut précipiter le désintérêt et l'aversion pour la sexualité, et servir ainsi de prétexte à son abandon.

Dans le quotidien du couple, certains gestes qui allaient de soi avant la maladie et constituaient une forme d'intimité ne vont plus sans gêne. Il y a donc nécessité de dépasser les peurs réciproques, les mouvements de recul... Pour que quelque chose de la qualité de la relation du couple soit restauré, un changement s'impose. Il passe nécessairement par un apprivoisement et un réinvestissement de ces gestes.

La situation d'avant la maladie a donc des incidences sur les réactions des deux conjoints. Si les relations étaient déjà perturbées, la maladie vient renforcer l'angoisse et réveiller la culpabilité. À l'opposé, une authentique complicité existant avant la maladie peut se trouver renforcée par cette épreuve.

Cette situation d'avant la maladie n'est pas facile à apprécier. Ce n'est pas en posant des questions que l'on apprend à la connaître, car les réponses seront rarement conformes à la réalité : soit elles embellissent le passé, soit au contraire elles radicalisent toutes les insatisfactions, toutes les difficultés

antérieures, tous les conflits. On se heurte là à la façon dont, dans un moment difficile, chacun parle du passé en le reconstruisant à sa manière, en fonction du moment. Il faudra du temps pour que chaque événement puisse être remis à sa juste place et correctement évalué.

Dans cette période de crise, le médecin peut aider son patient en lui permettant d'exprimer tout cela, en l'écoutant, sans porter de jugement, fût-ce pour lui-même. Il a à accueillir ce qui est dit comme des données susceptibles d'évoluer.

En tant que mère, la femme se demande comment assumer sa place dans le présent comme dans l'avenir et ce, quels que soient son âge et celui de ses enfants. Cette préoccupation est constante. Elle paraît parfois anachronique, lorsque les enfants sont adultes et ont eux-mêmes une famille, mais s'explique par le fait que le cancer du sein réveille toutes les insatisfactions de la relation mère-fille, avec la culpabilité qui s'y rattache. La femme est brutalement interpellée à la fois dans son rôle de mère et dans son statut de fille. Les relations mère-fille peuvent à cette occasion devenir problématiques, même si elles ne le paraissaient pas auparavant et même s'il existe un réel souci de se protéger mutuellement.

Du fait de la maladie, tous les problèmes liés à la sexualité et à la maternité sont en quelque sorte exposés au grand jour, dans certains cas pour la première fois, même s'il existe à notre époque, en ce domaine, une plus grande liberté d'expression. Quelle que soit la qualité de communication existant avant la maladie, c'est l'occasion pour les parents comme pour les enfants d'aborder, dans l'urgence peut-être, les problèmes liés à la sexualité.

Les femmes ont à cœur de ne pas entraver l'évolution de leurs enfants, de ne pas leur créer de traumatismes et de blocages, particulièrement sur le plan de la sexualité. C'est aussi dans ce contexte qu'elles s'interrogent sur les origines de leur maladie et sur ce qu'elles ont transmis à leurs enfants, ce qu'elles risquent encore de leur transmettre. Cette inter-

rogation est encore plus lancinante lorsqu'il existe des antécédents familiaux de cancer. Depuis quand ce cancer était-il tapi en moi ? Que s'est-il passé au moment de l'allaitement ? Quelle sorte de nourriture ai-je donc reçue, ai-je donc donné à mon enfant ? Quel mauvais sein ai-je transmis à ma fille ? Et que m'a-t-on transmis à moi ?

Pour les femmes jeunes se pose toujours la question des enfants à venir et du danger que représente le cancer, autant pour les enfants que pour elles-mêmes : « Une nouvelle maternité n'amènerait-elle pas une récidive ? » Pour le couple, cette question est une réelle épreuve.

Lorsque les traitements ont des effets stérilisants, c'est la maladie qui rend la maternité impossible. Même si on n'avait plus l'intention d'avoir des enfants, on aurait pu... « Maintenant, on ne peut plus rêver... » Pour les femmes plus âgées, bien que la question ne se pose plus dans la réalité, elles y pensent tout de même, revenant sur la période de leur fécondité, où elles étaient « des femmes à part entière », et sur sa perte.

La référence à la perte d'un enfant revient fréquemment, quel que soit l'âge de la femme. Souvent, elle se manifeste sous forme de culpabilité, comme si on n'avait pas été suffisamment attentif à cet enfant disparu, a fortiori lorsque cet enfant n'a pas été désiré. La perte est encore plus déplorée s'il y a eu interruption de grossesse. Dans certains cas, elle est évoquée comme si le cancer venait sanctionner une faute.

Enfin, lorsque le cancer est découvert pendant la grossesse, ou peu après la naissance d'un enfant, la femme et le couple sont renvoyés aux conditions dans lesquelles l'enfant a été conçu, voulu, attendu. De telles situations sont très difficiles à surmonter, et quand elle est possible, l'intervention d'un psy n'est pas de trop pour aider à les démêler. Nous rencontrons souvent des cas où la venue d'un enfant se produit après que le couple a traversé des moments particulièrement difficiles : une maladie, un décès, des conflits à

peine résolu ou même une séparation temporaire. La décision de « faire un enfant » ayant été mûrement réfléchie et scellant quelque chose comme un nouveau départ, le cancer est alors ressenti comme une insupportable injustice, car venant se mettre en travers d'une paix retrouvée.

Il n'est pas aisé pour une femme d'assumer son rôle de mère dans ces conditions. Cependant, il s'avère que la présence des enfants est pour elle une source de réconfort. Cela l'encourage à lutter contre la maladie, à tenter de faire bonne figure au prix souvent de grands efforts et d'abnégation. Les femmes ont le souci de protéger les enfants et de ne pas leur infliger un spectacle trop douloureux.

Quant à l'enfant, quel que soit son âge, qu'il ait ou non été informé de la maladie de sa mère, il sait fort bien qu'elle est gravement malade. L'enfant n'est pas seulement touché lui-même, il est aussi confronté à l'angoisse de ses parents.

Ainsi, une jeune femme se trouvait en difficulté avec son petit garçon âgé de 4 ans, qui lui donnait des coups à l'endroit du sein enlevé. En attaquant cette partie du corps de sa mère, il exprimait son ressentiment, qui était à la fois le reflet de sa propre angoisse et un écho de celle de ses parents (et grands-parents).

Ce sont sans doute les adolescents qui sont le plus touchés, singulièrement dans leur identité sexuelle. En pleine mutation, confrontés à des sensations et à des sentiments nouveaux, à la recherche de repères identificatoires fiables, voilà que leur mère leur fait défaut. Ses altérations physiques et morales, dont ils sont témoins, les angoissent et les culpabilisent. Incapables d'y faire face, incapables de trouver les mots qui leur permettraient d'expliquer ce qu'ils ressentent sans risquer de blesser leur mère, ils ont tendance à fuir ou à devenir violents. C'est ce qui explique les changements soudains de leur comportement, y compris cette violence qui s'instaure dans les relations parents-enfants quand l'angoisse

est trop présente et que la parole ne circule pas suffisamment. Ces comportements sont à entendre comme un appel adressé aux parents, souvent au père. Encore faut-il être en état de l'entendre !

Dans notre expérience, ce type de situation, si pénible qu'il soit, est susceptible de s'arranger quand un dialogue peut à nouveau s'instaurer avec la mère, le père jouant quelquefois un rôle rassurant par sa simple présence. Il est alors important que la mère, et/ou le père, trouvent un interlocuteur pour exprimer ce qui se passe en eux, afin de renouer avec une certaine maîtrise de leurs sentiments. Ils sont alors les mieux placés pour aider leurs enfants.

### LE TRAVAIL DE DEUIL <sup>1</sup>

Pour parvenir à une vie personnelle satisfaisante après la mutilation, les femmes ont besoin d'élaborer cette perte, c'est-à-dire d'effectuer un travail de deuil. Pourquoi cette expression ? Parce qu'il existe une similitude entre la perte d'une personne aimée et la perte d'une partie du corps, surtout si, comme le sein, elle fait l'objet d'un investissement particulièrement intense. De même que l'acceptation de la disparition d'un être cher ne se fait pas en un jour, l'acceptation d'une mutilation ne va pas de soi. La réalité de la mutilation, subie de plein fouet, contraint brutalement les femmes à ce travail, qu'elles mèneront à leur rythme et plus ou moins loin. Il permettra les remaniements psychiques nécessaires à l'acquisition d'un nouvel équilibre <sup>2</sup>.

1. Pour un repérage plus approfondi de cette question du deuil, cf. chapitre 13.

2. Le texte de Freud « Deuil et mélancolie », dans *Métapsychologie* (Gallimard, 1968), décrit les mécanismes et les étapes du travail de deuil de façon encore inégalée.

Le travail de deuil, dans ce cas, concerne principalement l'image de soi. Pouvoir investir une nouvelle image implique de renoncer à la précédente. C'est dans cet intervalle où la femme n'a pas tout à fait renoncé à l'image qu'elle avait d'elle-même, ni tout à fait accepté la nouvelle image, que se situent les moments les plus difficiles.

Ces derniers ne sont pas sans lien avec la façon dont la femme vivait avant sa maladie. Les problèmes personnels et les conflits familiaux, plus ou moins bien tolérés jusque-là, risquent de devenir insupportables. Un certain équilibre est rompu, un nouvel équilibre est à trouver. C'est entre ces deux moments que s'effectuent, souvent douloureusement, les remaniements.

Les remaniements en cours se traduisent par des changements dans la vie des femmes.

M<sup>me</sup> K. revient chez elle après la mastectomie. Son retour était, comme on dit, « bien préparé ». Son mari et ses enfants l'attendaient impatiemment. Elle appréhendait quand même ce retour, car disait-elle, « quelque chose en moi est changé et je ne suis pas sûre que mon mari l'ait compris ». Ses appréhensions étaient justifiées. Pour elle, ce changement devrait se traduire, entre autres, par une nouvelle organisation dans la maison. « J'en ai assez de servir tout le monde, en particulier mon mari », me dit-elle. Mais à son retour, l'entourage continue comme si de rien n'était. M<sup>me</sup> K. décide alors de se coucher et de rester au lit « jusqu'à ce que ça change », en souffrant moralement de ce qui lui apparaît comme un manque de compréhension. En agissant de la sorte, M<sup>me</sup> K. fait défaut. Mais elle pose aussi un acte, acte dont elle est loin, à ce moment-là, de mesurer toute la portée. Car à partir de ce qui apparaissait comme un simple problème ménager, d'autres questions plus essentielles concernant la vie du couple, les enfants, l'insertion professionnelle et sociale, vont surgir. Ces questions ont pu être abordées et travaillées, ce qui entraîna pour la famille des remaniements profonds.

Si M<sup>me</sup> K. et son mari sont parvenus à préserver leur vie de couple, il n'en va pas ainsi de tous. Beaucoup de séparations surviennent non pas à cause mais à l'occasion du cancer. La maladie rend plus aiguës les difficultés, et fait apparaître au grand jour les problèmes tus jusque-là.

Les remaniements concernent aussi la vie professionnelle des femmes. Certaines se sentent, pour la première fois de leur vie, à même d'assumer seules leur existence. D'autres décident de se mettre à travailler, alors que jusqu'alors elles s'y refusaient de crainte de n'être pas suffisamment disponibles pour leur famille. Celles qui étaient déjà engagées dans une vie professionnelle ont tendance à s'y impliquer différemment.

Enfin, l'attitude à l'égard des enfants évolue. Ayant le souci de leur assurer une protection plus solide, elles tentent de les autonomiser le plus possible, afin, disent-elles, « qu'ils puissent se débrouiller tout seuls », au cas où elles disparaîtraient prématurément.

Atteinte d'une maladie à risque léthal, la femme vit la mutilation comme un processus de mise en pièces et de morcellement. C'est en un sens le deuil de soi-même qu'elle sera amenée à faire. Ce qui explique la difficulté d'un travail qui met en jeu tout autant l'attachement à la vie que le rapport à la sexualité à travers les images qui soutiennent le désir.

Ce travail de deuil s'accomplit soit par un cheminement personnel, soit à travers des discussions avec l'entourage familial ou amical, soit encore avec un membre de l'équipe soignante. Mais pour certaines femmes, seule une aide psychothérapique leur permettra de franchir les obstacles et de surmonter les contradictions.

## LA QUESTION DE LA MORT

Derrière le problème de la perte, bien plus cachées et refoulées se trouvent les questions relatives à la mort. Il ne s'agit pas seulement d'une crainte de la mort qui naîtrait à l'annonce du diagnostic, mais d'une crainte qui existait confusément depuis longtemps.

C'est le cas de M<sup>me</sup> Y., suivie à sa demande par le médecin qui avait en son temps soigné son père, décédé d'un cancer à l'âge de 35 ans. Elle est obsédée par l'idée d'avoir un jour le même cancer que son père et de mourir au même âge que lui. Ce médecin, frappé par l'angoisse de mort chez cette jeune femme, nous l'adresse. M<sup>me</sup> Y. nous contacte très rapidement, mais décommande ses rendez-vous sous divers prétextes. C'est le téléphone qu'elle utilisera pendant un certain nombre de mois pour parler de ses angoisses. Jusqu'au jour où, hospitalisée pour une tumeur du sein, M<sup>me</sup> Y. me fait dire qu'elle désire me parler et nous faisons enfin connaissance. Elle m'accueille en déclarant : « Vous voyez, je l'ai enfin, ce cancer, mais pas comme mon père. D'ailleurs, ajoute-t-elle, j'atteins l'âge auquel mon père est décédé, et sans doute vais-je avoir le même destin que lui. »

La crainte de la mort est ici liée à la mort d'un proche, et se trouve réactivée par un processus d'identification. En fait, chaque patiente se trouve confrontée à ce qu'est la mort pour elle, à travers les représentations de mort et les pertes qui ont jalonné son existence.

C'est pourquoi, en tant que représentant de la mort, le cancer est en quelque sorte attendu. Lorsqu'il survient, un réel soulagement peut se produire, comme lorsqu'on peut enfin affronter un ennemi à visage découvert.

« J'ai enfin quelqu'un à haïr légitimement », déclare une femme à propos de son cancer. Elle avait depuis toujours l'impression d'être habitée par une espèce d'ennemi intérieur insaisissable. Le cancer lui permet désormais de situer et de nommer cet ennemi, et lui apporte la possibilité de « pouvoir lutter contre quelqu'un ».

Devant affronter brutalement le problème de la mort, chaque femme réagit selon sa personnalité. Certaines sombrent dans la dépression. D'autres, plus ou moins gravement déprimées jusque-là, changent de façon spectaculaire et reprennent goût à la vie. Mais lorsque la fin des traitements approche, la dépression reparaît. « Je préfère avoir quelque chose de palpable, plutôt que d'être déprimée », disent-elles alors. D'autres, au contraire, trouveront en elles-mêmes « les ressources nécessaires pour se battre ». Nombre d'entre elles, qui vivaient jusque-là sans grand intérêt, sont prises d'un intense appétit de vivre qui se manifeste dans tous les domaines, sexuel, familial, professionnel.

D'autres enfin semblent assumer la maladie et la mutilation qui s'ensuit, organisant leur protection psychique à leur manière – souvent au prix de troubles somatiques plus ou moins sérieux qui les amènent à anticiper les consultations de surveillance et à multiplier les examens. Ces malades, apparemment solides, sont en fait très fragiles. Leurs angoisses se reportent sur leur corps. Elles réagissent de la même façon que les malades qu'on dit « psychosomatiques ». Face à de tels comportements, le médecin ne peut procéder qu'au cas par cas et apprécier chaque situation. Ces malades sont difficiles à suivre. On ne peut ni les renvoyer, ni céder à toutes les demandes d'examen complémentaires, ni leur conseiller une psychothérapie si elles ne le désirent pas. Elles ont – pour un temps plus ou moins long – besoin de la présence rassurante du médecin qui leur sert de point d'ancrage.

À l'opposé, certaines malades refusent d'accepter à la fois la maladie et les traitements proposés. Elles nient la réalité de ce qui leur arrive. Mises en face d'une réalité insupportable, ces malades utilisent des moyens de défense qui rappellent ceux des psychotiques, comme la dénégation, le refus de la réalité. Il arrive même que certaines délirent. Ainsi, M<sup>me</sup> G. expliquait que son père, décédé depuis trois ans, venait lui parler durant la nuit. Ces malades ne sont pas

psychotiques pour autant et il faut se garder de psychiatriser indûment la situation. La plupart de ces moments délirants sont dus à des bouffées d'angoisse qui les submergent momentanément et se résorbent lorsque les malades peuvent en parler.

Chaque patiente affronte le risque de mort en fonction de sa propre histoire. Mais quel que soit leur comportement face à la mort, il s'agit de respecter leur position, et de ne pas vouloir à tout prix leur faire assumer ce qu'elles sont incapables de supporter.