



HAL
open science

Écouter la vie psychique après une annonce de maladie grave ou d'aggravation : immersion en services de soins de suite et d'urologie

Audrey Gavard, Solène Basier, Marie-Christine Pheulpin

► To cite this version:

Audrey Gavard, Solène Basier, Marie-Christine Pheulpin. Écouter la vie psychique après une annonce de maladie grave ou d'aggravation : immersion en services de soins de suite et d'urologie. In *Analysis*, 2020, 4, pp.232 - 240. <10.1016/j.inan.2020.06.007>. <hal-03491164>

HAL Id: hal-03491164

<https://hal.science/hal-03491164v1>

Submitted on 14 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Titre en français :

Écouter la vie psychique après une annonce de maladie grave ou d'aggravation : immersion en services de soins de suite et d'urologie

Titre en Anglais :

Listening to psychic life following the announcement of a severe illness or aggravation: immersion in inpatient rehabilitation and urology departments

Noms et affiliations des auteurs :

Audrey Gavard¹, Solène Basier², Marie-Christine Pheulpin³

1. Psychologue clinicienne - Doctorante, Service de Soins de Suite Cancérologique, Hôpital Privé Nord Parisien, 95410 Sarcelles, France, et Université Sorbonne Paris Nord U.F.R. LLSH - laboratoire U.T.R.P.P., U.R. 4403 , 75013 Paris, France
2. Psychologue clinicienne - Doctorante, Service d'Urologie, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, 75020 Paris, France, et Université Sorbonne Paris Nord U.F.R. LLSH - laboratoire U.T.R.P.P., U.R. 4403
3. Psychologue clinicienne, Psychanalyste, Maître de Conférences Universitaire - H.D.R., Université Sorbonne Paris Nord U.F.R. LLSH - laboratoire U.T.R.P.P., U.R. 4403, 75013 Paris, France

Correspondance

Audrey Gavard¹

audrey.gavard@gmail.com

Écouter la vie psychique après une annonce de maladie grave ou d'aggravation : immersion en services de soins de suite et d'urologie

Listening to psychic life following the announcement of a severe illness or aggravation: immersion in inpatient rehabilitation and urology departments

Résumé

Contexte : Après des examens souvent très intrusifs qui alimentent angoisses et fantasmes, l'annonce d'une maladie grave telle que l'annonce d'un cancer, s'accompagne souvent d'un fort potentiel traumatique malgré la mise en œuvre de protocoles d'annonce. Le diagnostic d'une maladie potentiellement mortelle projette le patient et son entourage dans une réalité modifiée de manière irréversible, surtout quand d'autres annonces se succèdent, comme lors d'une aggravation ou d'un passage en phase palliative. Si pour l'oncologue ces possibilités ont été discutées avec le patient, il arrive que ce dernier soit surpris et y réagisse de façon brutale.

Objectifs : Cet article se propose d'examiner, à travers nos pratiques de psychologues cliniciennes, les aménagements mis en place par les patients dans un contexte d'annonce de maladie grave ou d'aggravation, et d'explorer la relation médecin-patient dans ces situations particulières qui menacent l'existence des patients.

Méthodologie : Notre étude s'appuie sur nos recherches doctorales actuelles, menées conjointement avec des chirurgiens urologues d'une part, et des médecins de service de Soins de Suite et oncologues d'autre part.

Résultats : Alors que la maladie est une expérience toujours singulière qui conduit à des remaniements psychiques importants se traduisant dans la vie personnelle, familiale et sociale, les modalités de l'annonce jouent un rôle essentiel dans l'élaboration psychique de la maladie. La subjectivité du médecin, du patient et la qualité de leur relation sont donc autant d'éléments essentiels à prendre en compte dans l'analyse des mouvements psychiques à l'œuvre lors de l'annonce d'une maladie ou de son aggravation.

Mots clés : *annonce de maladie grave ou d'aggravation, relation médecin-patient, aménagements psychiques*

Abstract

Introduction: After a series of often invasive tests creating anxieties and fantasies, the announcement of a serious illness is potentially traumatic, despite well-defined announcement protocols. The diagnosis of a potentially deadly illness plunges the patient and her/his loved ones into an irreversibly altered reality, even more so when other announcements occur, such as the aggravation of the illness or the transition to a palliative stage. While the oncologist acknowledges that these possibilities have been discussed with her/his patient, the latter can be surprised and can react brutally to these announcements.

Aims: To examine, through our practices as clinical psychologists, the patients' adjustments to the announcement of a serious illness or of an illness's aggravation, and to explore doctor-patient relations during this specific life-threatening situation.

Method: Our study is based on our ongoing doctoral research, which is realized with the support of urological surgeons and inpatient rehabilitation doctors.

Results: Illness is always a specific experience, leading to psychological changes impacting the patient's personal, familial, and social lives. The ways and means of the announcement are critical in the patient's psychic elaboration of her/his illness. The doctor's and the patient's subjectivities and the quality of their relations have to be considered in an exploration of the psychic adjustments following announcements of either serious illness or illness aggravation.

Keywords: *serious illness announcement, aggravation announcement, doctor-patient relations, psychic adjustments*

I. Introduction

Psychologues cliniciennes et doctorantes, nos recherches s'appuient sur nos pratiques en service de soins de suite cancérologiques et en service d'urologie, et visent à explorer le vécu de patients souffrant d'affections onco-hématologiques et d'hommes atteints d'un cancer de la prostate. Si la maladie somatique impose un travail d'intégration, une capacité de pouvoir faire avec cet étranger en soi, se transformer avec, l'annonce d'une maladie grave agit comme un verdict et produit un effet de traumatisme : « même si certains aspects de la vie semblent inchangés, rien n'est plus comme avant. Les événements qui entourent le diagnostic sont imprimés de manière indélébile dans la mémoire du malade et de sa famille. C'est comme si le temps s'arrêtait et que les images s'immobilisaient. Bien que le pronostic de certaines maladies soit plus optimiste, l'expérience subjective lors du diagnostic contient des connotations de mort » (Sourkes, 2001, p. 57). De plus, si l'annonce du cancer est encadrée par des dispositifs, l'évolution de la pathologie peut amener à d'autres annonces venant réactiver les angoisses de la première. L'annonce est toujours un moment particulier où, au-delà de la transmission d'informations de la part du médecin, il s'agit avant tout d'une rencontre entre deux individus, soignant-soigné.

II. Immersion dans nos services

1. Service de soins de suite oncologique

Les services de Soins de Suite et de Réadaptation « onco-hématologique » sont des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ayant eu une autorisation pour une mention spéciale : « affections onco-hématologiques ». Les missions des services de soins de suite et de réadaptation sont la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale, la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2008). Les patients peuvent être hospitalisés dans ces services en pré- et post- chimiothérapie, pour des complications médicales dues à la chimiothérapie ou la radiothérapie ou encore en raison de l'altération de l'état général. Le service où se déroule notre recherche dispose aussi de Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP). Les médecins exerçant dans le service travaillent en étroite collaboration avec les oncologues des patients.

Les SSR sont des lieux d'hospitalisation où la pluridisciplinarité est particulièrement importante ; en effet psychologues, kinésithérapeutes, assistants sociaux, ou encore socio-esthéticiens y travaillent en équipe en mettant au centre de leur pratique le patient. La souffrance psychique induite par l'annonce d'une maladie grave étant reconnue (Daune, 2019), il est d'usage, dans le SSR au sein duquel nous exerçons, qu'à la suite d'une annonce d'aggravation de cancer, une rencontre entre le patient et le psychologue soit proposée par le médecin ou l'équipe soignante. Cette rencontre, qui se déroule au chevet du patient lors de son hospitalisation, permet de mettre en place par la suite, et avec l'accord du patient, un suivi thérapeutique. Il ne s'agit donc pas là de déléguer de façon systématique la question du « psychisme » au psychologue uniquement, mais bien de favoriser une articulation des rôles du médecin et du psychologue, d'intégrer dans le soin somatique la dimension psychologique, le soin psychique. Néanmoins, le médecin joue ici un rôle primordial puisque c'est à lui d'avertir le psychologue qu'une annonce a

eu lieu : garant du « psychisme » de son patient, il s'en fait le gardien, jusqu'à ce qu'il décide d'en transmettre le relais au psychologue.

Grâce aux réunions pluridisciplinaires, médecins et psychologue disposent d'espaces et de temps favorisant les échanges sur les besoins psychiques des patients et l'intérêt pour eux de leur proposer des entretiens psychologiques. Lors de ces réunions pluridisciplinaires, le psychologue peut ainsi proposer un retour sur les aménagements psychiques du patient même si cela interroge le contenu des transmissions pour ne pas trahir le patient : « comment dévoiler le contenu d'une partie éventuelle des confidences reçues sans que cela lui porte préjudice ? » (Daune, *ibid.*, p. 105). Concernant ce travail de collaboration, Daune propose qu'« un réajustement créatif des collaborations par l'interaction des uns et des autres » (*ibid.*, p. 112) est nécessaire face aux nouveaux questionnements.

2. Service d'urologie : patients atteints de cancers de la prostate

Le cancer de la prostate est actuellement le cancer le plus fréquent chez l'homme en France. Il s'agit du cancer masculin le plus fréquent en France et à l'échelle mondiale, il se situe au deuxième rang avec plus d'1,2 million de nouveaux cas en 2018 (World Health Organization & International Agency for Research on Cancer, 2019). Bien que la Haute Autorité de Santé ne le recommande pas de façon systématique, le dépistage permet souvent un diagnostic à un stade précoce, avant le développement de symptômes (Schröder et al., 2014). Il peut être proposé dès 45-50 ans (Rozet et al., 2016) en associant un dosage du taux sanguin de PSA (antigène prostatique spécifique) et un toucher rectal. Les examens, souvent très intrusifs (touchers rectaux, IRM, biopsies prostatiques...), permettent de confirmer le diagnostic mais sont susceptibles d'alimenter angoisses et fantasmes. Le cancer, dont l'annonce produit un effet de traumatisme, met en danger à la fois la vie, mais aussi la qualité de vie, la sexualité et le sentiment d'intégrité.

Bien que la prostate ne joue aucun rôle dans les mécanismes du plaisir et de l'orgasme, cet organe est très souvent lié à la sexualité, dans l'imaginaire collectif. Par ailleurs, l'opération du cancer de la prostate, un traitement curatif de référence correspondant à l'ablation totale de la prostate (Mottet, Bellmunt, Briers, & Association, 2014), induit d'importants effets secondaires, impactant notamment la sexualité : incontinence urinaire (très fréquente durant les premiers mois postopératoires), troubles de l'érection (pouvant persister plusieurs années et nécessiter des traitements complémentaires) et perte constante des éjaculations, induisant une stérilité fonctionnelle. Comme le souligne Van Doren, « au-delà de la “castration” chirurgicale et somatique, il s'agit pour ces hommes d'une blessure narcissique du fait de l'atteinte de la représentation de soi en tant qu'homme mais aussi du fait du renoncement forcé à l'accomplissement charnel du désir. Dès lors, la double annonce diagnostique du cancer de la prostate et de l'impuissance consécutive serait une blessure tant au niveau du narcissisme primaire – en termes d'atteinte à l'immortalité – qu'au niveau du narcissisme secondaire » (2017, p. 68).

Du fait des progrès médicaux, l'hospitalisation dans le cadre d'une prostatectomie radicale est réduite à un jour ou deux, et est parfois même réalisée en ambulatoire (Thomas, Lacarriere, Martinache, & Martinache, 2019). La brièveté du temps d'hospitalisation, bien que bénéfique, est susceptible de mettre à mal le temps psychique du patient : confronté à la temporalité du réel, le patient n'a pas toujours le temps d'élaborer psychiquement les conséquences de l'opération et

d'intégrer ces modifications. Si les progrès médicaux, bio-technologiques, vont extrêmement vite, ils ne sont pas en correspondance avec la dynamique psychique du sujet : les processus psychiques ne se superposent pas aux processus médicaux et les progrès biotechnologiques sont ainsi susceptibles de court-circuiter la temporalité psychique. Puisque la psyché ne peut pas intégrer les choses au même rythme que le corps, des effondrements dépressifs post-opératoires ne sont pas rares.

Afin de comprendre ces mouvements dépressifs post-opératoires observés chez certains patients, et plus globalement, d'appréhender les répercussions psychiques de l'opération du cancer de la prostate, nous avons été sollicitées par le Chef de Service d'Urologie de l'Hôpital des Diaconesses Croix Saint Simon pour mener une recherche doctorale. C'est donc dans ce contexte que nous sommes amenées à assister aux consultations urologiques et à rencontrer des patients atteints d'un cancer de la prostate.

III. Annonces de maladie grave ou d'aggravation : rencontre médecin-patient

La rencontre entre le médecin et son patient est au cœur des annonces de la maladie ou de son aggravation, et la façon dont les patients vont mettre en place des aménagements psychiques sont corrélés à la subjectivité de cette relation. En tant que psychologues cliniciennes et doctorantes, nous avons pu, dans le contexte particulier de la recherche, assister à des entretiens d'annonce de cancer de la prostate entre les médecins et leurs patients, ainsi qu'à des annonces de progression de la maladie ou d'incurabilité en service de soins de suite cancérologiques. Notre présence, impactant inmanquablement la relation médecin-patient, apporte souvent un étayage bienvenu, tant pour le médecin que pour le patient, officiant alors comme tiers contenant. La présence du psychologue lors de l'annonce d'une maladie grave ou de son aggravation peut ainsi s'avérer rassurante, particulièrement pour le médecin, pour qui le psychologue incarne alors une fonction contenante, en capacité de contenir les éventuels « débordements » d'affects du patient. Néanmoins, pour certains patients, notre présence peut parfois être gênante car susceptible d'être assimilée à « une dramatisation excessive de la situation, la médiatisation du rôle des psychologues se faisant souvent dans les situations d'urgence ou de catastrophe » (Pujol & al., 2008, p. 353). Dans le cadre de notre recherche en urologie, nous sommes présentées comme psychologues-chercheuses en immersion dans le service. Notre présence n'est donc pas directement liée à l'annonce d'une maladie grave, et si le patient a le choix d'accepter ou de refuser notre présence, il est très rare que l'on nous demande de sortir. Lors des consultations en urologie, auprès de chirurgiens urologues masculins, nous avons ainsi pu observer l'impact de la présence d'une femme-psychologue-chercheuse : par exemple, lorsque certains patients utilisent un langage « cru » avec leur médecin, ils s'en excusent très fréquemment auprès de nous, « comme pour, dans la relation, [nous] protéger de leur agressivité » (Basier & Pheulpin, 2018, p. 63). Il nous semble également essentiel d'insister sur l'importance de la qualité de la relation entre le médecin et le psychologue : si elle n'est pas d'une qualité suffisante, que la confiance n'est pas suffisamment établie, le médecin peut se sentir jugé ou peut percevoir la présence du psychologue comme une intrusion dans sa relation avec son patient.

Dans le service de Soins de Suite dans lequel nous sommes, notre présence n'est pas systématiquement requise lors des consultations d'annonce, que ce soit pour une annonce de maladie grave ou d'aggravation. Cependant, le médecin nous propose parfois d'assister à son entretien d'annonce des résultats d'exams ou de la progression de la maladie, lorsqu'il a lieu au

cours de l'hospitalisation et dans le service. Lorsque nous ne sommes pas présentes, le médecin évoque tout de même à son patient la possibilité d'un entretien psychologique, mentionnant notre présence dans le service, à sa disposition, ou bien, face à des angoisses exprimées ou une détresse apparente, il conseille de prendre contact avec nous, ou nous contacte lui-même pour que nous allions à la rencontre du patient. La présence du psychologue lors d'une annonce d'aggravation par le médecin semble faciliter l'entretien psychologique proposé dans un second temps, en individuel, du fait d'un savoir partagé autour de l'histoire de la maladie.

Plusieurs instances ont proposé des recommandations destinées aux professionnels concernant les informations à donner aux patients. La Haute Autorité de Santé, par exemple, indique que l'information du malade sur son état doit être « claire, loyale et appropriée ». Concernant l'annonce du cancer, l'Institut National du Cancer et la Ligue contre le cancer (2005) ont publié les recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Ils prévoient un temps médical pour annoncer le diagnostic et les stratégies thérapeutiques proposées par les réunions de concertation pluridisciplinaires, et s'en suit un temps d'accompagnement soignant qui permet au malade ou à ses proches d'accéder, selon leurs choix, « à des soignants disponibles à cet effet, qui écoutent, reformulent, donnent de l'information et peuvent orienter le patient vers d'autres professionnels » (*ibid.*, p. 4) tels que l'assistante sociale, le psychologue ou le psychiatre. « Ce temps d'accompagnement soignant fait désormais partie intégrante de l'offre de soins autour de l'annonce » (*ibid.*, p. 4). Ensuite le patient bénéficie d'un accès à une équipe impliquée dans les soins de support qui travaille en collaboration avec l'équipe soignante. Enfin, un lien est fait avec la médecine de ville.

Quelle que soit la maladie, l'annonce produit des effets traumatiques avec une sorte de sidération qui saisit le patient, l'inhibe et l'amène à faire des aménagements d'urgence dans son fonctionnement psychique. L'annonce, de quelque manière qu'elle soit faite, entraîne toujours un choc. Comme le soulignent Pheulpin, Baudin et Bruguière, « le temps, psychiquement malléable à l'infini, peut aussi se contracter en un point fixe, s'arrêter à l'instant présent ; à la manière d'un arrêt sur image, le film de l'évolution temporelle et de ses multiples figures se fige alors sous l'effet d'un *trauma* venu de la révélation d'un diagnostic, de l'effraction d'une chirurgie, d'une rechute ou d'un inattendu concernant un pronostic quel qu'il soit » (2017, p. 23).

Même si le patient « se doutait » de quelque chose, notamment du fait de la multiplication des examens médicaux, la verbalisation de la maladie concrétise ce qui se passe, objective quelque chose dont parfois on ne se doutait pas du tout ou qui demeurerait flou, quelque chose à quoi l'on ne voulait pas croire. Apprendre qu'une maladie grave atteint son corps, même si on ne le ressent pas physiquement, peut être vécu comme une trahison : « celui qui se sait malade cesse immédiatement, même s'il en était autrement quelques instants auparavant, de se sentir "bien dans sa peau". Il ne reconnaît plus ce corps dont il ne sait plus que penser. Parfois, il ne le reconnaît plus physiquement » (Chicaud, 1998, p. 14).

Le paradigme particulier du cancer de la prostate nous amène ainsi à repenser les modalités de l'annonce, la rencontre avec l'urologue et les répercussions psychiques que cela entraîne pour le patient, généralement diagnostiqué sans en ressentir de symptômes physiques. L'homme s'interroge tout particulièrement sur la confiance qu'il a en son corps, un corps familier qui « trahit », qui héberge « sans le dire » le cancer, la figure de la mort.

Nombreuses sont les circonstances où l'annonce constitue la phase la plus délicate, bien que pourtant initiale, de la relation de soin. Le temps de l'annonce détermine les conditions d'entrée dans la maladie, la capacité de la vivre et d'en supporter les conséquences (Hirsch, 2005). C'est un moment qui déroute, bouleverse les repères et altère la faculté de penser et de « se penser encore porteur d'un projet susceptible de résister aux menaces redoutées, flagrantes, que génèrent les représentations de cette maladie » (*ibid.*, p. 35).

Au moment de l'annonce, le médecin se fait messenger : il n'est pas l'auteur du message, mais celui qui le traduit et le rapporte au patient en des termes qu'il est susceptible de comprendre. Le médecin a recueilli les données, fait pratiquer des examens, et s'adresse à son patient après des recherches approfondies lui permettant de formuler un diagnostic. Il s'adresse à une personne qui est venue le rencontrer et il a, généralement bien avant elle, une connaissance de ce dont elle est atteinte, ainsi que de son avenir du fait des programmes de traitement qui lui seront nécessaires. Comme le souligne Chicaud, « il a une idée à propos de l'issue de la maladie qui la frappe. Il n'est donc pas neutre. Il va chercher comment dire les choses et, pour cela, il va avoir à gérer sa propre angoisse, ses propres images de la maladie, sa propre histoire et son propre narcissisme » (1998, p. 5). Néanmoins, ce rôle de messenger de mauvaises nouvelles que le médecin est contraint d'endosser peut être parfois très dur à vivre pour lui. Nous avons ainsi pu observer, durant des consultations d'annonce, des médecins ou chirurgiens réticents, hésitants, stressés, désolés de devoir annoncer un cancer, une aggravation ou une entrée en phase palliative. Dans une étude réalisée par Jones, Fellows et Horne (2011), où quatre-vingts étudiants en médecine ont été interrogés sur leur expérience après un stage auprès de patients atteints de cancer, l'annonce de mauvaises nouvelles est apparue comme la principale source de préoccupations et de stress. Confronté à la souffrance du patient, le médecin est susceptible de s'identifier à lui (Fischer, 2005), d'autant plus lorsque des similitudes existent entre le médecin et son patient : âge, niveau social (Stiefel, 2008; Stiefel & Guex, 2008), *etc.* Il risque alors d'éprouver une détresse proche de celle de son patient, l'angoisse de mort du patient le renvoyant alors à sa propre angoisse de mort (Fischer, 2005; Voelter & al., 2005).

Dès l'annonce du cancer, le patient s'est engagé dans un processus de deuil : le diagnostic, entendu comme annonce de mort, est avant tout l'annonce d'un bouleversement total de la vie et de l'être. Ainsi, à l'occasion de l'ablation de la prostate, le patient doit également faire le deuil de son organe. Lors d'une opération chirurgicale, le sentiment d'identité est particulièrement remis en cause, et dans le contexte d'une ablation procédure, l'angoisse de castration s'actualise par le fait que le patient soit contraint à l'ablation de son organe malade. C'est une étape nécessaire qui, psychologiquement, peut être vécue comme un analogon de la castration : pour pouvoir continuer de vivre, il doit passer par l'ablation d'un organe éminemment investi. Parmi les conflits psychiques que traverse un sujet engagé dans une procédure chirurgicale parce qu'elle constitue la seule possibilité pour sa survie, la proposition d'opération représente un télescopage pour la vie psychique : la mort est présente, mais simultanément, subsiste la possibilité d'une survie. De ce fait, le chirurgien est susceptible d'être appréhendé comme une figure divine, qui va réinjecter la vie là où le sujet était condamné. Il est ainsi très fréquent d'entendre les patients dire, après l'annonce et au moment de la détermination des stratégies thérapeutiques, que le chirurgien va les sauver. En post-opératoire, cette notion d'avoir été sauvé par le médecin est souvent reprise, certains patients avançant l'idée que sans lui, ils ne « seraient pas là », tout en temporisant, parfois : « même si c'est son métier ».

Du côté des médecins, on peut parfois observer une crainte d'être idéalisé par les patients et d'être mis en échec, de les décevoir, ou encore d'éprouver un sentiment d'impuissance. Confrontés à la maladie grave, médecin et patient se voient donc placés l'un et l'autre dans des situations différentes, mais pourtant toutes deux, dans leurs spécificités, anxiogènes. Pour que la rencontre puisse avoir lieu, il nous apparaît nécessaire que le médecin puisse reconnaître en lui ses sentiments d'impuissance, ses angoisses, et la façon dont les angoisses des patients fait écho en lui. Il semble également important qu'il puisse reconnaître également sa propre fragilité pour rencontrer le patient « sans trop d'inquiétude larvée » (Chicaud, 1998, p. 67).

Que ce soit lors de l'annonce de la maladie grave ou son aggravation, le médecin, porteur de mauvaise nouvelle, doit « transformer son savoir médical et scientifique en parole humaine et subjective » (Ruszniewski & Rabier, 2016, p. 9). D'après ces auteurs, cela permettrait au patient de retrouver une place de sujet face à un sujet, de sujet désirant. Dans cette annonce, se trouve une part d'impossible dont l'issue est d'ouvrir un espace de parole permettant à l'annonce de devenir une rencontre (Ruszniewski & Bouleuc, 2012). En effet, Lamotte d'Incamps écrit que « face à cette violence [de l'annonce], les médecins sont un soutien sans commune mesure » (2020, p. 36), que « faire confiance et recevoir la confiance des médecins » l'a aidée (*ibid.*, p. 37) et que « la qualité de la relation avec le médecin est fondamentale » (*ibid.*, p. 41). Les propos de Lamotte d'Incamps se réfèrent à l'annonce d'une maladie grave, mais cela nous apparaît tout à fait adapté aux annonces d'aggravation également.

Il est ainsi important de souligner que lorsque l'annonce s'élabore dans un échange respectueux, pudique, et soucieux avant tout de l'intérêt véritable des personnes directement concernées, alors seulement peut s'établir une alliance, déterminante dans le vécu de la maladie et de sa traversée. Soulignons également que lors de l'annonce d'une aggravation, la relation médecin-patient est généralement bien établie : plusieurs rencontres ont eu lieu, s'inscrivant dans une certaine temporalité permettant une alliance entre eux deux, mais aussi élargie à l'ensemble des acteurs du soin. Les hospitalisations en service de soins de suite cancérologiques peuvent durer plusieurs semaines, et être réitérées, ce qui induit parfois une forme d'attachement de la part des soignants envers certains patients. Comme l'avancent Maraquin et Masson, « les soignants sont avant tout des hommes et des femmes, des personnes sensibles et pensantes, dont le travail est fait de relations. Par définition, toute relation repose sur un investissement affectif, et les soignants ne se soustraient pas à ce fonctionnement humain intrinsèque du lien, même quand il s'agit d'un patient » (2010, p. 128).

Du fait de l'attachement des soignants à certains patients, favorisé par la temporalité particulière du cancer et de ses traitements, il peut y avoir certaines réticences et des appréhensions de leur part à annoncer une aggravation.

Concernant les annonces de gravité, le Conseil National de l'Ordre des Médecins précise d'ailleurs que « lorsque le pronostic est fatal et que la vie est menacée à brève échéance, le patient doit le savoir, parce qu'il est le premier concerné ou qu'il a des dispositions à prendre en vue de sa probable disparition. D'une façon générale l'authenticité de la communication est un élément important de la confiance » (article R.4127-35 du code de la santé publique, 2019), « néanmoins, en cas de diagnostic ou pronostic graves, la volonté exprimée par la personne d'être tenue dans l'ignorance doit être respectée (sauf en cas de risque de contamination) » (Loi n°

2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002).

Les annonces d'aggravation, de phase palliative sont particulièrement difficiles. En effet, la phase palliative a pour but « de soulager et d'améliorer le confort de la personne à travers la prévention et le traitement de la douleur, la recherche de ce qui peut faire plaisir et contribuer au mieux-être » (Centre National des soins palliatifs et de la fin de vie, 2016). Pour la société française d'accompagnement et de soins palliatifs, la phase palliative implique qu'il n'y a plus de perspective thérapeutique de guérison ; cependant, cela ne signifie ni l'arrêt des traitements ni l'imminence de la mort. Par ailleurs, avec les progrès médicaux, on peut parler aujourd'hui du cancer comme d'une maladie chronique : « ni guéri, ni rapidement menacé, le patient atteint de cancer en phase chronique a une maladie incurable, évolutive et mortelle, qui peut être longtemps compatible avec une qualité de vie appréciable » (Goldwasser, 2017, p.7). Quel qu'en soit le stade, l'annonce de cette « mauvaise nouvelle » est un moment difficile pour le médecin qui doit annoncer et pour le patient qui reçoit cette annonce tant redoutée.

Concernant la communication sur la démarche palliative, le pronostic et la fin de vie, elle a pour but d'« asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services et à domicile en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants » (Document ministériel du 22/02/2002). S'inscrivant dans la continuité du soin, la démarche palliative participe à l'atténuation de l'angoisse et, envisagée de façon précoce, permet de limiter la violence de l'entrée dans cette phase. Le rôle du psychologue est ici particulièrement important pour accompagner le médecin et les soignants dans cette anticipation, dans l'annonce au patient d'une entrée probable en phase palliative, à venir.

En évitant au patient d'être « ballotté » d'un service à l'autre, les services de soins de suite cancérologiques accueillent des patients aux différents stades de la maladie et favorisent ainsi une continuité dans sa prise en charge. Contenance et continuité, nous en faisons l'hypothèse, viendraient alors se mettre au service du sentiment de continuité d'existence (Winnicott, 1969) si fragilisé dans ces moments où la vie même est en grand danger.

IV. Vignettes cliniques

Expérience toujours singulière, la maladie grave bouleverse la vie du patient et de sa famille, et conduit à de nombreux remaniements psychiques, tant dans la vie personnelle que familiale et sociale. Au cœur du travail d'élaboration psychique de la maladie, les modalités de l'annonce jouent un rôle essentiel, et c'est pourquoi il est indispensable de prendre en compte dans l'analyse des mouvements psychiques à l'œuvre suite à l'annonce d'une maladie grave ou de son aggravation, la subjectivité du médecin, celle du patient, ainsi que la qualité de leur relation. Ainsi, lors de notre immersion en service d'urologie, nous avons rencontré notamment Monsieur W. et Monsieur G., pour lesquels le diagnostic de cancer de la prostate a convoqué, comme pour tout patient dans cette situation, la mise en place d'aménagements psychiques. En service de soins de suites cancérologiques, nous avons reçu Madame M. qui a pu appréhender les annonces d'aggravation grâce à des aménagements psychiques organisés autour de ses représentations de l'image du corps et à la qualité de son lien avec les soignants, le médecin en particulier.

À partir de nos pratiques de psychologues cliniciennes, nous explorerons les aménagements mis en place par ces patients dans un contexte d'annonce de maladie grave ou d'aggravation, en interrogeant la relation médecin-patient dans ces situations particulières qui menacent l'existence des patients. Nous convoquerons également le positionnement du psychologue-clinicien-chercheur dans sa relation avec les patients et les médecins.

Madame M., 50 ans, atteinte d'un adénocarcinome bronchique et hospitalisée en service de soins de suite cancérologiques à quatre reprises sur une période d'un an et 4 mois

Madame M. a été rencontrée lors d'entretiens psychothérapeutiques de soutien pendant ses hospitalisations en service de soins de suite cancérologiques. Elle a accepté que le contenu des entretiens et les observations cliniques soient utilisés dans le cadre de notre recherche doctorale. Nous proposons de présenter nos observations cliniques et l'impact de la rencontre intersubjective entre elle et les soignants.

Madame M. a été hospitalisée dans ce service à la demande de son oncologue suite à l'annonce de la découverte de la maladie, afin de débiter le traitement. Lors de notre premier entretien elle évoque son rapport à la maladie en citant les pathologies qu'elle a eues depuis sa naissance. Elle a notamment été atteinte à 37 ans d'un cancer du sein génétique nécessitant une hystérectomie. Lors de notre second entretien, une semaine après, Madame M. a bénéficié de sa première cure de chimiothérapie. Elle est très émotive et centre l'entretien sur les changements physiques qu'elle perçoit et dit « ne pas accepter ». Elle se décrit comme une personne dynamique et le sentiment de « mollesse » qu'elle dit ressentir lui est insoutenable. Lors de la seconde hospitalisation, Madame M. commence par narrer sa semaine à domicile puis évoque spontanément le ressenti de fortes émotions et d'angoisses avant d'aborder les bouleversements liés à la maladie et les changements qu'elle souhaiterait pour elle-même. La semaine suivante, elle évoque les malaises qu'elle a faits ces derniers jours. Lors de sa rencontre avec l'oncologue (la veille), le médecin a évoqué les examens prévus pour investiguer ses symptômes et les prochaines séances de chimiothérapie. Elle se sent anxieuse mais se dit rassurée par les propos de l'oncologue.

Lors de sa troisième hospitalisation, imprévue, Madame M. présente une thymie triste et une grande déception dès son entrée dans le service car le traitement n'a pas pu débiter et doit être retardé. Elle verbalise sa crainte que « la maladie grossisse » et manifeste une grande anxiété. Après deux entretiens centrés sur les symptômes qu'elle ressent et l'attente de son traitement, nous retrouvons une patiente bouleversée lors de notre entretien suivant. Madame M. est très émotive, se questionne et verbalise son incompréhension. Elle vient d'apprendre par le médecin qu'en raison de certains de ses symptômes, l'immunothérapie proposée ne peut commencer. Quelques jours plus tard, lors d'un entretien à sa demande, Madame M. évoque l'état de santé de sa mère et de sa sœur, toutes deux atteintes d'un cancer, en verbalisant les points communs et les différences sur leur parcours et leurs maladies. L'entretien suivant se situe quelques heures après le passage des médecins qui ont annoncé à la patiente, en présence de sa mère, la progression de la maladie. Pour les médecins, la patiente a entendu la gravité de la situation et est demandeuse de traitements. Lors de notre entretien, Madame M. est bouleversée et dans l'interrogation sur le nouveau traitement, sur l'après. L'espoir d'une guérison semble

s'estomper dans son discours. Lors des entretiens suivants dans le temps de cette hospitalisation, elle évoque ses symptômes et les traitements.

Madame M. est suivie depuis plusieurs années par une psychologue pour des troubles anxieux et nous observons que son anxiété est présente dans nos entretiens et qu'elle la verbalise. Nous pouvons penser que l'intensité de son anxiété est majorée par l'annonce du cancer, la maladie et les hospitalisations. Les différentes hospitalisations sont ponctuées par plusieurs annonces pour lesquelles les répercussions psychiques de Madame M. sont de différents registres. La première annonce a eu lieu en amont de l'hospitalisation. Il s'agit de l'annonce de la découverte du cancer. Lors de notre entretien, Madame M. ne revient pas sur l'annonce du cancer qui pourtant est bouleversante, renvoyant à une sentence de mort et venant faire traumatisme pour bon nombres de personnes. Par rapport à ce passage sous silence, plusieurs hypothèses sont envisageables. Cela peut être lié à son histoire avec la maladie, au fait d'avoir déjà eu une annonce de cancer précédemment ou cela peut être le signe d'une défense psychique. Durant les hospitalisations, Madame M. doit faire face à plusieurs annonces médicales : les examens prévus, le retard du début du traitement et la progression de la maladie. En évoquant ce qui lui a été dit, elle nous donne aussi à voir sa relation avec le médecin. Dès le premier entretien, Madame M. évoque son lien avec l'oncologue, à qui elle a fait confiance en acceptant l'hospitalisation. Nous pouvons donc supposer que l'alliance est de bonne qualité, qu'il y a eu une véritable rencontre entre médecin et patient (Ruszniewski & Bouleuc, 2012). Au cours des hospitalisations, nous pouvons vérifier cela. En effet, Madame M., très anxieuse, a été rassurée à plusieurs reprises par les mots du médecin et son attitude. Elle semble également avoir investi positivement la relation avec les soignants et se sentir en confiance. En 6 mois, Madame M. a été hospitalisée durant 4 mois et demi. Du fait de la répétition des hospitalisations, de leur longueur et de sa facilité de verbalisation, elle a été très investie par l'équipe et a elle-même investi les espaces proposés et les relations avec les soignants et les médecins.

Le lien revêt une importance particulière pour Madame M. : elle accorde une place importante dans son discours aux liens tissés avec sa famille (notamment sa mère), avec les personnes avec lesquelles elle travaille, avec les soignants qui œuvrent autour d'elle (sa psychologue, l'oncologue...). Cet investissement des relations nous renvoie au travail de liaison et à la pulsion de vie. En effet, Madame M. retrace spontanément l'histoire de ses maladies, les inscrivant dans son histoire et dans l'histoire familiale, le cancer génétique étant partagé par sa mère et sa sœur. Est-ce pour elle, une façon de se défendre de l'angoisse liée à l'annonce ? De plus, lorsqu'elle évoque la maladie de sa mère et de sa sœur lors de nos entretiens, nous pouvons émettre l'hypothèse que cela lui permet de s'inscrire à nouveau dans l'histoire familiale et de tisser du lien entre leurs vécus de la maladie.

Nous pouvons ainsi nous interroger sur ce que l'annonce du retard de traitement vient signifier pour elle. Contrairement aux annonces précédentes, Madame M. ne s'attache pas aux mots du médecin mais au fait que cela semble raviver l'angoisse de mort, angoisse contre laquelle elle se défend sans doute en s'inscrivant et faisant des associations avec sa famille ensuite. Concernant la dernière annonce, celle de la progression de la maladie, elle semble avoir été entendue par la patiente. Est-ce la rencontre avec le médecin, la multiplication des hospitalisations, les modifications de l'image de son corps ou le temps psychique qui lui ont permis d'appréhender cette annonce ? D'autre part, nous observons que les symptômes physiques sont très présents dans le discours de Madame M. : dès notre second entretien, elle se centre sur les bouleversements liés à la maladie et aux traitements. En effet, lors du premier entretien, la

maladie avait été annoncée mais Madame avait peu de symptômes. L'image de son propre corps a été ébranlée, ce qui semble lui avoir permis de cheminer.

Nous pouvons observer tout au long des hospitalisations que les symptômes physiques et les traitements (que ce soit l'attente de leur mise en place ou la narration de leur déroulement) ont une place importante dans le discours de Madame M. Si la maladie grave donne une place importante au corps, objet d'inquiétude, l'hospitalisation l'accroît. Le corps est au centre de l'attention que ce soit par son objectivation (analyses, examens) ou les interrogations des soignants (médecin, infirmières) sur la santé du patient : ressenti, douleur. L'hôpital est un « lieu qui confronte l'Homme à l'existence de son corps, à son propre fonctionnement, un lieu où les changements corporels [...] vont toucher l'individu dans toutes les strates de son psychisme » (Daune, 2010, p. 22). Madame M. peut ainsi verbaliser ses désirs et se positionner en actrice de sa prise en charge en se repositionnant et pouvant verbaliser le « je ». Elle semble lutter contre la position régressive que peut engendrer l'hospitalisation et investir l'espace hospitalier comme un espace transitionnel lui permettant d'élaborer son expérience de la maladie.

Le travail psychique auprès de Madame M. est marqué par ses symptômes physiques, très présents dans les entretiens, tant dans le discours que les manifestations corporelles, avec des plaintes somatiques importantes. Le réel du corps, soumis aux exigences de la réalité médicale et de la temporalité des traitements, s'impose alors, et le travail psychique s'en trouve mis en suspens : « [cette problématique duelle] est l'une des difficultés rencontrées dans la pratique clinique, à savoir la difficile dialectique entre le travail du temps sur le soma et travail du temps sur la psyché. [...] Entre le temps somatique et le temps psychique, les rythmes ne s'accordent pas toujours exactement ; on constate même souvent des décalages, de légères ou profondes dissociations mettant de la dysharmonie dans l'accordage entre l'état somatique et l'état psychique du corps » (Pheulpin et al., 2017, p. 21). En effet, alors, que les entretiens s'articulaient autour d'un travail d'élaboration centré sur son repositionnement et une crise identitaire, les annonces du médecin et les symptômes physiques sont venus modifier le cours de notre suivi. Le travail lors des entretiens se situe donc, tout particulièrement auprès des patients atteints de maladies graves, entre réalité somatique et psychique, dans un « va-et-vient » dans lequel il semble nécessaire de créer un espace transitionnel pour que la rencontre avec le patient et son vécu émotionnel puisse avoir lieu (Beuloye, 2010).

Suite à l'annonce de la progression de la maladie, lors de la troisième hospitalisation, c'est à la demande du médecin que l'entretien s'est déroulé, ce qui nous renvoie à ce que Beuloye décrit lorsqu'il évoque les soignants qui font appel au psychologue « comme à un sauveur de la détresse psychique, et ce, dans l'urgence » (*ibid.*, p.44) suite à l'effondrement psychique d'un patient. Face à cette demande du médecin, nous aurions pu choisir de ne revoir Madame M. qu'après un certain temps, afin d'éviter cet écueil et de laisser la temporalité psychique se déployer par-delà la sidération. Néanmoins, nous avons cédé à la demande de l'oncologue en revoyant Madame M. rapidement. Avons-nous été pris dans de forts mouvements transféro-contre-transférentiels particulièrement forts du fait de la temporalité importante du suivi de Madame M., se déroulant depuis déjà plusieurs mois, ou bien était-ce une façon d'incarner ce fantasme du « sauveur de la détresse psychique » évoqué par Beuloye, ou encore un désir de renforcer notre lien avec les soignants en accédant à leur requête ? La question du lien à l'autre est centrale, peut-être même vitale, chez Madame M., tant dans sa vie personnelle que dans son

investissement de l'équipe médicale, et il semble que ce besoin de faire lien, d'entrer en relation avec l'autre, se soit également joué dans notre relation et que nous ayons été, nous aussi, appelées par ce lien, appelées par l'Éros, par les pulsions de vie. Madame M. avait peut-être aussi besoin du psychologue et de l'espace thérapeutique pour l'aider à traverser le temps de la maladie, temporalité particulière entre savoir du soma et travail psychique.

Nous pouvons aussi nous interroger sur le contenu des échanges, formels ou informels, entre médecin et psychologue concernant les patients. Nous évoquions précédemment la difficulté pour le psychologue de transmettre sans porter préjudice au patient, sans trahir le patient, le lien relationnel créé et la confidentialité des entretiens (Daune, 2019), mais nous pouvons aussi nous interroger sur les conséquences lors des entretiens psychothérapeutiques de la connaissance par le psychologue d'une partie du savoir du somaticien. Le savoir du psychologue en oncologie s'appuie sur sa compréhension du psychisme et des mouvements transféro-contre-transférentiels, c'est-à-dire sur un savoir subjectif, mais il possède également « une connaissance de la réalité médicale, des répercussions somatiques de la maladie et des traitements. Une connaissance qui va éviter les interprétations sauvages » (*ibid.*, p. 104).

Monsieur W., 66 ans, et Monsieur G., 63 ans, atteints d'un cancer de la prostate

Monsieur W. et Monsieur G. sont, comme nous l'avons souligné, tous deux rencontrés dans le cadre d'une recherche doctorale portant sur les répercussions psychiques de l'opération du cancer de la prostate, réalisée à la demande du Chef de Service d'Urologie de l'Hôpital des Diaconesses Croix Saint Simon. Suivant la méthodologie établie, trois entretiens sont réalisés, sur la base du volontariat et de l'anonymat : le premier en pré-opératoire, le second 6 semaines après l'opération, et le dernier 6 mois après l'opération.

Monsieur G., 63 ans, a été diagnostiqué deux mois avant notre premier entretien. Il explique que son cancer a été découvert « par hasard », à l'occasion d'un bilan sanguin de contrôle qu'il effectuait chaque année depuis ses 55 ans, sur les conseils de son médecin traitant. Celui-ci a constaté que le taux de PSA dans le sang avait augmenté de manière significative et a décidé d'orienter Monsieur G. vers un urologue, évoquant avec lui la possibilité d'un cancer de la prostate et l'interrogeant sur ses antécédents familiaux. Monsieur G. explique qu'à cet instant, il « savait » qu'il avait un cancer de la prostate, et que le diagnostic de l'urologue n'a été qu'une confirmation de son pressentiment. Lorsque nous l'interrogeons sur l'origine de son sentiment, il avance l'idée d'un coup du sort : « c'était sûr que ça allait me tomber dessus, j'ai jamais eu de chance dans la vie, dès qu'il y avait un truc, c'était pour moi ». Néanmoins, lorsque l'urologue a confirmé le diagnostic, « ça m'a fait un coup », dit-il. Après lui avoir expliqué en quoi consistaient l'option chirurgicale et ses conséquences, l'urologue lui a proposé de rencontrer un radiothérapeute afin de discuter des possibilités de traitement qui s'offraient à lui. Il nous rapporte avoir vécu un « véritable effondrement dépressif » suite à l'annonce, mais a « décidé d'agir », de rencontrer le radiothérapeute puis de revoir l'urologue afin de programmer l'opération. Il décrit avoir mis en place un « véritable plan de bataille » pour lutter contre son cancer.

Le cas de Monsieur G. illustre bien le fait que, la plupart du temps, les patients qui consultent un urologue sont orientés par leur médecin traitant suite à des résultats sanguins qui questionnent. Ils ont bien souvent déjà discuté des possibilités de diagnostic avec leur médecin

traitant et ont donc déjà entendu le mot « cancer ». Avec internet, l'accès à l'information est également facilité et de nombreux patients n'hésitent pas à se renseigner sur les pathologies urologiques susceptibles de justifier d'une consultation en service d'urologie. Néanmoins, le moment de l'annonce du diagnostic de cancer, suite aux résultats de la biopsie, possède toujours un fort potentiel traumatique, puisque pèse alors sur le patient une menace de mort. Il s'agit d'un moment singulier, qui allie une nécessaire violence des mots, ressentie à la fois par le patient, mais aussi par le médecin, et met en jeu une confiance mutuelle indispensable à l'alliance thérapeutique. Du côté du médecin, l'annonce est ainsi souvent difficile, même si cette difficulté est « atténuée » par les connaissances des patients. Il arrive parfois que le médecin laisse le patient émettre par lui-même la possibilité d'un cancer, ce qui se met au service de l'évitement en lui permettant de ne pas être perçu d'emblée comme objet castrateur, source de l'annonce traumatique.

Monsieur W., 66 ans, a été orienté vers l'urologue par son médecin traitant, suite à l'augmentation progressive mais significative de son taux de PSA dans le sang. Il explique que son médecin traitant a été assez vague quant aux causes possibles de cette augmentation, évoquant des troubles liés à la prostate, mais sans donner davantage de précisions. C'est à l'occasion du premier rendez-vous avec l'urologue que le mot « cancer » a été prononcé pour la première fois comme étant une forte probabilité. Monsieur W. nous dit que cela a été un choc, qu'il n'arrivait pas à réaliser que cela lui arrivait, à lui. Il se souvient avoir fait répéter au médecin, « pour être sûr d'avoir bien entendu ». Il précise que l'urologue a été très patient, qu'il a pris le temps de lui expliquer ce que cela impliquerait si le cancer était confirmé par la biopsie. Pour Monsieur W., ce premier contact avec le médecin a été primordial et a été déterminant dans sa traversée du cancer. Du fait des caractéristiques de sa tumeur, le chirurgien a proposé à Monsieur W. d'intégrer un protocole de surveillance active. Il s'agit d'une période qui s'articule autour d'examen cliniques réguliers, une surveillance du taux de PSA dans le sang et la répétition de biopsies prostatiques et/ou d'IRM afin de vérifier l'absence d'évolution du cancer de la prostate diagnostiqué. Un traitement chirurgical différé pourra être proposé si l'évolution du cancer le nécessite, souvent plusieurs années plus tard. Monsieur W. a donc pu décider d'intégrer, ou non, le protocole de surveillance active. Très angoissé par l'idée d'avoir un cancer, il a choisi d'emblée de programmer son opération : « c'était impossible pour moi de me dire OK, j'ai un cancer, mais je vais juste continuer à vivre ma vie comme si de rien n'était ». Il souligne également les contraintes que représente la perspective de devoir se soumettre à de nouveaux examens médicaux de façon régulière, durant plusieurs années : « refaire des biopsies, des IRM, des prises de sang.... Non. Non merci ». Outre l'aspect concret de ces contraintes (temps passé à l'hôpital, organisation de son emploi du temps, attente...), il est possible que cette projection dans une position de malade, qui s'inscrirait dans la durée, dans une forme de chronicité, ait été insoutenable pour Monsieur W., et que cela ait contribué à sa décision d'acter son opération. Permettre à d'autres personnes de gérer son temps, son espace et sa relation à lui-même, et permettre à des soignants d'avoir sur son corps certains droits, de toucher à son intimité et à sa pudeur, serait alors menaçant et impliquerait des réaménagements psychiques sans doute beaucoup trop coûteux. Soulignons également que dès l'annonce, « son corps, son temps, son espace, ses relations les plus proches, tout est remis en cause et il semble au patient qu'il s'échappe de lui-même » (Chicaud, 1998, p. 8).

Là où, selon Hirsch (2005), l'annonce constitue une expérience bouleversante de perte de maîtrise et du constat de l'impuissance à avoir pu prévenir le cancer ou à l'éviter, le choix de se faire opérer, de recourir à – et requérir – l'acte chirurgical pourrait alors être envisagé comme une

tentative de reprise de contrôle, de maîtrise de son corps. Le traitement médical se présenterait alors comme la seule façon de lutter contre le cancer, d'expulser ses sensations d'un corps contaminé et « il sera même possible de considérer les sensations éprouvées en raison du traitement comme la reviviscence de sensations corporelles » (Lindenmeyer, 2007, p. 159).

L'intervention de Monsieur W. a donc été programmée quelques mois plus tard, et il souligne que durant cette période, il a recontacté et revu l'urologue, à sa demande, afin de lui poser de nouvelles questions sur l'opération et ses conséquences, et « refaire un point sur tout ça ». Si, pour Monsieur W., le temps qui s'est écoulé entre la décision thérapeutique et l'opération lui a semble-t-il permis de se décaler du choc initial, l'annonce d'un cancer s'inscrit bien souvent dans une temporalité d'urgence de soins, avec des stratégies thérapeutiques souvent agressives et initiées le plus rapidement possible, sans que le patient n'ait le temps de réaliser et d'intégrer psychiquement la maladie et ses implications. La temporalité psychique du patient n'est pas superposable au temps médical. Mais pour Monsieur W., les mois qui ont précédé l'opération ont favorisé de nouveaux échanges avec son chirurgien, et cette temporalité a sans doute permis l'émergence « progressive » d'angoisses et de craintes qui ont pu être formulées, adressées au médecin au travers de la relation.

Après la chirurgie, Monsieur W. présentait des affects dépressifs importants, bien qu'il ait appris que l'opération s'était très bien déroulée et qu'il était désormais considéré comme « guéri ». Au 6^{ème} mois post-opératoire, plutôt enjoué, il expliquait avoir profité de ces derniers mois pour changer ses habitudes de vie, s'être inscrit à une activité sportive collective grâce à laquelle il a pu faire de nouvelles rencontres et mieux se sentir dans son corps.

Dans le cas de Monsieur W., les mouvements dépressifs observés en post-opératoire semblent avoir été une étape nécessaire, constituante dans l'acceptation tant de sa maladie que de son nouveau statut de « patient guéri d'un cancer de la prostate », sans pour autant l'avoir éprouvé dans son corps. Il nous semble ainsi qu'au moment de l'annonce, le choc initial, puis la focalisation de Monsieur W. sur son opération à venir, ont figé, relégué au second plan toute possibilité de représentation, de travail de mise en lien et de mise en sens : « ainsi, quelque chose du sujet et du cours de sa vie reste inconsciemment suspendu et figé autour de l'annonce du cancer, si bien que son vécu ne s'inscrit plus dans le cours d'une vie qui s'écoule. Le temps de la maladie est en quelque sorte hors temps. Le temps de celui qui se sait atteint par un cancer ne se déroule plus sur la flèche du temps » (Negri & Baas, 2014, p. 20).

Ce n'est donc qu'une fois « guéri » que les affects dépressifs ont pu émerger : la temporalité psychique, probablement en suspens depuis l'annonce, a pu reprendre son cours lorsque la menace de mort a été écartée. Nous pouvons ainsi formuler l'hypothèse que le mouvement dépressif observé en post-opératoire chez Monsieur W. lui a permis d'intégrer le changement, et, comme l'expliquent Negri et Baas, « ce travail d'acceptation et d'appropriation de la maladie suppose une élaboration psychique dont l'amorce, la durée et la profondeur dépendent de l'histoire du sujet, de ses capacités d'adaptation face à une maladie grave et des enjeux affectifs singuliers qu'elle convoque chez chacun » (*ibid.*, p.21).

Fedida parle notamment des « bienfaits de la dépression », en soulignant sa possible valeur positive : « Une hypothèse sera avancée : celle de la différence qu'il convient d'établir entre la dépressivité inhérente à la vie psychique (la vie psychique est dépressive au sens où elle assure protection, équilibre et régulation à la vie) et l'état déprimé qui représente une sorte d'identification à la mort ou à un mort » (2001, p. 13). Pour lui, la mise en mouvement de la vie

psychique procède d'une excitation pouvant provoquer une menace hémorragique pour la psyché, menace d'épuisement, de mort, de dislocation. Il nomme ainsi « capacité dépressive » le mécanisme qui assure la protection du psychisme contre une surcharge d'excitation, qui s'exprimerait par des mises en actes de l'angoisse ou un recours à l'hallucinatoire. L'immobilisme de la dépression protégerait contre le risque mortifère mélancolique, et la capacité dépressive ou dépressivité serait protectrice et régulatrice de la vie psychique car elle soustrairait le sujet au trop plein d'excitations. En ce sens, elle serait nécessaire à la vie. Il est ainsi possible que la dépression contribue au travail de subjectivation du patient en lui permettant d'élaborer cette question du changement : « en changeant, est-ce que je vais rester le même ? ».

Les cas de Monsieur W. et de Monsieur G. que nous avons choisi de rapporter dans cet article nous ont semblé particulièrement représentatifs, mais il est important de souligner que toutes les angoisses touchant au corps s'expriment différemment selon la subjectivité de chacun et son fonctionnement psychique. Dans le cadre de gestes médicaux touchant à l'intérieur du corps, telle que dans l'opération du cancer de la prostate, c'est l'intégrité corporelle qui est mise à mal : les modalités d'expression des angoisses concernent alors la façon dont le patient peut appréhender l'intérieur de son corps, l'organe malade qui risque de le tuer. Du fait de la perte d'un organe, le patient peut également être confronté à l'angoisse de perte, et craindre la perte d'un autre organe. Il est ainsi possible de constater chez certains patients un processus de gel de la pensée, où les processus de pensée se figent car penser devient trop dangereux. Le gel de la pensée incarne ainsi un scotome de l'angoisse, au-delà même de l'évitement : l'angoisse fait l'objet d'un clivage fonctionnel nécessaire pour pouvoir appréhender la procédure elle-même. Le déni de l'angoisse de mort pourrait alors servir d'armure protectrice de la représentation du corps, de ne pas penser aux affres possibles de la maladie. Néanmoins, il est important de souligner que cette fonction de protection n'est possible que jusqu'à un certain seuil au-delà duquel cela devient délétère et toxique pour le patient, par exemple lorsque le déni le mène à la non-compliance au traitement, ce qui met en danger le patient.

Enfin, comme le montrent les cas de Monsieur G. et Monsieur W., le patient est co-acteur de son traitement : « acteur, le patient participe dorénavant aux soins. De malade passif, il est devenu un patient actif qui peut participer aux soins et est à même d'attendre de la part de ses interlocuteurs soignants et médicaux une participation aux soins » (Mougeot et al., 2018, p. 74). Le médecin lui expose ainsi, de la façon la plus complète possible, les différentes options qui s'offrent à lui, avec leurs bénéfices, leurs risques, leurs conséquences. C'est ensuite au patient de décider de la voie à suivre. Cela peut être une source d'angoisse pour certains patients qui demandent parfois au chirurgien ce que lui ferait, s'il était à leur place. Soulignons également que cette adresse au chirurgien est elle-même susceptible d'être source d'angoisse pour l'urologue, d'autant plus qu'il est, lui-aussi, un homme, pouvant lui-aussi être confronté au cancer de sa prostate et ses conséquences.

Il est intéressant de rappeler ici que nos rencontres avec Monsieur G. et Monsieur W. n'ont pu avoir lieu que parce que le Chef de Service d'Urologie a sollicité un psychologue pour un travail de recherche auprès de ses patients. Sensibilisé aux aspects psychologiques du parcours de la maladie, que ce soit l'annonce, les traitements ou encore la guérison, le professionnel du soin somatique s'est ainsi tourné vers le professionnel du soin psychique afin de mieux comprendre ses patients et les aider au mieux dans leur vécu de la maladie.

Se situant alors au cœur du soin, le psychologue est immergé au cœur du réel du corps mais, du fait de son positionnement éthique, il est le garant de l'écoute du psychisme des patients, et du sien propre (Bass, 2012). Dans la relation médecin-psychologue, la présence d'une chercheuse clinicienne aux consultations d'urologie, et particulièrement lors d'annonces d'un cancer de la prostate, a introduit un tiers, tant pour le médecin que pour le patient. Dans cette relation d'homme (chirurgien) à homme (patient), la psychologue, jeune femme, a ainsi pu incarner une position plus féminine susceptible d'accueillir et absorber les angoisses, en position de témoin bienveillant, avec un « regard bienveillant maternel – celui qui accueille sans jugement – mais sans que cela ne soit dit comme tel, sous peine d'être vécu comme une castration » (Van Doren, *op. cit.*, p. 440). Baas rappelle ainsi que « la nécessité d'avoir des professionnels qui, par leurs formations spécifiques, sont capables de tolérer les angoisses et parfois de permettre de s'en déprendre, s'avère essentielle pour la qualité des soins à long terme et pour une collaboration médecins/psychologues optimale et bénéfique aux patients, équipes et corps médical » (*op. cit.*, p. 65).

V. Conclusion

L'annonce d'une maladie grave, d'une aggravation ou d'une entrée en phase palliative semble difficile pour tous : pour le médecin qui doit informer, pour le patient qui reçoit et doit s'approprier cette annonce, pour les équipes qui doivent travailler avec cette annonce et ses conséquences tant pour le patient que pour sa famille, mais aussi pour le psychologue qui doit également travailler avec ses propres représentations de la maladie, ses propres angoisses. Le diagnostic d'une maladie potentiellement mortelle projette ainsi le patient et sa famille dans une réalité modifiée de manière irréversible. La singularité et la subjectivité du médecin, du patient et de leur relation influent sur les mots prononcés, sur les questions posées et sur la façon dont elle sera entendue. Cependant, les mécanismes de défense du patient mais aussi du médecin, le temps psychique nécessaire au patient, sont également des éléments qui influencent l'appropriation de cette annonce. La subjectivité du médecin, son lien avec les équipes et les patients influent sur les conséquences psychiques pour le patient.

La maladie cancéreuse bouleverse l'existence et impose un travail important d'adaptation, d'aménagements psychologiques chez le patient, à plusieurs niveaux et à divers moments : dès les premiers examens, la biopsie, l'annonce du diagnostic, les traitements et leurs conséquences, la rémission, éventuellement la récurrence, les soins palliatifs et la fin de vie. Elle vient également le confronter à des questionnements identitaires, son rapport au monde et son rapport à l'autre. Comme le souligne Hirsch (*op. cit.*), à l'annonce d'une pathologie chronique, la personne est en droit d'attendre un accompagnement approprié, de nature à lui permettre d'assumer ce que représente l'entrée dans une maladie, c'est-à-dire lui permettre de se reconnaître porteur d'une affection à laquelle sont bien souvent attachées des connotations péjoratives et des représentations difficiles à intégrer. Le rôle du médecin et des équipes de soins est alors primordial et ce, avant même que l'annonce ait lieu, dès les premiers examens, où la menace d'une maladie grave est déjà bien souvent présente dans la psyché des patients, qui « [leur] confient leur corps, se confient tout entier, avec leurs angoisses. Le chirurgien n'est donc plus seulement le technicien qui vient opérer leur corps : il écoute, devient celui devant qui on peut se montrer vulnérable en abordant des craintes qui relèvent de l'intime » (Basier, Pheulpin, & Guillonnet, 2019, p. 36). Le dispositif d'annonce ne peut donc pas se limiter à des aménagements de cadres et de dispositifs de transmission d'une information et

d'accompagnement, mais il est essentiel que la dimension individuelle soit prise en compte : la subjectivité du patient, mais aussi celle du médecin, et de l'ensemble des soignants qui participent à cette relation. Derzelle le formule remarquablement ainsi : « Au-delà des contraintes légales auxquelles doit se conformer un médecin “formé aux techniques de communication”, et au-delà d'une modélisation de l'annonce comme d'un événement à “organiser” et à “encadrer” par des démarches d'accompagnement diverses (infirmières, assistantes sociales, psychologues, associations de malades), c'est de l'acte fondateur d'une relation soignante humaine qu'il s'agit avant tout » (2007, p. 1).

Les auteures déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Bibliographie

- Basier, S., & Pheulpin, M.-C. (2018). Cancer de la prostate : Communiquer dans le cadre d'une recherche clinique avec des patients fragilisés par une prostatectomie radicale. *Psycho-Oncologie*, 12(1), 62–66.
- Basier, S., Pheulpin, M.-C., & Guillonnet, B. (2019). Cancer de la prostate : Souffrir de sa guérison. *Psycho-Oncologie*, 13(1), 34–38.
- Bass, H.-P. (2012). Psychologie et médecine quelles articulations ? *Le Journal des psychologues*, 300(7), 64–65.
- Beuloye, N. (2010). Le jeune psychologue, l'hôpital et les soignants : Une rencontre particulière. *Le Journal des psychologues*, 275(2), 44–45.
- Centre National des soins palliatifs et de la fin de vie. (2016). Les soins palliatifs en France I Fin de vie Soins palliatifs. Consulté le 7 avril 2020, à l'adresse Parlons Fin de Vie <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/la-fin-de-vie-en-pratique/les-soins-palliatifs/>
- Chicaud, M.-B. (1998). *La crise de la maladie grave*. Paris : Dunod.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 35 - Information du patient. Article R.4127-35 du code de la santé publique § (2019).
- Daune, F. (2010). Soma – psyché : Une unité interrogée par la maladie. *Le Journal des psychologues*, 275(2), 22–22.
- Daune, F. (2019). Le psychothérapeute au pays médicalisé des patients et des soignants. *Cancer(s) et psy(s)*, 4(1), 100–114.
- Fischer, G.-N. (2005). *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- Goldwasser, F. (2017). Les cancers en phase chronique. Nouveaux défis, nouvelles pluridisciplinarités. *Laennec*, 65(1), 6–24.
- Hirsch, E. (2005). *L'éthique à l'épreuve de la maladie grave : Confrontations au cancer et à la maladie d'Alzheimer*. Paris : Vuibert.
- Institut National du Cancer, & La Ligue contre le Cancer. (2005). *Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé - Mesure 40 du plan cancer*.
- Jones, F. M. E., Fellows, J. L., & Horne, D. J. de L. (2011). Coping with cancer : A brief report on stress and coping strategies in medical students dealing with cancer patients. *Psycho-Oncology*, 20(2), 219–223.
- Lindenmeyer, C. (2007). Être en suspens. *Cliniques méditerranéennes*, 76(2), 157–165.
- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002-303 § (2002).

- Maraquin, C. & Masson, G. (2010). Plaidoyer pour l'attachement entre les soignants et les personnes dont ils prennent soin. *VST - Vie sociale et traitements*, 107(3), 128–130.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2008). *Soins de suite et de réadaptation - SSR*. Consulté le 13 mars 2020 à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
- Mottet, N., Bellmunt, J., Briers, E., & Association, E. U. (2014). Guidelines on prostate cancer. *Eur Urol*, 65(1), 124 - 37.
- Mougeot, F., Robelet, M., Rambaud, C., Occelli, P., Buchet-Poyau, K., Touzet, S., & Michel, P. (2018). L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : Une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique*, 30(1), 73–81.
- Negri, A., & Baas, C. (2014). Les effets de l'annonce du cancer. *Le Journal des psychologues*, 317(4), 18–23.
- Pheulpin, M.-C., Baudin, M., & Bruguière, P. (2017). *Clinique des états du corps : Approche psychanalytique et projective*. Paris : Dunod.
- Pujol, J.-L., Bruere Dawson, C. G., & Tirefort, J.-F. (2008). Le dispositif d'annonce. Du concept à la pratique. *Revue des Maladies Respiratoires*, 25(8, Part 2), 3S48-3S54.
- Rozet, F. & al. (2016). Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : Cancer de la prostate. *Progrès en Urologie*, 27(S1), 95–143.
- Ruszniewski, M., & Bouleuc, C. (2012). L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec*, 60(2), 24–37.
- Ruszniewski, M., & Rabier, G. (2016). La voix des personnes face à la maladie grave. *Revue internationale de soins palliatifs*, 31(1), 9–11.
- Schröder, F. H., Hugosson, J., Roobol, M. J., Tammela, T. L. J., Zappa, M., Nelen, V., ... ERSPC Investigators. (2014). Screening and prostate cancer mortality: Results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet*, 384(9959), 2027–2035.
- Sourkes, B. M. (2001). *La part de l'ombre : Les aspects psychologiques des maladies potentiellement mortelles*. Paris : Frison-Roche.
- Stiefel, F. (2008). Support of the supporters. *Supportive Care in Cancer*, 16(2), 123–126.
- Stiefel, F., & Guex, P. (2008). Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. *Revue médicale suisse*, 144, 424–427.
- Thomas, L., Lacarriere, E., Martinache, G., & Martinache, P. R. (2019). Expérience de la prostatectomie totale robot-assistée ambulatoire. À propos de 32 cas. *Progrès en Urologie*, 29(12), 619–626.
- Van Doren, A.-S. (2017). *Que reste-t-il de leurs amours ? : Étude exploratoire, clinique et projective de patients traités pour un cancer de la prostate* (Thèse). Université Sorbonne Paris Cité.
- Voelter, V., Mirimanoff, R.-O., Stiefel, F., Rousselle, I., & Leyvraz, S. (2005). L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie [Breaking bad news]. *Revue médicale suisse*, 1(20), 1350-1353.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- World Health Organization, & International Agency for Research on Cancer. (2019). Cancer today. Consulté le 13 mars 2020, à l'adresse <http://gco.iarc.fr/today/home>