

## Mastectomie II

### La dimension psychique à l'œuvre

Les implications physiques et psychiques de la mastectomie ont contribué à imposer la reconnaissance et l'étude des retentissements psychiques du cancer du sein et de ses traitements. Car les médecins s'inquiétaient, d'une part de l'état psychique dans lequel ce cancer et ses traitements plongeaient nombre de femmes, d'autre part du caractère nécessairement douloureux, mutilant et invalidant des traitements.

La conjonction de ces deux facteurs aboutissait à des difficultés dans la prise en charge : refus des traitements, réactions violentes ou dépressives. La question du « moral », autrement dit, du facteur psy se posait en arrière-plan. Depuis toujours, on a l'idée que ce facteur contribue (dans une mesure inconnue) à l'efficacité de la médecine.

Dans l'étude clinique de ce facteur psy, la collaboration entre psychanalystes et soignants a été essentielle, les uns et les autres apportant leurs observations. La méthode psychanalytique a permis de repérer ce qui ne s'exprime qu'indirectement et d'en tenir compte, tout en respectant l'intimité du sujet.

À l'inverse de ce qui était initialement supposé, il est rapidement apparu que les réactions des femmes au cancer du sein ne dépendent pas uniquement de leur équilibre psychique, ni de leur force morale ou de leur volonté, ni non plus de la cohésion familiale. Tous ces facteurs entrent en jeu, mais ne suffisent pas à expliquer la réalité telle qu'elle est observée, ni non plus pour prédire comment telle ou telle femme, apparemment fragile ou au contraire solide et bien armée, réagira à la maladie et aux traitements.

### UNE SOUFFRANCE INEXPRIMABLE

Ces constats incitent à penser qu'un autre facteur entre en jeu : quelque chose qui n'est pas dit, qui ne le sera peut-être jamais, et qui semble indicible.

Il s'agit d'une douleur muette, d'une dimension de la souffrance qui ne peut s'énoncer. On tente de l'anesthésier, elle est pourtant présente. Elle ne se manifeste que de façon latérale et indirecte, en se déplaçant sur des situations objectivement pénibles (traitements, relations avec les soignants). Elle majore les douleurs, multiplie les plaintes, induit des malentendus, les aggrave ou les rend insolubles.

Ce n'est qu'après coup, lorsque la situation traumatique se trouve dépassée, lorsqu'elles ont pris acte du fait de la mutilation, « oublié » les traitements pénibles et l'incertitude concernant leurs effets, que certaines femmes – pas toutes – témoignent de ce qu'a été pour elles cette traversée de la maladie et cette plongée dans le monde de la médecine. Ce qu'elles en disent – et ce qu'elles en laissent entendre – permet de se faire une idée des raisons pour lesquelles d'autres n'en parlent jamais, voire ne s'en remettent pas.

Certes, les circonstances ne sont pas favorables à l'expression de cette douleur. « Tant d'histoires pour une si petite chose », dit une patiente après une mastectomie bilatérale à

laquelle elle ne parvient pas à se faire. Quand on se trouve entre la vie et la mort, convient-il de se désoler pour la séduction perdue (ou supposée telle), pour la vie amoureuse remise en cause ? Ceci, même lorsqu'on a « passé l'âge », qu'on a des enfants, voire des petits-enfants... Il y a comme de l'indécence à faire intervenir de tels soucis dans un contexte où d'autres perdent leurs fonctions vitales, souffrent et meurent.

Les médecins témoignaient depuis longtemps de leur étonnement devant le caractère « dramatique, spectaculaire » des réactions au cancer du sein et à ses traitements, tout particulièrement à la mastectomie, même lorsqu'il n'existe pas de danger vital. Ils remarquaient que l'intensité des réactions n'est pas toujours proportionnelle à la gravité de la maladie, mais bel et bien à sa localisation et aux représentations qui s'y attachent. « Qu'on m'enlève un sein, je ne pourrais jamais le supporter », disent beaucoup de femmes. Pourquoi, se demandaient-ils, attacher tant d'importance à un organe qui n'a pratiquement aucune nécessité vitale ? Pourquoi tant d'angoisse ? Pourquoi tant de difficultés, de craintes et d'ambivalence dans la relation entre malade et soignants ? Pourquoi tant de malentendus ? Enfin, pourquoi est-ce toute la vie de la patiente qui semble remise en cause et s'énonce dans une plainte lancinante : son histoire, ses frustrations, les griefs et ressentiments qu'elle entretient, les pertes, les deuils, voire les secrets de famille...

Constatant ce que vivaient les patientes, les médecins prenaient conscience du caractère violent des traitements et du même coup, de ce qu'ils leur font subir à cette occasion. Certes, il n'existe pas d'autre voie pour la guérison, mais cette nécessité va à l'encontre du réconfort qu'ils souhaitent apporter. Ils sont parfois contraints à se faire violence, voire à endosser le rôle du méchant pour faire accepter les traitements. Dans cette position inconfortable, il leur est particulièrement difficile d'entendre les souffrances psychiques de leurs patients.

Les femmes, de leur côté, se sentaient incomprises. Leur entourage, embarrassé, ne trouvait jamais l'attitude adéquate. Elles avaient le sentiment soit d'une pitié excessive, soit d'une extrême dureté, soit d'une distance condescendante. Souvent, la famille et les proches se comportaient comme si de rien n'était. Il ne suffisait donc pas d'avoir été malade, de l'être peut-être encore ; il fallait aussi en convaincre la famille et fournir des explications, souvent gênantes et que personne ne souhaitait vraiment entendre ; ou alors, se replier sur soi et tenter, ou non, de faire bonne figure.

Les soignants pouvaient constituer des interlocuteurs plus appropriés. Mais souvent, immédiatement ou à terme, ils encourageaient des griefs analogues : « ils n'écoutaient pas », ou bien ne comprenaient pas vraiment la détresse de ces femmes ni leur mal-être. De plus, qu'en était-il de leur discrétion ? Pouvait-on vraiment se confier à eux ? N'allaient-ils pas réduire la patiente et son histoire à un *cas* ?

Ces femmes étaient donc à la recherche d'un lieu où être non seulement soignées mais aussi comprises et entendues. Mais ce lieu, elles avaient le plus grand mal à le trouver, et ce n'était pas seulement du fait des interlocuteurs. Ce qu'elles avaient à dire n'était pas facilement acceptable, ni pour elles, ni pour l'entourage.

Face à ces problèmes, un interlocuteur spécialisé, un psychologue, un psychiatre, un psychanalyste n'était-il pas plus indiqué ? De par sa formation et sa position privilégiée, à la fois en dedans et en dehors, ne serait-il pas plus apte à entendre les femmes, à les aider, et à faire comprendre aux soignants les raisons de ces difficultés particulières ?

## LE RECOURS AUX PSYS

Pour expliquer l'intensité de ces réactions et leur caractère à la fois dramatique et paradoxal, psychologues et psychanalystes ont mis l'accent sur la signification symbo-

lique du sein et de ce fait, sur la gravité subjective de la mutilation, certains allant jusqu'à voir dans la mastectomie l'équivalent d'une « castration ».

Pour le moins, il s'agit bien de la perte d'un organe, objet à la fois de plaisir et de séduction. Cette perte remet en cause chez la femme sa capacité de plaire et d'être aimée. Dépourvue d'un de ses principaux attributs sexuels, le sein étant de tout temps l'emblème de la féminité, elle se met à douter fondamentalement de sa valeur ; elle redoute que l'ablation ne modifie inéluctablement son rapport à l'autre, elle craint de n'être plus désirable, abandonnée par l'être cher et mise à l'écart de la société.

Dans le cancer du sein, la vie biologique est donc menacée par ce qui se produit dans un organe particulièrement investi, et qui risque à tout moment de s'étendre à tout le corps. C'est donc par le corps sexué que se produit l'atteinte. L'investissement somatique est le premier touché : tout se focalise sur le corps malade et les traitements qui l'affectent. La vie psychique semble paralysée, tout entière envahie par ce qui arrive.

Le corps dont il s'agit n'est qu'en apparence l'organisme dont le bon fonctionnement conditionne le maintien de la vie, et dont les dysfonctionnements se signalent par des douleurs et des malaises. C'est un corps privé d'une de ses parties, sur laquelle se concentrent depuis toujours les multiples aspects du rapport de la femme à l'autre, avec toutes leurs ambiguïtés.

Par conséquent, le rapport au corps propre et le rapport à l'autre sont d'emblée profondément perturbés. Secondairement, le rapport à soi-même (image du corps, représentation de soi, estime de soi, etc.) ne peut plus être maintenu tel quel, car il résulte des deux autres et en est tributaire.

La mastectomie prive la femme de la partie de son corps qui représente, et pas seulement pour elle, le rapport à l'autre. Or, c'est dans le rapport à l'autre que le sujet trouve, non sans mal, la confirmation et la reconnaissance de son identité. Il

n'est donc pas étonnant que non seulement la mastectomie soit mal tolérée mais qu'elle entraîne des répercussions psychiques durables.

Se sachant mutilée, la femme redoute son image dans le miroir et ne se reconnaît plus. Elle guette dans le regard de l'autre un signe qui lui indiquera si elle est encore *visible*. Elle le guette en particulier chez le chirurgien, chez les infirmières, bien avant d'affronter les regards de ses proches, notamment de son mari. Ce regard de l'homme, elle l'attend et le redoute comme un verdict, qui lui signifiera si elle est, ou non, désirable telle qu'elle est devenue. Le mari ou le compagnon, conscient de l'importance de l'enjeu pour leur relation, redoute ce moment et s'y prépare comme il le peut. L'issue dépend largement de la relation antérieure et de la place que la maladie y a prise.

On sait que le cancer du sein et la mastectomie risquent d'inhiber la vie sexuelle, mais ils peuvent aussi l'exacerber. Il est important de souligner que nombre de femmes retrouvent ou poursuivent leur vie sexuelle après une mastectomie, généralement moyennant certains changements dans leur conception de la sexualité. Il arrive même que certaines la découvrent. Mais majoritairement, au moins à court terme, la vie sexuelle est bouleversée.

En réalité, la possibilité d'avoir une activité sexuelle ne dépend pas de l'image mais du degré de tolérance du sujet au fait du désir. En d'autres termes, la vie sexuelle dépend de la manière dont le sujet éprouve la sensation du désir sexuel, chez lui et chez l'autre, l'admet ou non, la met ou non en œuvre. Lorsque le sein manque à sa place, le désir peut-il encore exister ? Les femmes et leur entourage sont en proie à cette interrogation.

Dans ce contexte, à partir de leur expérience de travail auprès de femmes ayant eu à subir une mastectomie, psychologues et psychanalystes ont souligné la nécessité d'un « travail de deuil », indispensable pour accepter la perte de

cet organe spécialement investi. Ils attribuent les réactions observées aux suites de la perte, à ce deuil en cours qui se fait ou ne se fait pas, qui se fait en ayant l'air de ne pas se faire. Le temps du deuil, en effet, n'est pas statique : il s'y produit un travail psychique en majeure partie inconscient, qui va progressivement conduire le sujet à accepter la réalité de la perte et celle de sa propre finitude, à éprouver la douleur qui en résulte, et progressivement à reconstruire son identité en tenant compte de cette perte.

Le désarroi des femmes et l'intensité de leurs réactions deviennent ainsi compréhensibles et même légitimes, y compris dans leurs excès, comme les conséquences d'une perte existentielle et les effets inévitables d'un travail de deuil.

Une partie de leurs difficultés, ainsi que certaines complications de la prise en charge, seraient donc à entendre comme les manifestations d'un processus de changement, non pas voulu mais imposé par les circonstances. Un tel processus implique nécessairement des défenses, des blocages, des moments de régression qui conditionnent les avancées.

Dans cette perspective, l'accent est mis sur la nécessité absolue d'un travail d'élaboration, d'une part à l'égard de l'abandon d'investissements devenus intenable, et d'autre part, au regard de modifications dans les priorités permettant l'instauration d'un nouvel équilibre de vie. En effet, si, comme le disent les malades dès le moment du diagnostic « rien ne sera plus jamais comme avant », un changement s'impose. Reste à savoir par quelles voies ce changement peut advenir, autrement dit, de quelle façon la femme – et son entourage – pourront « s'adapter » au cancer et à la perte du sein.

L'expérience montre que cette adaptation ne se décrète pas. Ni les encouragements ni la bonne volonté n'y suffisent, et elle ne peut pas être instantanée. La terreur qui s'empare de la plupart des femmes confrontées à ces éventualités et la détresse qui persiste après la mastectomie, même lors-

qu'elles peuvent se considérer comme guéries, ne peuvent être niées.

Quels que soient le courage, la force morale des femmes et leur volonté de s'adapter à la réalité, c'est le travail d'élaboration qui permet de sortir de là. Il s'agit d'un travail psychique personnel, qui présente des caractéristiques dont toute aide psychologique doit tenir compte :

- il demande du temps, un temps variable pour chaque patiente ;

- ses voies, son cours, son rythme sont propres à chacune ;

- cependant, aucune ne l'accomplit dans une solitude totale.

Le travail d'élaboration se met en route et progresse à partir d'une parole ou d'un geste témoignant à la femme qu'elle est entendue, comprise, que son malaise est à la fois normal, réel et compréhensible ;

- il passe par un retour de la femme sur son histoire, spécialement sur les pertes, les deuils, les difficultés relationnelles laissées en suspens, tout particulièrement dans la relation à la mère (et aux autres femmes). La question de l'identité féminine, identité qui se construit dans le rapport à l'autre au prix de nombreuses crises, se pose à nouveau pour la femme après une mastectomie. Elle constitue une partie du travail d'élaboration ;

- progressivement, au fur et à mesure que ces problèmes sont évoqués et revisités, l'attitude de la femme change. Elle réagit de façon plus rationnelle et plus objective à la maladie et aux traitements. Simultanément, il y a de nouveau une place possible pour la vie et pour un avenir, quel qu'il soit.

## LE SOIN MÉDICAL

### COMPORTE UNE DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervention et les explications des psychologues et des psychanalystes ont sensibilisé les soignants à la nécessité d'aider les patientes dans leur travail d'élaboration. Ainsi a

été mise en évidence (et rappelée, pour ceux qui tentent de l'oublier) l'existence d'une dimension psychologique dans la prise en charge médicale et dans l'action de tout soignant. La prise en charge psychologique n'est donc pas une spécialité réservée aux seuls psys.

La présence des psys permet une meilleure compréhension de la situation des patientes. Du même coup, elle manifeste le décalage existant entre patients et soignants : la perception du malade n'est pas celle du soignant, les temps et les modalités d'élaboration ne sont pas les mêmes, les idéaux ne coïncident pas nécessairement, notamment l'appréciation des résultats du traitement. En un mot, les problématiques des uns ne sont pas celles des autres.

La confrontation à la cicatrice après une mastectomie illustre les différences entre les manières de percevoir les problèmes et les remèdes à y apporter, selon que l'on est du côté soignant ou du côté patient. Certains soignants préconisent une confrontation aussi rapide que possible à la cicatrice. Il s'agit d'y inciter les femmes, voire, dans certains cas, de les y contraindre. Or, les patientes, pour la plupart, ont besoin de temps. Le moment le plus approprié après une mastectomie pour « regarder » la cicatrice ne peut être décrété par avance. Il dépend de l'état psychique dans lequel se trouve la femme. Certaines hâtent ce moment, pour « en être débarrassées au plus vite », alors que d'autres le diffèrent le plus possible.

C'est dire que l'on ne peut contraindre une femme à une telle confrontation. Pourtant, certains programmes « d'aide », certaines « recommandations » incitent à une telle confrontation, au nom d'un idéal de « santé psychique ». . . Lorsque de telles injonctions se réalisent, elles sont ressenties par les femmes comme une violence, voire comme une effraction qu'elles ont à subir. Elles restent profondément marquées par une telle expérience et l'évoquent avec beaucoup d'amertume, des années après.

De telles indications mettent en œuvre une conception simpliste et rudimentaire du rapport à la réalité, selon laquelle celle-ci s'imposerait par la vue, par la perception. Or, une confrontation directe à ce que l'autre voit de l'extérieur ne permet pas au sujet de reconnaître une réalité. Pour les soignants, regarder la cicatrice, c'est l'apprécier en professionnels. Pour eux l'instant du « voir » et le temps du « regarder » se confondent. Du côté patient ces deux temps sont distincts, ils peuvent même être éloignés l'un de l'autre. « Voir » la cicatrice déclenche un ensemble d'émotions, qu'il y aura à gérer et à accepter. La « regarder », implique que le sujet ait acquis une certaine maîtrise de la situation, qu'il puisse la supporter ; ce qui nous renvoie au travail d'élaboration indispensable à chaque étape de la maladie.

Ces différences d'appréciation expliquent nombre des difficultés des malades et des blocages qui surgissent dans leur prise en charge. Elles imposent donc une attention renouvelée aux attitudes, aux paroles et aux réactions des patientes, et impliquent de la part des soignants une réflexion sur leur travail et sur la relation à leurs malades, qui s'apparente elle aussi à un travail d'élaboration.

Si la prise en charge psychologique est donc l'affaire de toute une équipe, elle justifie la présence d'un psy. Celui-ci, en effet, moins impliqué dans les situations cliniques, dispose d'une certaine liberté pour observer et penser. Ainsi, de sa place, un peu décalée, il est à même de décrypter la nature et le sens de ce qui se passe entre patients et soignants et, s'ils le demandent, de participer au travail d'élaboration.

## TRAUMATISME

Les réactions à la mastectomie – détresse, terreur, état de choc, sidération, blocage de la pensée, envahissements soudains par des émotions incontrôlables, « excessives » et

apparemment irrationnelles – évoquent une situation de traumatisme. Qu'est-ce qui caractérise un traumatisme, et comment le sujet y réagit-il ?

Il s'agit d'une partie de son expérience que le sujet ne peut pas évoquer. À la place vient le souvenir d'un événement, grand ou petit, survenu dans sa vie. Aussi longtemps que les événements dits « traumatisants » conservent ce caractère, le sujet évite par tous les moyens tout ce qui pourrait les lui rappeler directement ou indirectement. Toute évocation, fût-ce en parole, le replonge directement dans le vécu : l'évocation équivaut à une répétition.

Dans le rapport à une situation traumatique, la parole perd la plus grande partie de ses fonctions : elle n'exprime pas, elle ne communique pas, elle ne lie pas, elle ne permet pas non plus de penser la chose en son absence. Comme le symbole magique, elle convoque la chose, elle vaut comme commencement de réalisation, elle évoque et convoque un réel. Les mots se confondent avec les choses. De ce fait, ils ne permettent ni de communiquer, ni de concevoir une possibilité d'agir.

La scène traumatique peut aussi revenir périodiquement dans des souvenirs ou des cauchemars ; ou obnubiler complètement le sujet, qui « ne parle que de ça ». Ces retours ont le caractère d'irruptions dont il ne peut rien faire et qui le laissent angoissé, paralysé, sans recours, ravivant ainsi une angoisse toujours prête à ressurgir.

Qu'est-ce qui est traumatisant dans le traumatisme ? Il s'agit d'une situation perçue comme effrayante et destructrice, qui est et reste à la fois menaçante et fascinante ; même quand le sujet s'en est sorti, même quand il n'est plus menacé, ça ne passe pas, ce n'est jamais du passé. Le trauma paralyse, fige. Il arrête la pensée, il envahit la vie. Le sujet ne se sent exister qu'en dehors, à distance de la situation traumatique ; pourtant, tout se passe comme s'il tenait à son effroi. Souvent, il recule devant ce qui pourrait l'aider à s'en sortir, vivant toute intervention extérieure comme une intrusion.

Se sentant menacé dans son existence même, il est incapable de distinguer entre sa vie psychique et sa vie biologique. Il s'absente de cette expérience traumatisante parce que les repères qui lui auraient permis d'agir et de se défendre sur le moment se sont trouvés pris en défaut. Réduit à l'impuissance, privé de sa maîtrise et même de ses responsabilités, il est débordé ; ni son savoir ni ses moyens ne lui permettent de faire face. Surprise, hasard, malveillance ? C'est comme s'il était livré à un autre menaçant et imprévisible face auquel il reste sans recours.

Le traumatisme peut se répéter indéfiniment, revenir sous la forme de cauchemars, mais aussi d'images ou de sensations issues de la situation traumatique faisant irruption dans la conscience. Ou bien il peut être victorieusement évité, mais au prix de l'exclusion de tout ce qui s'y rapporte, d'un scotome. Le trauma n'est pas relié à la vie personnelle du sujet, il n'est pas intégré dans son histoire. Il échappe donc à la temporalité. De ce fait l'état traumatique peut se perpétuer indéfiniment. Le patient en est la proie.

Vient un moment, cependant, où il se met à en parler vraiment, et cette parole qui a pour lui valeur « d'aveu » change son rapport à la situation traumatique. Mais ce ne peut être que de sa propre initiative et auprès d'un interlocuteur de son choix. Souvent, il est lui-même surpris par sa décision, qui survient toujours plus ou moins à l'improviste.

Dans l'esprit des femmes, rappelons-le, cancer du sein et mutilation sont associés. La mastectomie est synonyme de cancer, mais elle constitue aussi une atteinte à ce que représente le sein : féminité, vie sexuelle, maternité, séduction, tout ce qui est essentiel à une identité de femme. Il y a trauma lorsque la liaison redoutée entre cancer et féminité devient une réalité. Le risque léthal et l'atteinte à la féminité ne sont plus dissociables. La vie du corps est menacée de l'intérieur, l'intégrité physique est entamée de façon réelle, visible, évidente, indéniable.

Cette conjonction induit un état de stupeur et de confusion qui peut se maintenir plus ou moins longtemps, voire perdurer. Le trauma tend à envahir toute la vie.

Le temps de l'hospitalisation, même bref, constitue une étape intermédiaire durant laquelle la femme commence à réaliser ce qui lui arrive. Les soins qui lui sont prodigués, les informations concernant son état la ramènent vers la vie. Au retour à la maison, elle aura à affronter plus directement les retentissements de la mutilation sur son existence.

C'est pourquoi le raccourcissement de la durée d'hospitalisation n'est pas sans retentissement psychique. Rendu possible par les progrès techniques et imposé par les impératifs économiques, il éloigne le patient du médecin et de la structure hospitalière. Le patient et son entourage se retrouvent seuls, isolés face aux suites opératoires et aux autres effets des traitements. L'hôpital, le médecin et son équipe ne peuvent plus jouer le rôle de contenant, souvent si précieux.

L'hospitalisation peut rassurer la femme sur sa santé, et aussi sur sa valeur comme personne. Elle peut réparer l'esthétique ; mais elle ne peut prendre en charge tout ce qui est propre à sa façon d'être une femme.

C'est dire que la question de sa féminité se pose différemment de celle de sa santé. Ainsi, la confrontation au regard des autres, réels ou supposés, va susciter des interrogations sur son statut présent, des comparaisons avec le passé et un retour sur sa propre histoire. Ces pensées, la femme ne peut manquer de les ressasser. Ainsi s'amorce un retour sur soi qui donnera lieu, ou non, à un travail d'élaboration.

Les proches ne sont pas, pour un temps au moins, les mieux placés pour partager ces réflexions. Ils étaient parties prenantes des équilibres antérieurs (bons ou moins bons), ils sont touchés par ce qui arrive. Pour eux non plus, la situation antérieure n'est plus tenable. Mais ils ne sont pas, comme la femme, confrontés de l'intérieur à la réalité de la maladie et

de la mutilation ni contraints au changement. L'expérience de M<sup>me</sup> K. illustre cette difficulté<sup>1</sup>.

Si l'entourage se trouve, momentanément au moins, incapable d'affronter et de comprendre la nouvelle situation, s'il n'est pas apte à partager les nouvelles problématiques dans lesquelles la femme se trouve engagée, celle-ci devra trouver quelqu'un d'autre à qui s'adresser. Quelqu'un qui lui donne le sentiment d'être entendue et comprise.

#### DE L'ANGOISSE À LA PAROLE, LE TRAVAIL D'ÉLABORATION

Ainsi pourra se poursuivre le travail d'élaboration, décisif pour la façon dont la femme va vivre avec la mastectomie et retrouver une manière d'être femme.

Maladie, mutilation, confrontation au risque léthal plongent la femme dans une situation « insupportable », excessive. Cet excès se perçoit à travers d'intenses manifestations d'angoisse dont rien ne peut être énoncé directement (comme toujours avec l'angoisse). Lorsqu'elle peut en dire quelque chose, ce sera sous une forme allusive, avec des mots qui évoquent la situation sans la nommer directement.

S'agissant du cancer du sein, les femmes parlent de perte. Perte de l'intégrité corporelle, perte du sentiment d'invulnérabilité sont immédiatement évoquées pour qualifier ce qu'elles ont ressenti instantanément : « Je ne suis plus une femme à part entière. »

Mais ce qui revient spontanément, douloureusement, de façon répétitive, comme de l'actuel, concerne des pertes antérieures à la maladie : deuils d'amis, de proches, mais également, événements pénibles survenus dans le passé. L'aspect

1. Cf. chapitre 3.

répétitif de ces évocations et les émotions qui les accompagnent laissent penser que ces événements n'ont pas été assumés en leur temps, et que la situation présente les remet sur le devant de la scène.

S'exprimant sur ces événements, la femme parle aussi des représentations et fantasmes qui s'y rattachent. En les évoquant, elle réalise alors qu'elle peut les considérer d'une manière nouvelle et s'aperçoit qu'elle les avait interprétés à sa façon, en fonction de sa situation antérieure et de la disposition subjective dans laquelle elle se trouvait.

Cette prise de conscience, souvent émouvante, constitue un tournant. La femme se rend compte que sa manière d'appréhender la maladie et les traitements était jusqu'alors, en partie au moins, conditionnée par son attitude antérieure. La maladie et la mutilation entraînent en résonance avec d'autres situations qui l'avaient ulcérée. Ces divers événements s'accumulant et faisant série, elle restait rivée à une position de victime. Du fait de son changement d'attitude intérieure par rapport à ces autres événements, sa position à l'égard de la maladie change aussi. Quelque chose de la tension présente tombe, n'ayant plus de raison d'être.

Elle sera ainsi à même de démêler ce qui est à mettre au compte du présent de ce qui relève du passé. Les craintes, les émotions, les angoisses, les fantasmes liés au présent ne disparaissent pas pour autant. Mais, débarrassés du poids des angoisses antérieures, ils deviennent gérables. N'étant pas envahie par les démons, les fantasmes et les angoisses du passé, la femme pourra poser un regard différent sur sa maladie et mettre des mots plus justes sur ce qu'elle est en train de vivre.

Le travail d'élaboration, on le voit, passe par le retour sur soi, sur l'histoire personnelle et sur la place de la maladie dans ce contexte. Il s'agit d'autre chose que d'une simple évocation ; il s'agit d'un travail de pensée. Le cheminement, rappelons-le, s'amorce au moment du diagnostic et de la

confrontation au risque légal ; il ne peut s'effectuer qu'au prix de remaniements plus ou moins importants dans la vie subjective. À la faveur de ces remaniements, la patiente aura une vision différente du présent-comme du passé.

Le travail de pensée, par tout ce qui vient à la conscience dans ce temps de la maladie, se fait avec soi-même. L'enchaînement des pensées s'opère de soi. Il s'impose à certains moments, sans qu'on s'y attende ou qu'on le souhaite.

Cette confrontation avec soi-même est indispensable pour que la femme retrouve une prise sur ce qui lui arrive. Pour un temps au moins, elle reste de l'ordre de l'implicite, au sens de ce qui ne peut être partagé. Mais la femme ne peut en rester là sans en pâtir d'une manière ou d'une autre. Ne pas risquer la mise à l'épreuve de ses pensées, associations et expériences entraîne repli sur soi, appauvrissement de la vie personnelle, impossibilité de communiquer et de s'intégrer dans la vie professionnelle et sociale.

Or, le face-à-face permanent avec ses propres pensées, sentiments, états d'âme est impossible à tenir durablement. L'adresse à un autre s'impose. Encore faut-il qu'il se trouve quelqu'un à qui il soit possible de parler.

Il n'est pas aisé dans cette situation de trouver à qui exposer ses difficultés. Même s'il existe dans l'entourage quelqu'un qui soit disposé à l'entendre, la femme, aux prises avec son histoire, avec les représentations qu'elle a d'elle-même et les sentiments qui l'envahissent, craint d'être mal comprise, ou mal jugée.

Quelles que soient ses qualités « d'empathie », l'autre n'est pas un autre soi-même. Il n'est pas au courant de l'implicite. Devant lui, le monologue intérieur révèle des achoppements. Des enchaînements de faits, des interprétations qui paraissent aller de soi ne semblent plus aussi évidentes. Une fois prononcés, les mots acquièrent une autre résonance. Dans sa tentative de s'exprimer, la patiente rencontre des obstacles et des surprises qui la font parfois se replier sur elle-même.

La présence d'un psychologue peut l'aider à reprendre la parole. Dans certains cas, elle est indispensable.

Communiquer ce qui se joue dans un tel moment exige que soient trouvés les mots pour le dire. La recherche des termes appropriés entraîne un effort de pensée, au cours duquel peuvent survenir des associations inédites qui vont infléchir le cours de la pensée et transformer les perspectives en introduisant un décalage dans la perception des événements. À partir d'associations anodines ou saugrenues surgissent parfois des pensées, des réminiscences (émotionnelles et corporelles), des souvenirs, des faits qui bien que connus du sujet étaient dans ce temps de rumination comme absents de sa mémoire, « oubliés ».

Ces faits et ces émotions, souvent liés à des pertes et à des secrets, témoignent d'un certain mode de rapport à l'autre, le plus souvent antérieur à la maladie. Leur retour oblige à une révision de l'histoire et des rôles respectifs que le sujet et l'autre y ont joués. La patiente se trouve délogée de la place depuis laquelle elle appréhendait sa position de malade, voire de victime. Ce point de vue était à l'origine de bien des malentendus, car il affectait ses façons de penser et même sa compréhension des mots et des situations.

Retrouvant la richesse de la langue et ses subtilités, la patiente peut s'exprimer face à l'autre, avoir accès au savoir et partager des références communes. Elle ne se sent plus aussi isolée. Ce retour à la langue commune confirme la possibilité de penser autrement la situation et les problèmes.

## LA DYNAMIQUE PSYCHIQUE

En dehors des périodes de crise et des points de blocage, le psychisme est constamment en activité. Cette activité permet de nouer la pensée au corps, à la relation à l'autre et aux événements extérieurs. Le sentiment de soi et l'impres-

sion d'exister résultent de ce réajustement constant. Le choc du diagnostic et la mutilation immobilisent ce travail. Les investissements anciens ne peuvent plus être maintenus, mais le sujet ne peut y renoncer sous peine de se sentir livré à un arbitraire implacable.

Le travail d'élaboration lui permet de sortir de cette impasse. Il restaure la vie psychique. Un nouveau nouage peut ainsi s'établir et permettre de nouveaux investissements. Le point de vue du sujet sur ce qui a fait trauma se modifie en même temps que sa position subjective. Il retrouve de ce fait une certaine maîtrise de lui-même et une possibilité d'influer sur le cours de sa vie. En dépit de la manière dont il reste marqué par ce qui lui est arrivé, il a de nouveau une prise sur les événements.

Si ce travail ne se réalise pas, le sujet reste rivé à des défenses coûteuses pour lui et son entourage. Une attitude de victime, par exemple, lui donne le sentiment pénible de ne pouvoir que subir, mais peut aussi lui conférer un pouvoir tyrannique sur son entourage. Certains adoptent une position fataliste, récusant par avance toute possibilité d'aide et d'amélioration.

La maladie et ses retentissements interviennent comme quelque chose qui vient imprimer sa marque de l'extérieur. Mais chaque sujet a sa propre manière de rencontrer cet événement, et d'y inscrire sa propre marque tant pour lui-même que pour l'extérieur. Il n'est pas seulement le produit d'événements extérieurs, mais aussi le lieu de sentiments et de pensées à partir desquels peut naître une création, un nouveau récit qui sera le sien. D'une position de victime, il accède ainsi à une liberté de penser, elle-même libératrice.

## 5

## Les reconstructions mammaires

Pour parer aux effets de la mutilation, des chirurgiens ont inventé et progressivement mis au point des techniques dites de « reconstruction mammaire ». Ces techniques se sont diversifiées depuis les débuts, dans les années 1977-1978 en ce qui concerne l'institut Gustave-Roussy. Mais tous les services de cancérologie ne les pratiquent pas.

Ces interventions sont prises en charge par la Sécurité sociale. Les femmes ayant subi une mastectomie peuvent donc y avoir accès, dans la mesure où les impératifs médicaux le permettent<sup>1</sup>.

Les premières reconstructions, dites « différées », se faisaient à distance de la mastectomie, après cinq années sans rechute. Il est maintenant possible, selon les cas, de pratiquer des reconstructions immédiates.

L'introduction de ces techniques visant à une certaine réparation a suscité des discussions intenses. C'est dans ce

1. Le fait que certaines prothèses se sont récemment révélées défectueuses n'entame en rien les conditions de la réflexion sur l'utilité et l'opportunité des reconstructions. Il s'agit d'un accident de parcours comme il s'en produit d'autres, singulièrement au niveau de la commercialisation.