

# Psychanalyse et oncologie. Entretien avec Jacques Gauthier

louis lepage

**L. L. :** Docteur Gauthier, je vous remercie de me recevoir. L'objet de notre entretien aujourd'hui, c'est que vous me parliez de votre travail en tant qu'analyste en oncologie, donc auprès des personnes atteintes de cancer. J'aimerais que vous me parliez également de ce que vous vivez, éprouvez, dans ce travail au contact des personnes malades. Un autre point important serait la nature de l'aide qu'un analyste peut offrir à ces personnes, notamment en milieu hospitalier.

Comme première question, pour lancer la discussion et permettre de vous connaître, vous, de même que votre parcours: Qu'est-ce qui vous a conduit d'abord à travailler auprès de personnes atteintes de cancer? C'est Michel de M'Uzan qui disait, dans un colloque consacré à son œuvre<sup>1</sup>, qu'il n'avait jamais été habité par la question de la fin de vie, par la mort, mais que, finalement, il avait rencontré, au fil de sa carrière, des situations incontournables. Et, autre chose disait-il, les analystes travaillent beaucoup dans la vie. Ils peuvent parler de la mort psychique, de pulsions de mort, mais les analystes, dans la vie quotidienne, sont avec des patients bien vivants. Alors que votre pratique en est une auprès des gens qui ont un diagnostic potentiellement mortel. Alors qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à ces questions-là?

**J. G. :** Oui, peut-être y a-t-il un rapport avec le fait qu'assez jeune la mort a été présente dans ma vie avec le départ de mes grands-parents, le départ de gens proches. Je pense qu'il y a aussi une part de hasard dans cette décision. C'est sûr que la psychosomatique m'a intéressé assez tôt. Je me souviens, étudiant en médecine, de mon intérêt, par exemple, pour la lecture de Franz Alexander. Et, par la suite, résident en psychiatrie dans le réseau McGill, j'avais eu l'occasion de me frotter une première fois aux écrits des auteurs de l'École de Paris à la demande d'Eric Wittkower qui souhaitait que je présente cette littérature aux autres résidents. Ça a été mon premier contact avec la pensée des psychosomaticiens français. Et puis, j'avais aussi beaucoup apprécié mon stage en consultation-liaison<sup>2</sup> à l'hôpital Royal Victoria, la dernière année de ma résidence en psychiatrie. Mais, c'est quelques années plus tard que j'ai commencé à œuvrer concrètement en psychosomatique, lorsque j'ai joint le Centre d'études du sommeil dirigé par Dr Jacques Montplaisir à l'hôpital du Sacré-Cœur, tout en étant membre du service de psychosomatique de cet hôpital. Et par la suite, j'ai joint le Service de consultation-

liaison et de psychosomatique de l'hôpital Saint-Luc à l'invitation d'un groupe qui y œuvrait, groupe alors constitué principalement de psychanalystes. À l'époque, j'avais été fasciné par la pensée des psychosomaticiens de l'École de Paris dont on avait revu les premiers écrits dans un séminaire dirigé par D<sup>r</sup> Claude Fortier. On avait repris tous les écrits des Marty, de M<sup>r</sup> Uzan, David et Fain des années 1950 jusqu'en 1963, date de la publication du texte sur la pensée opératoire, en réponse justement au rapport de Fain et David sur les aspects fonctionnels de la vie onirique. Le hasard a voulu que, lors de mon arrivée à l'hôpital Saint-Luc, on cherchait justement un consultant en oncologie. Il faut ajouter aussi qu'un ami proche avait eu à lutter contre le cancer l'année précédente. La problématique du cancer avait donc ses résonances en moi pour toutes ces raisons.

Un travail en oncologie nous amène à rencontrer beaucoup de patients et plusieurs d'entre eux ont à composer avec un diagnostic qui menace le pronostic vital. Des patients, aussi, qui ont à affronter des traitements souvent longs, débilissants, et comportant un élément douloureux non négligeable, patients qui sont confrontés à toutes les limites physiques impliquées par la maladie ou ses traitements. Donc, un travail avec une population bien particulière qui nous amène rapidement à éprouver à quel point de l'effraction et le deuil font partie de ce travail de l'analyste avec les gens atteints de cancer.

**L. L. :** Expliquez-moi : effraction ? Pour le patient, mais davantage que ça, si je comprends bien ?

**J. G. :** Oui, il y a une effraction, d'abord et évidemment, pour la psyché du patient prise à composer avec la réalité d'un corps sur lequel il ne peut plus compter alors qu'on prend le corps pour acquis lorsqu'on est en santé. Le corps est silencieux, on n'y pense pas, un peu comme on ne pense pas à la mort, même si on sait tous qu'elle va venir éventuellement. Le corps est pris pour acquis et, tout d'un coup, on réalise que l'allégerance du corps ne peut plus être tenue pour acquise comme elle l'était auparavant. Donc, des patients aux prises avec la réalité d'un corps qui s'impose à la psyché, la sollicite sans cesse, fait effraction dans la vie psychique.

**L. L. :** Donc, le corps silencieux devient un corps bruyant.

**J. G. :** Non seulement un corps bruyant, mais un corps qu'on ne peut pas éviter. Un bruit ou une douleur dont ne peut pas se sauver, parce qu'on ne peut pas fuir son propre corps. Avec le deuil à faire, à l'inverse, d'une représentation d'un corps qui serait domestiqué, d'un corps contrôlé. Effraction aussi dans la psyché du patient de la réalité hospitalière avec ses investigations et ses traitements qui peuvent être douloureux, exténuants et auxquels le patient se soumet dans l'espoir d'une guérison ou au moins d'un soulagement. Ça me fait penser à une patiente que le D<sup>r</sup> Claude Fortier citait et qui disait « avoir été vécue à l'hôpital » pendant le temps de ses traitements<sup>3</sup>. Je pense qu'elle exprimait par là à quel point la réalité hospitalière, la réalité des traitements représentait une irritation constante à laquelle son appareil psychique se devait de répondre. À la façon de l'enfant qui doit constamment s'adapter à une réalité extérieure laissant peu de place à un développement plus conforme au dynamisme propre du sujet.

**L. L. :** Vous donnez l'illustration avec le diagnostic d'une maladie cancéreuse d'une psyché qui est doublement bombardée : d'abord par le corps, par les excitations qui proviennent du corps : les douleurs, les métastases, puis par la réalité hospitalière. C'est ça ? Donc, deux sources d'excitation avec lesquelles la psyché doit composer. Mais se pourrait-il que la réalité hospitalière ne soit pas seulement source d'excitation mais puisse amener un calme, une contenance par une certaine prise en charge ? Ou est-ce que ça arrive à des moments ultérieurs, dans la confrontation à la maladie ?

**J. G. :** Le milieu hospitalier, heureusement, exerce aussi une fonction de *holding*, et on ne saurait sous-estimer ici le rôle des contacts avec le personnel soignant. De plus, le discours du monde médico-hospitalier n'est pas seulement un discours aliénant. Il l'est, potentiellement aliénant, dans la mesure où il demeure inaccessible, impossible à arrimer au discours du patient pour rendre compte de son expérience. Mais, il peut être aussi très réconfortant et aider à contenir l'effraction dans la psyché de la maladie lorsqu'on parvient justement à arrimer ce discours au compte rendu que le patient se donne de son expérience.

**L. L. :** On pourra y revenir. Mais poursuivons sur la notion d'effraction...

**J. G. :** Oui, une effraction également par rapport au cadre que l'analyste aimerait bien se donner pour favoriser la rencontre avec son patient, puis le deuil de ce cadre-là la plupart du temps. Le patient en oncologie est souvent alité dans une chambre où il n'est pas seul. Souvent les entretiens vont être interrompus par l'arrivée du préposé qui distribue les verres d'eau et la glace. On vient prendre les signes vitaux des patients, administrer les médicaments. Et l'entretien va être fréquemment interrompu parce que le patient est attendu en radiologie ou en salle d'opération.

**L. L. :** Cette question du cadre, c'est un des points où la clinique du cancer se démarque le plus de la cure type : par la position face à face, d'une part et, d'autre part, par la présence du corps malade qui me semble omniprésente, par la perspective de la mort. Aussi la temporalité est différente par rapport au cadre analytique classique où il n'y a pas de terme clairement établi. Il me semble que la temporalité peut être comptée si ce n'est qu'en raison de l'évolution possiblement mortelle de la maladie. Donc tous ces éléments viennent faire effraction, viennent bousculer le cadre de travail typiquement analytique.

**J. G. :** Bien sûr. L'horizon illusoirement si lointain d'une analyse se rétrécit singulièrement dès que le diagnostic d'une maladie grave est prononcé. Le travail s'inscrit alors dans une temporalité beaucoup plus restreinte. De plus, le milieu hospitalier est souvent loin d'offrir des conditions de travail propice à une démarche conforme à un idéal analytique. L'analyste doit faire le deuil de son cadre de travail habituel et s'adapter aux limites de cet environnement. La temporalité propre aux réalités hospitalières fait effraction dans un horaire que l'analyste ne contrôle plus comme en bureau privé. L'analyste est souvent pressé par la tâche à accomplir, par des horaires serrés, par une quantité de travail qui ne lui laisse pas toujours la disponibilité pour laisser surgir et entendre ce qu'il laisserait surgir et

entendrait d'emblée dans un autre contexte avec son analysant. On est loin de l'atmosphère feutrée du bureau privé aménagé pour favoriser l'accès à la vie intrapsychique en réduisant les stimulations extérieures. À l'hôpital, il y a constamment des stimulations extérieures qui viennent faire effraction dans le cadre.

**L. L. :** Donc, l'écoute de l'inconscient ou ce qui peut s'exprimer à l'occasion de la maladie sur la scène psychique devient beaucoup plus difficile dans ces conditions-là.

**J. G. :** À prime abord, certainement. Mais je pense qu'on peut quand même y arriver, que tout est une question de qualité d'écoute. Et cette écoute peut advenir à l'hôpital même si elle demeure souvent ponctuelle et que les circonstances se prêtent mal à la démarche prolongée et approfondie que le bureau privé favorise. Mais, il faut souvent faire le deuil d'un travail soutenu tel que le bureau privé le permet.

De plus, il y a effraction dans la psyché de l'analyste de la réalité de la souffrance de son patient. Souffrance physique du patient, bien sûr, mais qui ne peut pas manquer d'interpeller l'analyste. L'analyste se sent fréquemment bien démuni face à cette souffrance dans la mesure où ce n'est pas du tout le type de souffrance que notre entraînement nous a préparés à rencontrer. Une effraction qui va confronter l'analyste aussi au caractère illusoire de cette indépendance de la psyché vis-à-vis du corps. Cette confrontation à la maladie de son patient va toujours représenter pour l'analyste un rappel douloureux du fait de ne pas être maître chez soi dans la mesure où la psyché reste dépendante du corps. De la même manière que la psychanalyse a toujours fait scandale en affirmant qu'on n'est pas maître chez soi du fait de l'existence de l'inconscient. On est toujours soumis à quelque chose qui fait irruption, qui est susceptible de faire irruption au moment où l'on s'y attend le moins. La survenue de la maladie constitue un démenti de l'emprise qu'on voudrait avoir sur son propre destin. Surtout quand il s'agit de quelque chose d'aussi intime que d'un corps sans lequel la psyché ne peut pas exister. L'analyste doit composer avec les limites que la maladie physique peut apporter à la vie psychique ou à la qualité de la vie psychique du patient. Et avec les limites que la maladie apporte aux possibilités de travail analytique. Dans un tel contexte si éloigné des conditions de la cure type, existe le risque, à la longue, d'appauvrir son identité de psychanalyste dans la mesure où le caractère « actuel » de la maladie occupe une si grande partie de la scène qu'on en oublie de privilégier une autre écoute, essentielle si l'on veut continuer à se poser comme analyste dans ce genre de travail.

**L. L. :** Mais en dépit de ça, il reste que c'est possible de faire une écoute analytique à l'hôpital. J'ai l'impression que autant le patient est confronté à une maladie invasive, à des traitements invasifs, douloureux, autant l'analyste de son côté, un peu en miroir, est confronté à une pratique qui est douloureuse aussi. Ce n'est pas du tout de la même ampleur, évidemment, que de recevoir un diagnostic d'une maladie aussi grave que le cancer. Mais ce que je veux dire, autant le patient peut

être bousculé quelque part, autant l'analyste est bousculé dans ses repères habituels de travail. C'est ce que vous dites. Les deux, patient et analyste, peuvent être sans repères, du moins pendant un moment.

**J. G. :** Oui. Quand j'ai commencé à travailler en oncologie, j'ai été bousculé de réaliser que mes repères théoriques de l'époque permettaient mal de m'y retrouver... Il n'y avait pas de correspondance, par exemple, entre ce que j'observais chez mes patients et ce que suggéraient les théories de l'École de Paris. Du moins dans la mesure où par exemple on prétendait que l'accident somatique avait souvent tendance à survenir chez les gens qui présentaient un mode de pensée opératoire ou une désorganisation progressive, comme le décrit Marty<sup>4</sup>. Parmi les patients que je rencontrais, certains pouvaient présenter des tableaux compatibles avec ces descriptions cliniques. Mais, je pouvais difficilement attribuer, à la plupart des patients que je voyais, ce mode de fonctionnement. Et pourtant, ces patients étaient aux prises avec des problèmes somatiques très sérieux.

Cette observation vaut certes en oncologie, mais elle vaut aussi pour les patients avec d'autres types de pathologies, que j'ai rencontrés dans mon travail en consultation-liaison. Alors que la psychosomatique se penchait surtout sur l'impact somatique des avatars de la vie psychique, j'en suis venu à m'intéresser de plus en plus à l'inévitable travail imposé à la psyché par la survenue d'un événement somatique. Donc, un renversement de perspective par rapport à la façon habituelle d'aborder la maladie en psychosomatique. C'est quand même curieux qu'on ait tant mis l'emphasis sur l'impact corporel de ce qui se passe au niveau de la psyché, mais quasiment en négligeant ou en mettant de côté l'inévitable impact sur la vie psychique de ce qui arrive au corps. Surtout qu'on ne peut fuir ce qui arrive au corps et qu'on est tous confrontés tôt ou tard à ce problème-là. Et je trouvais que ce renversement de perspective, cette attention à ce qui arrive à la psyché ou au travail demandé à la psyché par la survenue d'un événement somatique, me permettait de rester beaucoup plus proche du récit de mes patients. La pensée de Piera Aulagnier m'a beaucoup inspiré dans ce travail

**L. L. :** Oui. Piera Aulagnier. Expliquez-moi en quoi ?

**J. G. :** Piera Aulagnier, dans « Naissance d'un corps — origine d'une histoire<sup>5</sup> », raconte comment le corps de son enfant fournit à la mère les premiers indices qui lui permettent de détecter une expérience de plaisir ou de déplaisir, de souffrance chez cet enfant. Elle décrit aussi l'importance pour la vie psychique de son enfant de la réponse de la mère et de son discours sur ces expériences de plaisir et de déplaisir dont le corps de l'enfant offrira les premiers signes. Pour Aulagnier, le corps demeure toujours un corps relationnel dans la mesure où le rapport au corps est toujours marqué de la réponse qu'il aura suscitée ou non de la part de ses objets. La genèse de la vie psychique de l'enfant est donc enracinée tant dans sa propre expérience corporelle que dans celle de sa mère puisque l'expérience corporelle de la mère va aussi influencer sa réponse au corps de son enfant. Le corps devient donc vite un corps relationnel en admettant qu'il ne le soit d'emblée. Même sur un plan physiologique, on sait que les corps se répondent. Notre

physiologie est influencée par la proximité du corps de l'autre et réciproquement, et ceci encore plus dans un lien aussi vital que celui qui unit la mère et son nourrisson.

Il y a aussi une autre notion qui est importante ici, c'est celle qui veut que la psyché soit un appareil à fabriquer du sens... Face à n'importe quel événement, la psyché est portée à élaborer un sens, à lui trouver une causalité intelligible, peu importe qu'il y ait effectivement ou non un lien de cause à effet, surtout si le corps est le lieu de cet événement. D'où, encore une fois, l'inévitable impact sur la psyché de ce qui arrive au corps.

**L. L. :** Je sais que dans un de vos textes, vous avez distingué le corps actuel des corps érogène et relationnel. C'est le corps actuel, le soma, qui est touché par la maladie, mais forcément la signification de cette dernière, bien qu'elle touche le soma, renvoie à la relation. Donc éventuellement la relation, c'est la rencontre avec un analyste, avec vous. Mais, déjà dans l'histoire du sujet, c'est un corps construit à l'intérieur de la relation avec la mère, avec les parents. Et c'est ça qui va se manifester. Cette construction-là du corps et comment elle se joue et se rejoue dans la relation à l'analyste.

**J. G. :** Oui, le rapport que la personne aura avec son corps ou avec l'événement somatique sera fortement coloré par la réponse que la mère aura eue dans le passé, dans l'histoire du patient. La façon de se relier à son propre corps, d'y réagir, de penser ce qui s'y passe va porter la marque de la relation avec les objets importants dans l'histoire du sujet. Et l'analyste, de son côté, va être autant sollicité par la demande de son patient malade, par la façon dont celui-ci pourra l'investir que par les résonances intimes que la maladie de son patient réveillera chez lui, en fonction de sa propre histoire. Mais, avant d'aller plus loin, un mot pour préciser que même si j'ai privilégié la réflexion sur l'impact de l'événement somatique sur la vie psychique, je ne vais toutefois pas jusqu'à écarter complètement la perspective de l'École de Paris, à savoir celle de l'impact de la vie psychique sur le somatique. Ainsi, dans certains cas, la pensée opératoire ou la dépression essentielle semblent avoir favorisé l'éclosion de l'accident somatique. Souvent par contre, c'est la survenue d'un accident somatique important, un cancer par exemple, qui va amener une sidération de l'appareil psychique. Il est sûr que si l'on rencontre des patients à la suite d'un diagnostic de cancer, on retrouve des gens avec un fonctionnement plus opératoire. La vie de ces gens est tellement bouleversée et ceci, si brusquement, qu'ils n'ont pas ce qu'on pourrait nommer « le luxe de déprimer ou le luxe d'associer ». La vie psychique qui paraissait plus riche auparavant s'est comme sidérée, aplatie, pour se réduire, initialement du moins, aux activités liées aux traitements, un fonctionnement très proche de la pensée opératoire décrite par Marty et de M'Uzan<sup>6</sup>, mais ici secondairement au diagnostic de cancer plutôt qu'à son origine. Il y a aussi dans cette réaction un élément défensif important.

Et c'est là que, souvent et assez rapidement, on observe l'émergence d'un travail psychique intense, un travail de liaison ou de quête de sens face à l'événement

somatique. Et c'est là qu'on voit aussi comment le corps est toujours relationnel. Après la phase de débordement de l'appareil psychique face au diagnostic de cancer, le corps est vécu chez certains patients comme victime de la malveillance d'autrui. On sait qu'il y a des civilisations où la survenue de la maladie est expliquée par un mauvais sort qui a été lancé contre la personne. Ici, des gens vont se plaindre tout d'un coup du personnel soignant, au-delà de ce qui peut être explicable par les ratés du système médico-hospitalier. On évoque la malveillance d'autrui ou des médecins, des médecins qui n'ont pas détecté le cancer à temps. Une telle attitude donne un sens à la catastrophe et aide aussi à protéger l'investissement du corps. Aulagnier appelle «la filiation persécutive<sup>7</sup>» cette façon de protéger l'investissement d'un corps source de souffrance. À la suite de la réflexion freudienne sur le moi-plaisir purifié, elle considère qu'on pourrait être porté à désinvestir le corps dans la mesure où il devient source de souffrance. Mais, en projetant à l'extérieur la source de la souffrance, sur un persécuteur extérieur au lieu d'un persécuteur interne, on préserve l'investissement ou une possibilité d'investissement du corps. Peut-être pour préserver le corps d'un «giving-up» ou d'un «given-up» qui, lui, pourrait accélérer la détérioration à la suite de l'installation du cancer, à l'instar de l'idée de désorganisation progressive de P. Marty, mais cette fois-ci dans un deuxième temps de la maladie cancéreuse.

Plus souvent encore qu'à la malveillance d'autrui, c'est à ses propres fautes que le patient va être porté à attribuer l'origine de sa maladie. C'est-à-dire que l'éclosion de la maladie ou de l'accident somatique sera vue comme la conséquence d'un manquement du patient à mener sa vie conformément à un idéal. Notre environnement culturel montre à quel point cette réaction est répandue. Pour s'en convaincre, on a juste à faire le tour des étagères de «Pop Psychology» où de nombreux ouvrages véhiculent cette idée qu'on est responsable de son cancer. Mais, avec le fantasme que si on a produit son propre cancer, il n'en tient qu'à soi-même de faire amende honorable et de faire disparaître ce cancer. On voit donc que, sous le fantasme de la responsabilité du sujet dans la survenue de son propre cancer, il y a aussi l'espoir qu'on puisse renverser le cours des choses en faisant amende honorable.

**L. L. :** Vous entendez ça dans la demande des gens ? Mon expérience est que parfois que les gens viennent justement pour identifier cette faute-là dans leur parcours, dans leur histoire, pour l'expier. Et puis, en même temps, j'ai l'impression que ça nous place, comme intervenant — si nous abondons dans le même sens —, dans une position qui devient moins analytique et qui est difficile à tenir parce que c'est comme si on nous demande de réparer, comme vous dites, une faute, un manquement. À la limite, on s'en va dans une logique médicale où l'on identifie la source d'un mal, on en parle et puis on le corrige et la personne peut continuer, peut-être se guérir d'un cancer ?

**J. G. :** Oui. Certaines demandes sont fondées sur la quête, bien compréhensible, d'une guérison relevant plus de la pensée magique que de ce qu'on peut généralement attendre d'une démarche analytique. Ainsi, on entendra parfois que

la psychanalyse constituerait le seul espoir de guérison d'un cancer ou d'une autre maladie grave. Je crois qu'on doit évidemment explorer au cas par cas ce que recouvre une telle demande. Il importe alors d'éviter le plus possible un trop grand malentendu entre les attentes plus concrètes de guérison chez le patient d'une part, et un travail analytique dont les visées correspondraient plus aux désirs de l'analyste que du patient d'autre part. Il faut donc éviter de se retrouver complice d'une manœuvre moins fondée sur une démarche de réappropriation de son histoire par le patient face à sa maladie que sur l'unique souhait d'enrayer l'évolution d'une maladie physique. Il y a aussi, du côté du patient, l'écueil consistant à recruter un conflit ou même à plus ou moins l'inventer, à la limite, afin de rendre compte de l'origine de la maladie physique. Le risque consiste ici à détourner le travail analytique d'autres enjeux plus vitaux pour le sujet. Il faut alors éviter, autant que possible, que l'histoire du sujet se réécrive autour de la maladie au lieu, justement, de favoriser l'inscription de cette maladie dans l'histoire du sujet. Par contre, il y a des gens chez qui un diagnostic va raviver des conflits présents depuis longtemps, conflits avec lesquels ils avaient assez bien réussi à composer jusque-là, comme si la réalisation plus aiguë de la finitude de leur existence avait rendu inacceptable l'accommodation qui avait prévalu auparavant. Une démarche analytique pourra alors d'emblée s'engager dans la perspective de mieux comprendre ce que la survenue de la maladie a mis en branle chez le sujet. Et tant mieux si cette démarche contribue à raviver la capacité de l'organisme à venir à bout de la maladie !

**L. L. :** Quand on cherche dans l'histoire, si ce n'est qu'un deuil, on va toujours en trouver un. Et vous ce que vous dites, c'est qu'il faut faire attention que ça ne devienne pas la faute, le souvenir ou l'événement qui viendrait expliquer la survenue d'une somatisation si grave et qui viendrait enfermer et l'élaboration du côté du patient et l'écoute du côté de l'analyste.

**J. G. :** Exactement. C'est comme si la maladie représentait l'aboutissement somatique quasi inéluctable d'une impasse dans l'histoire du sujet, que cet événement somatique venait presque justifier, dans l'après-coup, cette idée que l'histoire du sujet convergeait vers cet échec. Je suis très mal à l'aise avec cette idée. Parce que si on prenait des gens au hasard et qu'on les écoutait, un peu comme le contexte de nos rencontres nous permet de le faire avec les patients qui nous sont référés, on arriverait sans doute à mettre en évidence toutes sortes de deuils comme on peut parfois le faire chez nos patients cancéreux. C'est pourquoi je suis si réticent à établir un lien de causalité entre deuil et cancer d'autant plus que ce lien n'a jamais pu être confirmé par les nombreuses études sur ce sujet. En fait, attribuer l'événement somatique aux avatars de la vie psychique peut relever parfois de cette tendance à attribuer la maladie — et la mort — à une forme de manquement ou de faute comme je le mentionnais auparavant.

**L. L. :** Ce que vous dites, dans le fond, et ce que j'observe parfois dans la clinique, c'est que la survenue de la maladie, le moment actuel ou la gravité de la maladie peuvent parfois servir d'écran à des conflits et des impasses antérieurs. C'est

comme si l'histoire commençait au moment du diagnostic et, parfois, les patients parlent beaucoup de la maladie, du moment de la maladie, sans qu'on arrive à reconstituer l'histoire en amont. Alors vous dites qu'il est possible que l'identification d'un événement apparemment à l'origine de la maladie, par exemple si on pense qu'une faute a été commise, puisse aussi servir d'écran et bloquer tout autre travail. Donc, on irait parfois d'un écran à l'autre. Mais, vous ajoutez en même temps, et dites-moi si je comprends bien le sens de vos propos, que ces moments sont importants finalement. Que la quête de sens passe par la projection vers l'extérieur d'une malveillance ou d'un persécuteur, ou par une récupération où l'on a pu se créer soi-même son propre cancer, ce sont là de premières amorces d'élaboration. Après ça, des conflits autres peuvent venir, mais ces élaborations-là, qui peuvent paraître comme des obstacles ou des résistances, sont des moments, des chaînons intermédiaires importants sur le chemin de l'élaboration.

**J. G. :** Exactement. Des chaînons intermédiaires sur le chemin de l'élaboration, mais une position à dépasser si on veut éviter un enfermement dans une position masochiste. J'ai déjà eu l'occasion d'évoquer dans un texte cette patiente qui avait toujours craint l'éclosion d'un cancer. C'était un fantasme central de son histoire. Elle avait toujours craint qu'un cancer mette fin à sa vie. Mais, elle avait aussi constamment vécu avec l'impression de ne pas avoir le droit de vivre. Au moment du diagnostic d'un cancer, elle m'a fait le reproche que le travail analytique n'avait pu empêcher l'arrivée de ce cancer. Acquiescer à cette version des choses nous aurait cependant enfermés dans une histoire prédéterminée qui voulait justement que notre travail analytique, comme tout le reste de sa vie, soit un échec que le cancer viendrait consacrer. Alors qu'en fait, c'était un événement somatique qui donnait l'illusion de venir confirmer ses fantasmes antérieurs. Heureusement, j'en suis venu à comprendre que faire mien le fantasme de ma patiente aurait représenté un écueil contre-transférentiel majeur dans notre travail qui, justement, évoluait bien. Faire mien ce fantasme aurait ici contribué à invalider les progrès certains de cette patiente pour qui tout succès avait toujours été si culpabilisant, avait toujours comporté une dimension si menaçante. Nous nous serions alors retrouvés tous les deux avec une impression d'échec dans notre travail commun. Le cancer a représenté, bien sûr, un événement important de sa vie, mais d'une vie qui n'était plus conçue comme une longue histoire triste que le cancer devait terminer prématurément. Au contraire, cette histoire comprenait bien des événements, bien des facettes, dont le cancer, un événement grave à un moment donné. C'est comme si, au lieu que la vie soit contenue dans le cancer, c'est le cancer qui est resté contenu dans sa vie à elle. On voit que c'est un important renversement de perspective.

La survenue d'un événement comme un cancer ne peut rester sans répercussions dans la vie psychique du patient. L'analyste confronté au discours d'une personne atteinte d'un cancer ne peut pas non plus rester insensible. L'analyste peut se sentir parfois débordé par un sentiment d'impuissance devant la douleur et l'atteinte du corps de l'autre. On va même repérer dans les mouvements contre-

transférentiels que cela peut susciter chez l'analyste l'équivalent des différentes modalités transférentielles suscitées par l'apparition de la maladie chez le patient. On sera porté à fuir et à rencontrer moins souvent des patients hospitalisés, par exemple, avec des douleurs importantes. Parce qu'il est difficile de tolérer de ne pouvoir apporter qu'un peu de réconfort à un patient souffrant qu'on ne peut soulager. On peut être porté, à ce moment-là, à se réfugier derrière la théorie et même à faire un usage défensif et intempestif d'interprétations très loin du vécu du patient. C'est une autre façon de fuir le patient souffrant. Le corps souffrant de l'autre représentera parfois un agresseur pour le soignant à l'instar de ces patients attribuant leur mal à la malveillance d'autrui. Ce fantasme nous est parfois révélé par des phrases surprises au décours d'une conversation de corridor tel que : « Mon patient vient de me faire un infarctus ! ». On voit ici à quel point peut être juste la notion voulant qu'un événement somatique ait toujours une portée relationnelle. À la limite, si l'on est un tenant acharné de la psychogenèse, on pourrait être porté aussi à voir dans la maladie un agir transférentiel. Mais, je crois qu'il s'agirait alors d'une autre manifestation, contre-transférentielle ici, de cette tendance à en vouloir à l'autre qu'on est si impuissant à soulager. Comme le patient souffrant essaiera plus souvent d'expliquer la maladie par ses propres manquements, l'analyste aussi peut être porté à voir, dans la souffrance du corps de l'autre, l'indice de son propre échec. Cette tentation a été grande chez moi avec la patiente dont je parlais plus tôt. On retrouve là l'expression de la culpabilité de l'analyste devant son impuissance à changer le cours des choses.

Il existe aussi chez l'analyste la menace du désinvestissement de la théorie analytique. C'est toute la pensée analytique qu'on peut être alors porté à désinvestir. Mais, à l'inverse, on peut aussi trouver dans la rencontre avec son patient malade une source de stimulation à l'élaboration d'une pensée créatrice. Et l'autre menace de désinvestissement, c'est celle de la pratique avec des patients malades dans leur corps.

**L. L. :** Oui. Mais, dans ce contexte-là, qu'est-ce que l'analyste peut apporter au milieu hospitalier ?

**J. G. :** Je pense que face à de tels patients, le premier rôle qu'on peut souvent être appelé à jouer c'est celui d'un genre de réanimateur de ce qu'Aulagnier appelle le *pare-fantasme*<sup>8</sup>. Aulagnier entend par là l'ensemble des explications qu'une culture va se donner pour rendre compte de l'origine de la maladie. Explications permettant une certaine prise de distance vis-à-vis des fantasmes inévitablement recrutés par l'apparition de la maladie. Dans notre milieu, par exemple, c'est entre autres le discours médico-hospitalier sur la maladie. Face à des gens dont la psyché a été sidérée par le diagnostic d'un cancer, notre premier rôle consiste souvent à leur offrir des mots, un discours qui les rejoignent, qu'ils comprennent, sur ce qu'on comprend de l'événement somatique qui vient d'arriver. On tente de leur rendre utilisable le discours médico-hospitalier. Dans un premier temps du moins. On pourrait penser que le fait d'apporter de telles explications va à l'encontre d'un travail analytique, dans la mesure où cela permet d'éviter encore

plus la réémergence de la vie fantasmatique, mais ceci ne correspond pas à mes observations. Je crois que ce discours secondarisé fait partie aussi de la vie psychique, qu'il aide à lier l'angoisse face à la nouveauté traumatisante que représente l'atteinte somatique et qu'il favorise, ce faisant et dans un deuxième temps, une élaboration fantasmatique qui tient compte à la fois de la survenue de la maladie, mais aussi de l'histoire du sujet. Histoire sur laquelle toute cette élaboration fantasmatique va évidemment reposer.

Je pense que ce qui est fondamental dans le rôle de l'analyste, ici, c'est son écoute, puis sa disponibilité à entendre autre chose que le discours médico-hospitalier explicite, qui est peut-être fondamental dans un premier temps, mais il est tout aussi fondamental que l'analyste soit présent pour entendre autre chose... En début d'analyse, dans un autre contexte il est vrai, on voit souvent des patients commencer à apporter des rêves, alors qu'ils prétendaient ne pas s'en souvenir auparavant, parce que l'analyste manifeste son intérêt pour ce type de matériel. Le malade qui réalise que non seulement son discours explicite est investi mais aussi les lapsus, les rêves, tout ce qui se dit « en creux » va aussi porter plus d'attention à ces productions. Et cet investissement de la part de l'analyste contribuera à ranimer chez le patient une scène intérieure où la dimension psychique de l'expérience de la maladie peut s'élaborer. On sous-estime souvent l'importance de ce travail de l'analyste en milieu hospitalier.

L'analyste doit demeurer très prudent face à la tentation d'un acharnement thérapeutique qui s'avère, ici, un avatar du contre-transfert. Un acharnement thérapeutique peut devenir traumatique pour le patient. Je songe ici à une sur-interprétation ou une interprétation précoce pouvant équivaloir à une injection de sens. Ces interprétations trop éloignées de l'expérience du patient, relèvent probablement plus de la fureur thérapeutique ou d'une forme d'identification projective chez l'analyste en quête de sens face à son sentiment d'impuissance devant la rencontre avec un patient souffrant. Le contenu de l'identification projective de la part de l'analyste s'ajoute alors à ce que la psyché du patient doit déjà métaboliser du fait de l'atteinte somatique.

**L. L. :** Tantôt vous mentionniez, à propos des réactions contre-transférentielles, qu'un des dangers, consiste dans le désinvestissement du patient. Là, vous en pointez un autre, soit le sur-investissement du patient, où l'analyste veut en faire trop, veut injecter du sens ou un surplus de sens, ou construire un sens quasiment au corps défendant du patient. Et vous dites que c'est traumatique. Ce qui me frappe alors, c'est le parallèle entre la maladie intrusive, les traitements intrusifs et l'interprétation intrusive, par effraction, alors que l'analyste essaie pourtant de dégager une scène psychique de la scène médicale. À trop vouloir, il pourrait créer, comme sur le plan médical, une intrusion par effraction, il peut faire effraction avec une interprétation « forcée » qui risque d'agir alors comme un corps étranger dans la psyché de l'analysant.

**J. G. :** Exactement. Un corps étranger qui ne fait pas partie de la psyché du patient, mais lui est imposé, comme s'il ne suffisait pas d'avoir à composer avec

l'événement somatique. Et c'est pour ça qu'il faut être extrêmement prudent. Ce sont, au fond, des interprétations sauvages avec le risque en bout de ligne, de manquer l'occasion d'une rencontre plus authentique avec le patient. Ce que cela risque d'induire, c'est la rencontre de deux « faux self ». Rester au plus près de l'expérience du patient peut impliquer pour l'analyste le deuil d'une exploration plus poussée, plus conforme à un idéal analytique, s'il s'avérait justement que le patient parvienne à intégrer l'événement somatique dans la trame de son histoire d'une façon suffisamment bonne pour lui sans cette exploration plus poussée. Encore une fois, grâce, entre autres, à ce pare-fantasme constitué d'un amalgame entre ce qui est assimilable par le patient du discours médico-hospitalier, mais aussi de notions moins élaborées offertes par les médecines douces, par exemple. L'essentiel ici, c'est que le patient parvienne à arrimer sa propre expérience à ces discours afin d'être moins la proie de fantasmes plus archaïques.

**L. L. :** C'est important ce que vous ajoutez à la question du pare-fantasme qui vient protéger, peut-être momentanément, peut-être de façon suffisante, de fantasmes difficilement tolérables, de sorte que les personnes ne souhaitent pas entreprendre ou poursuivre une démarche psychothérapique. Mais, vous introduisez la notion du deuil de l'analyste face au fait que l'exploration n'ira pas plus loin. J'ai été frappé au début de ma pratique en oncologie par le peu de demandes chez les patients d'explorer leur histoire, d'élaborer plus en profondeur un récit de leur histoire alors que ces gens sont confrontés à un diagnostic terrible. En ce sens que parfois, au bout de quelques rencontres, les gens se sont remis sur pied et les défenses se sont rétablies et le bout de chemin qu'ils ont fait leur semble suffisant. Je pense que la notion que vous introduisez de pare-fantasme vient, en tout cas pour moi, expliquer comment des patients, malgré une maladie grave, peuvent être ou demeurer « contenus » et capable de continuer à affronter la maladie. L'autre chose aussi qui me frappait par rapport au pare-fantasme et au deuil de l'analyste, c'est que parfois les gens ont besoin de venir déposer une histoire. En tout cas, il arrive parfois que les gens viennent se raconter. Mais, justement j'ai l'impression qu'il faut être capable de pas trop plonger là-dedans, être capable d'écouter, de tolérer. Et je crois que souvent le fait de venir déposer leur histoire chez une personne qui est là, calme, capable écouter et de tolérer ce qui se dit, c'est suffisant. Ce n'est pas nécessairement une illustration du pare-fantasme, mais c'est comme si le fait de venir déposer une histoire en souffrance chez un intervenant, alors que l'on pourrait s'attendre à ce que ce soit le début d'un travail pour élaborer cette histoire, eh bien, les gens s'en contentent, ils continuent leur combat sans nous et souvent très bien. Je ne sais pas vous si c'est votre expérience aussi ?

**J. G. :** Mon expérience rejoint pleinement la vôtre. Ce qui s'avère très important pour nos patients, c'est de pouvoir déposer leur histoire telle qu'ils la vivent sans crainte de nous affecter, comme ils craignent parfois de le faire avec leurs proches. Les proches, on en n'a pas beaucoup parlé, mais ils sont constamment présents tant dans le discours des gens qu'on rencontre que dans ce dont il est question

entre nous aujourd'hui. Ils sont éminemment présents et font partie de l'histoire de nos patients. Mais, revenons à la brièveté des contacts avec beaucoup de nos patients à laquelle vous faisiez allusion.

Moi aussi, j'ai été frappé, à la limite déçu, par le peu de patients intéressés par une démarche analytique. C'est pour cela que je parlais d'un deuil à faire, chez l'analyste, de démarches analytiques plus prolongées. Pour beaucoup en effet, une ou deux rencontres suffisent pour les aider à composer avec l'événement somatique. Ils peuvent bien sûr être conscients du fait que leur histoire peut approcher de son terme à cause de l'importance de l'atteinte somatique, mais tout en conservant ce sentiment de continuité dans leur histoire qui n'est pas affectée par la survenue de l'événement somatique. Et je pense que ces gens-là justement n'ont pas besoin d'approfondir davantage les choses. Ils sont capables de garder non seulement l'impression d'une continuité dans leur histoire qui se poursuit, mais aussi leur capacité d'investir leurs proches et d'être investis par eux. Ils n'ont plus alors besoin de nous.

Par contre et comme je le mentionnais auparavant, il y a des gens qui, devant la maladie, ne toléreront plus des compromis dont ils s'accommodaient jusque-là. Ces gens, face à la perspective d'un décès rapproché, mais parfois aussi dans le contexte d'une maladie avec un excellent pronostic, décident de changer leur façon de vivre et d'aborder leur histoire autrement. Ils souhaitent alors entreprendre ou poursuivre un travail psychique rendu nécessaire par leur insatisfaction, et aborder à nouveau des deuils mal élaborés jusque-là.

**L. L. :** Dans vos écrits, vous mentionnez souvent cette idée, que la survenue de la maladie peut être un moment d'ouverture, de changement. Et que ça peut être l'occasion de reprendre une histoire qui est restée en souffrance. D'amorcer un travail psychique qui n'avait pas été fait à une certaine époque ou de reprendre un travail psychique qui était en veilleuse, comme si ce travail avait attendu la survenue d'un événement grave, pour être repris, élaboré et amené plus loin. C'est ça que vous dites, reprendre des deuils, reprendre des conflits anciens ?

**J. G. :** Oui, à une nuance près. Je ne pense pas que ces conflits « attendaient » l'événement, mais que vraiment la survenue de l'événement les a rendus inacceptables. J'ai rencontré à quelques reprises des patients rappelant la notion de « marché faustien » du Dr Paul Lefebvre, de culpabilité de survie, ou de culpabilité de vivre si les parents sont décédés précocement, de dépasser l'âge du décès des parents, par exemple<sup>9</sup>. On se rend compte alors que même si le pronostic est excellent, la personne se voit condamnée. Et là tout d'un coup ce qui apparaît, c'est que la personne s'est toujours sentie condamnée. Un peu à l'exemple de la patiente dont je vous parlais précédemment qui, dans un premier temps, s'est servie du diagnostic d'un cancer pour confirmer encore une fois qu'elle était née pour le malheur et que jamais quelque chose d'agréable ne pourrait arriver dans sa vie, qu'elle n'y avait pas droit. Sans doute la maladie fournit-elle aussi, paradoxalement, une voie de dégagement à plusieurs patients affligés d'une névrose d'échec. Comme si le patient peut enfin envisager une vie meilleure alors que la

transgression représentée par celle-ci est déjà punie par la maladie. Je suis un peu méfiant cependant vis-à-vis les formulations qui suggèrent qu'un problème psychique soit en attente d'un événement somatique, qu'il pourrait presque susciter à la limite, pour permettre la reprise de sa perlaboration. Je vois plus ça comme le hasard, le décours de la vie qui fait qu'à un moment donné les compromis ne sont plus acceptables. Et là, il peut y avoir l'amorce d'un travail plus gratifiant pour un analyste.

**L. L. :** J'avais en tête la phrase de Freud, dans le fameux chapitre VII de « L'interprétation des rêves<sup>10</sup> », qui veut que « l'inconscient se caractérise par la nécessité du transfert », et que le reste diurne présente un élément auquel les fantasmes inconscients peuvent s'accrocher. Je crois que parfois la maladie peut, tel un reste diurne, se présenter et puis, tout à coup... bon peut-être la formulation « d'être en attente » n'est pas la plus judicieuse... mais une histoire, des conflits en souffrance peuvent, un moment donné, trouver l'occasion de se manifester, de se réactualiser ou encore de se transférer sur la maladie. En tout cas, c'est peut-être la nuance que...

**J. G. :** J'aime bien la comparaison que vous établissez avec le reste diurne repris, dans l'après-coup et selon les nécessités de l'inconscient, dans la trame du rêve. Mais, vous avez senti ma réticence, ma méfiance vis-à-vis de la causalité psychique.

**L. L. :** Mais ce n'était pas dans une perspective de causalité psychique. Je me souviens d'une patiente qui a eu un diagnostic de cancer du sein et qui avait un deuil non fait de la mère. Pour elle, c'était certain qu'elle aurait le même destin que la mère, morte d'un cancer. C'était inscrit dans le ciel. Et effectivement, il y avait tout un écart entre sa conviction et son évolution somatique d'un point de vue médical ; elle prenait du mieux. Or, cette patiente avait même élaboré des plans suicidaires pour en finir, pour court-circuiter l'émergence de fantasmes inélaborables. Mais j'avais l'impression qu'il y avait cette identification à la mère, ce pacte-là chez elle, ce deuil non fait et que mourir si jeune d'un cancer du sein était de mourir comme la mère, d'être comme elle et d'aller la rejoindre. Et le travail a consisté à essayer de séparer leurs deux destins, d'élaborer la possibilité qu'elle puisse peut-être avoir un autre destin que celui de sa mère.

**J. G. :** C'est vrai que ce que vous décrivez diffère de la causalité psychique. J'ai rencontré moi aussi plusieurs patientes avec le même type de problématique et de conflit. Mais, ce qui est frappant dans l'histoire de votre patiente, c'est que si la maladie ne suffisait pas à la confirmer dans son destin funeste, elle avait songé à se faire elle-même l'instrument de ce destin à travers un geste suicidaire. Sous couvert de se protéger de l'évolution d'une maladie inadmissible, elle allait rejoindre sa mère tout en confirmant l'absence de son droit à exister, à survivre à la mère.

**L. L. :** Oui. McDougall a parlé d'un « corps pour deux<sup>11</sup> ». Et j'avais l'impression que, là, c'était un cancer pour deux, c'était une maladie pour deux, qu'il y avait des destins indissociables pour ces deux femmes. Ça pose également, pendant

qu'on parle de ces destins-là, la question de la part génétique de certains cancers. Là, on est hors causalité psychique. Cela a dû vous arriver. Moi, je me souviens d'une consultation avec une femme âgée de 30 ans, avec un cancer du sein, dont la mère avait eu un cancer du sein autour de 25 ans, qui était morte à un âge relativement jeune, et dont la grand-mère maternelle avait eu aussi un cancer, au début de la trentaine. On sent donc ici une part génétique très grande dans ce type de cancer du sein. Et je me dis, c'est tout un héritage à assumer. Mais, ça soulève la question de comment penser un destin autre que ceux de la mère et la grand-mère maternelle quand la part de la génétique est si omniprésente.

**J. G. :** Il y a là une histoire familiale qui pèse lourd sur la façon d'envisager sa destinée. La dimension génétique représente un genre de fatalité à laquelle une famille est soumise. Une fatalité d'abord rencontrée à travers tous ces deuils qui ont sans doute marqué le rapport établi par les parents au corps de leur enfant. Puis, cette enfant devenue adulte en voudra sûrement à ceux qui lui ont transmis cette tare tout en se haïssant elle-même d'en être aussi porteuse. Quelle position cette enfant devenue adulte prendra-t-elle ensuite face à cette transmission toujours possible de la tare à ses propres enfants. Enfin, comment admettre, sans culpabilité, de survivre à un destin familial qui a déjà fauché une partie de ses proches, mais dont on peut s'avérer épargné, sans explication ? Une telle situation peut évidemment susciter un travail psychique intense auquel certains préfèrent cependant se dérober.

**L. L. :** Oui. Si on parle de reprise d'un travail, ou de certains conflits ou deuils, mais qu'est-ce que vous diriez des blessures narcissiques ? Ce que j'observe parfois, c'est comment la maladie, vous l'avez écrit dans vos textes, est une blessure narcissique importante dans ce corps pris pour acquis et qui, tout à coup, est malade. Et comment parfois la maladie vient réveiller des blessures narcissiques importantes. Que ce soit, par exemple, en terme d'abandon ou de rupture de relations, d'une part, ou, d'autre part, de traumatismes ou d'abus sexuels. Comme si cette effraction-là du corps — la maladie — venait en évoquer d'autres en amont. Par exemple, des traumatismes sexuels où justement il y avait eu des effractions du corps. Je ne sais pas si vous avez noté ça dans votre pratique ?

**J. G. :** J'ai moins entendu ce type de récit de la part de mes patients. Mais, par contre, j'en ai rencontré pour qui l'annonce d'un cancer a provoqué un effondrement narcissique important ou est venue ramener à la surface le souvenir de tels effondrements. Situation évoquant ce que Winnicott a décrit dans son texte sur la peur de l'effondrement<sup>12</sup>. Une peur de quelque chose à venir, mais qui, en réalité, recouvrait une expérience passée et qui n'avait pu ni se dire ni s'élaborer. Je pense à un patient à la vie fantasmatique remarquablement riche, chez qui la survenue du cancer a représenté une rupture complète dans la continuité de son histoire. Malgré des tentatives désespérées d'investissement de différentes activités — et Dieu sait s'il a pu le faire avec l'énergie du désespoir —, il n'a jamais pu colmater cette coupure. Ce qui est devenu clair dans notre travail — et, dans ce cas-ci, il y a eu

un travail soutenu pendant une période de temps prolongée —, c'est qu'il s'agissait de la réminiscence d'une vieille blessure. Une vieille blessure que ce patient doté de tant de ressources avait depuis longtemps colmatée, blessure à nouveau ouverte à l'occasion du diagnostic, et ce, à tout jamais. Ça rappelle les lignes de clivage d'un diamant : on sait à quel point ce matériau est dur, mais il suffit de le frapper au bon endroit pour qu'il se fende. Dans ce cas-là, c'est comme si le cancer avait frappé un point de grande fragilité.

**L. L. :** Ça soulève la question de la régression, quand on tombe malade. Ce que vous dites, c'est que parfois des événements très archaïques peuvent monter à la surface dans des situations comme celles-là, puis faire effraction, quasiment comme un autre traumatisme pour la psyché, si je peux dire.

**J. G. :** Puisqu'on ne peut se représenter une mort qu'on n'a jamais connue subjectivement, on va recruter le souvenir de situations traumatiques antérieures, en mal de représentations, pour tenter paradoxalement de donner une représentation à cette mort dont l'issue paraît soudain plus rapprochée.

**L. L. :** Pour poursuivre notre entretien, quels bénéfices les patients peuvent-ils tirer d'une rencontre avec l'analyste à l'occasion d'une maladie somatique comme un cancer ?

**J. G. :** Il y a des patients, surtout quand leur appareil psychique est sidéré à l'annonce de la maladie, à qui, dans un premier temps, on donne surtout une aide pour s'y retrouver dans les méandres médico-hospitaliers ou ceux du discours médical face à ce qui leur arrive. Ce travail, si peu analytique en soi, joue néanmoins un rôle important dans la mesure où il favorise chez le patient une meilleure reprise de contact avec le cours de son histoire. Il est parfois frustrant pour l'analyste de voir son rôle réduit à cette dimension, mais c'est déjà beaucoup pour le patient.

Les patients sont, même à la suite d'une, deux ou trois entrevues, très heureux s'ils ont l'impression d'avoir eu l'occasion d'élaborer leur récit au-delà de ce qu'ils auraient pensé pouvoir faire. De pouvoir se raconter, au-delà de ce qu'ils croyaient pouvoir faire avec quelqu'un d'autre ; comme on le mentionnait auparavant dans la mesure où, avec l'analyste, existe moins le frein que constitue la peur de blesser l'autre. Je crois que les patients nous sont reconnaissants, même après un seul entretien, s'ils ont eu l'impression d'apprendre quelque chose, quelque chose de nouveau dans la mesure où notre écoute leur a fourni l'occasion de l'entendre. Quelque chose, par exemple, qu'ils savaient sans le savoir. Je pense à l'expression que Christopher Bollas utilise, dans « *The Shadow of the Object* » quand il parle de « *psychoanalysis of the unthought known* », le « *connu non pensé* » ou le « *su non pensé*<sup>13</sup> ». On en a tous eu l'expérience à un moment ou l'autre en analyse. Et les patients vont apprécier, lorsque la maladie est l'occasion d'une reprise de questionnement ou d'élaboration de conflits antérieurs, de trouver un lieu où une telle démarche a droit de cité.

**L. L. :** J'ai observé souvent cet effet de surprise. J'ai l'impression, parfois, qu'il y a un gain narcissique pour les gens. Tout à coup — après avoir été malmenés : il y

a les traitements, leur pensée est sidérée —, ils rencontrent quelqu'un qui leur permet de penser le «su non pensé» auquel vous faites référence en parlant de Bollas. Je pense que c'est narcissisant pour ces gens-là, alors que leur narcissisme vient justement d'être très malmené par la survenue de la maladie, par le corps qui fait défaut. Mais, je pense qu'il y a aussi un gain relationnel à être entendu, je dirais, au bon niveau. Parfois justement le «su non pensé», c'est qu'il y a des choses qui se disent entre les lignes et quand on arrive à les nommer ou à les pointer dans l'entrevue, les patients en sortent très soulagés, parce qu'ils ont été entendus au bon niveau, au niveau d'une souffrance. Je crois que c'est votre expérience également.

**J. G. :** Comme vous dites, c'est important de lire entre les lignes, entre les lignes d'un discours qui paraît coller au plus près à l'expérience d'une maladie, de la douleur dans le corps, de la confrontation au milieu hospitalier, etc. Mais, souvent ce à quoi on est sensible, ce qu'on écoute, c'est ce qui se passe «en filigrane» et qui est fondamental parce que c'est justement ce qui est le plus intime au sujet, ce qui révèle l'ancrage dans l'histoire de la personne. Et souvent, il y a des choses importantes qui sont en train de se vivre et qui font partie de la réappropriation par le sujet de l'expérience jusque-là traumatique de la maladie. Cette réappropriation se fait souvent d'abord à bas bruit. Et parfois, elle passe au premier plan justement parce qu'on s'y intéresse. On assiste alors à une relance d'enjeux fondamentaux dans leur vie. Pas n'importe quelle vie, mais bien leur vie. Vie marquée, à un moment donné, par la rencontre avec la maladie. Maladie qui peut rappeler une autre maladie, celle d'une personne significative dans leur vie ou celle dont ils ont eux-mêmes souffert dans le passé. Maladie évoquant toujours le genre de réponse reçue alors de l'entourage. Le corps, je l'ai déjà mentionné, ne peut pas être autrement que relationnel et constitue un genre de reliquaire de l'histoire des rapports aux objets.

**L. L. :** Et en ce qui concerne le personnel soignant ? Quelle est la fonction de l'analyste auprès de ce dernier ?

**J. G. :** Vous avez raison d'attirer mon attention sur cette dimension importante du travail hospitalier. Le personnel hospitalier, et tout particulièrement le personnel infirmier, développe une relation très intime avec les patients. Ce personnel parfois bousculé, malmené, a aussi un rôle de *holding* à jouer vis-à-vis des patients eux-mêmes malmenés par ce qui leur arrive. L'analyste doit assister le personnel infirmier dans sa fonction de «holder» ou de fournisseur de «holding» auprès des patients. Il arrive fréquemment que le comportement des patients soit difficilement compréhensible aux soignants. Et c'est justement le rôle de l'analyste d'aider le personnel à réaliser comment ce comportement s'inscrit dans une histoire, celle du patient... Le fait que ça prenne sens pour le personnel infirmier va faire en sorte de l'aider à être beaucoup plus en mesure de contenir ce qui arrive. Je songe ici à une patiente extrêmement angoissée avant une intervention chirurgicale supposément bénigne et dont les revendications exaspéraient le personnel infirmier. Le niveau de tolérance de l'équipe s'est accru de façon remarquable lorsqu'il lui est

devenu clair que cette attitude s'expliquait par l'identification de la patiente à son père décédé justement à la suite d'une intervention soi-disant bénigne. Au fond, le rôle de l'analyste consultant consiste d'abord à aider le personnel à contenir et tolérer les réactions inévitablement suscitées par la proximité de leurs patients malades, leur contre-transfert bien sûr ! D'abord et surtout les réactions de colère, de haine et d'exaspération, mais aussi d'impuissance et d'incompétence apparemment si éloignées des idéaux d'une profession d'aide. Il ne faut pas oublier ici l'importance des désirs de réparation de ses objets internes dans la détermination de telles vocations et que, là aussi, la confrontation au corps malade de l'autre demeure toujours riche d'évocations. Le contact assidu avec un analyste fera parfois en sorte que plusieurs membres d'une équipe parviendront à voir, dans ce qu'on appelle couramment le contre-transfert, un des indices les plus fins du sens que prend la maladie pour leurs patients et à utiliser cette compréhension dans leur façon de les approcher.

**L. L. :** Il y a un point sur lequel je veux vous questionner, c'est la question du refus de traitement qui parfois bouscule les équipes soignantes et nous bouscule comme intervenant, comme analyste. Parce que vous écrivez dans un de vos textes, et ça me paraît tellement fondamental, que l'écoute analytique avec ces gens est utile car elle peut favoriser le maintien d'une vie psychique même quand la vie somatique est désespérée et que la maladie annonce une issue fatale. Vous avez écrit qu'un des bénéfices d'une écoute ou d'un travail analytique, c'est d'aider la personne malade à garder une capacité d'investir de ce qui peut encore l'être, à son niveau. Ça peut être un projet à court terme, une rencontre avec une personne chère, un plaisir de la vie. Ça peut être des choses parfois très, très simples mais qui témoignent d'une capacité de rester ancré dans la vie malgré la lourdeur du poids somatique ou du pronostic très sombre. Quand il y a refus de traitement, ça vient souvent bousculer l'équipe soignante. Parfois, c'est quelqu'un qui refuse la chimiothérapie ou encore une sédation ou des analgésiques. Moi, je me souviens d'un patient, aux soins palliatifs, qu'on m'avait demandé de rencontrer parce qu'il avait refusé la médication et le patient m'avait expliqué : « Mais écoutez, il ne me reste plus rien dans la vie... on m'a opéré, etc. Maintenant, il me reste juste ça, ma douleur, c'est ce qui me permet de me sentir encore en vie, je ne veux pas de médication ». Mais, il heurtait l'équipe médicale quand il refusait de bien contrôler sa douleur. Comment réagissez-vous à ça, est-ce qu'un patient qui refuse les traitements et qui souhaite mourir signe l'échec d'un travail analytique ?

**J. G. :** Je ne crois pas. Mais, je pense qu'un refus de traitement invite toujours, dans la mesure du possible, à en comprendre le sens. Ce refus de traitement, encore là, ne peut faire autrement qu'avoir un sens relationnel... par rapport au personnel hospitalier, par rapport aux objets investis par le patient mais, d'abord et avant tout, par rapport au sens de la maladie et de la souffrance au regard de son histoire. Et en reprenant votre exemple, si la douleur s'avère la seule façon pour quelqu'un de se sentir vivant, et que c'est tolérable dans la mesure où ça entretient

ou préserve cette impression d'être encore en vie... pourquoi pas ? Mais ce refus de traitement peut être intolérable ou difficilement tolérable pour le personnel quand on n'en comprend pas le sens. Et là encore, le rôle de l'analyste consiste à tenter de resituer le sens d'un tel geste, non seulement pour le patient mais aussi pour les soignants qui l'entourent.

**L. L. :** Là je parlais d'analgésiques pour la douleur. À d'autres occasions, ce sont des refus de chimiothérapie. Parce que les gens disent justement, — vous l'expliquiez tantôt que la maladie les ramène parfois à la celle d'un parent — : « Moi j'ai vu mon père, ma mère, tellement souffrir de chimio... je n'en veux pas de traitement »... Bon, encore là, il y a un sens ; mais on est confronté à ça parfois... je sais pas si c'est un refus de vie ou en tout cas, un refus d'être traité.

**J. G. :** Oui. Et c'est sûr que pour l'analyste comme pour le personnel traitant, cela renvoie toujours à l'investissement de notre propre travail ou de la relation d'aide qui se rejoue avec chaque patient. Cela remet en question notre investissement professionnel et appelle à un travail de dégageant des deuils qu'on essaie souvent d'élaborer à travers cet engagement professionnel dans une relation d'aide. Le deuil, comme je vous l'ai déjà mentionné ailleurs, ou de parents ou de proches qu'on n'a pas pu soigner comme on l'aurait voulu, ou d'un besoin de réparation qu'on n'arrive pas à combler ; on peut être interpellé de façon très prenante, dans certains cas, par un refus de traitement et aller jusqu'à un désinvestissement complet du travail avec le patient.

Il y a des refus de traitement qui relèvent plus du registre névrotique que d'autres. Des refus de traitement qui répondent plus à un passé toujours présent, à la névrose infantile, qu'aux enjeux plus concrets, plus « actuels » de la maladie, si on peut parler ainsi. Encore là, il faut voir si cette conflictualité est abordable dans une démarche d'orientation analytique, si l'ouverture et le désir pour le faire subsistent. On verra par la suite si le refus de traitement se maintient lorsque les assises inconscientes de ce refus auront pu être abordées. Quitte ensuite à ce que le patient, parce que c'est toujours lui qui a le dernier mot dans cette situation, décide de maintenir ou non son refus de traitement.

**L. L. :** Dites-moi, ça fait combien d'années que vous pratiquez en oncologie en milieu hospitalier ?

**J. G. :** Ça fait dix-huit ans.

**L. L. :** Dix-huit ans. Comment demeurer un analyste vivant, créatif dans ce contexte ? Dans le contexte de la mort, du corps malade, et de tous les deuils que l'analyste doit faire face à son travail, mais aussi les deuils liés à la perte de ses patients puisque plusieurs décèdent en raison de l'évolution de la maladie. Comment demeurer vivant et créatif dans ce contexte de travail, dans votre contact avec ces gens-là ?

**J. G. :** Je pense que la première chose, c'est de limiter le débordement quantitatif dans le travail. Il faut avoir des temps pour se retrouver soi-même si l'on veut préserver cette capacité de trouver autrui, de le rencontrer dans ce travail. Autrement, on risque d'en venir à faire les choses machinalement, à ne plus avoir

ni le temps ni la disponibilité pour laisser place à ce que chaque rencontre comporte d'unique. Autant ces moments de solitude sont précieux, autant importe aussi un arrimage à la communauté analytique, à un groupe de collègues. Et je pense ici plus immédiatement à mon groupe de collègues du département de consultation-liaison de l'hôpital Saint-Luc, puis, de façon plus élargie, aux analystes avec qui j'ai des contacts. C'est le partage avec des collègues, qui contribue à relancer une pensée à risque de se scléroser lorsque la tâche se fait trop répétitive. J'ai parlé d'abord de débordement quantitatif, mais votre question abordait plutôt ce qui relèverait d'un débordement qualitatif face à ce qui afflige le corps de l'autre. Et c'est le repli défensif qui guette l'analyste devant tant de patients malades, qui risque sans doute le plus de rendre le travail répétitif, machinal. Il arrive que la détresse du patient souffrant n'ébranle plus le psychanalyste parce qu'il n'y a plus d'analyste à l'écoute. Il n'y a plus d'analyste à l'écoute de ce qui peut surgir de nouveau et se dire dans la rencontre avec son patient. Et c'est face à cette menace que la rencontre avec les collègues prend toute sa valeur de « garde-fou ». Rencontre qui permet, par le décentrement, le « désaisissement » de l'appareil psychique de l'analyste, quelque peu sidéré par moments, de retrouver du nouveau chez soi comme dans l'autre. Au fond, c'est ça rester vivant pour un analyste ! J'ai eu la chance de toujours pratiquer mon métier en milieu d'enseignement. La fréquentation des résidents qui nous sont assignés est toujours stimulante, d'autant plus que plusieurs demeurent très intéressés par une approche analytique. Leur questionnement nous donne l'occasion de porter un regard neuf sur notre travail, à reconsidérer ce qui serait parfois devenu, autrement, des habitudes. Ça aide à rester jeune !

**L. L. :** Je voulais ajouter, et vous allez sûrement le confirmer, que même si les gens ont un diagnostic grave, même si parfois la mort est au rendez-vous, il y a beaucoup de rencontres qui sont marquées du sceau de la vie. Malgré le spectre de la mort, il y a souvent des rencontres très stimulantes, très enrichissantes... vraiment du côté de la vie, justement peut-être parce que la mort est là.

**J. G. :** Ah oui !... Jamais je n'oublierai cette patiente que je saluais avant le congé de la fin de semaine. Nous savions tous deux que nous ne nous reverrions plus, que la mort arrivait, maintenant que la patiente était parvenue à résoudre une situation familiale difficile qui la retenait encore en vie quelques jours auparavant. Je crois que notre travail avait contribué à rendre possible le dénouement de l'impasse familiale qui l'angoissait. Nous savions aussi tous deux que l'autre savait. Rarement rencontre avait été aussi intense qu'en ce bref moment de nos dernières salutations. Je ne l'oublierai jamais.

**L. L. :** Dites-moi, est-ce qu'il y a des sujets dont on n'a pas parlé et que vous aimeriez aborder avant de conclure notre entrevue ?

**J. G. :** Oui. Il y a une formulation de Freud qu'on a souvent traduite par « Là où le ça était, le je ou le moi doit advenir ». Je pense qu'avec le type de patients qu'on rencontre en oncologie, il faudrait dire que « Là où ça survient, le moi ou le je doit

continuer à advenir, doit continuer à vivre ». Je pense que ça nous est sans cesse rappelé par les patients gravement malades qu'on rencontre.

louis lepage  
centre de santé et de services sociaux de laval-  
-cité de la santé de laval  
1755, boul. rené-laennec  
laval  
qc h7m 3l9  
louis.lepage@internet.uqam.ca

*Révision linguistique : hélène richard*

---

## Notes

1. Duparc, F., éd, 1998, *L'art du psychanalyste. Autour de l'œuvre de Michel de M'Uzan*, Lausanne, Delachaux et Niestlé.
2. La consultation-liaison désigne le travail du psychiatre consultant auprès de malades hospitalisés dans les départements de médecine et de chirurgie, surtout lorsque ce psychiatre est spécifiquement intégré aux équipes médicales.
3. Fortier C., 1988, À propos de l'École de Paris : quelques repères pour la consultation psychosomatique, *Santé mentale au Québec*, vol. 13, 18-33.
4. Marty P., 1985, *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot.
5. Aulagnier P., 1986, Naissance d'un corps, origine d'une histoire, in *Corps et histoire*, Paris, Les Belles Lettres », 99-141.
6. Marty, P., de M'Uzan, M., 1963, La pensée opératoire, *Revue française de psychanalyse*, T. XXVII, no spécial, 345-356.
7. Aulagnier P., 1980, La « filiation » persécutive, *Psychanalyse à l'université*, n° 18, 213-223.
8. Aulagnier P., 1986, Naissance d'un corps, origine d'une histoire, in *Corps et histoire*, Paris, Les Belles Lettres », 99-141.
9. Lefebvre P., 1990, Psychanalyse d'une patiente atteinte de rectocolite hémorragique, *Revue française de psychanalyse*, T. LIV, n° 3, 809-825.
10. Freud, S. 1900, *L'interprétation des rêves*, Paris, Presses Universitaires de France, 1967.
11. McDougall, J., 1989, Un corps pour deux, in McDougall, J., *Théâtres du corps*, Paris, Gallimard, 179-204.
12. Winnicott, D.W., 1975, La crainte de l'effondrement, *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 11, 35-44.
13. Bollas C., 1987, *The Shadow of the Object*, New York, Columbia University Press.

---

## Bibliographie des publications de Jacques Gauthier

- Gauthier, J., 1992, Quand le corps fait des histoires, in Beaudry, J., Pelletier, R. et Van Gijsegem, H., éd, *Le corps en psychanalyse*, Montréal, Édition du Méridien, 113-129.
- Gauthier, J., 1994, Corps en souffrance et quête de sens, in Bessette, L., éd, *Le processus de guérison : par-delà la souffrance ou la mort*, Beauport, Publications MNH, 43-48.

- Gauthier, J., 1995, Deuil et somatisation, in Bessette, L., éd, *Le deuil comme processus de guérison*, Beauport, Publications MNH, 111-116.
- Gauthier, J., 1998-1999, L'analyste : mode d'emploi, *Trans*, n° 10, 91-103.
- Gauthier, J., 2000, Psychosomatique et pureté, *Revue française de psychanalyse*, T. LXIV, n° 5, 1799-1804.
- Gauthier, J., 2002, Une clinique de l'effraction, Participation à la table ronde : *Le psychanalyste hors-cadre : peut-on être analyste en milieu non analytique et à quel prix ?*, Conférences Françoise-Boulangier de la Société psychanalytique de Montréal, 21 novembre 2002.