

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix-Travail-Patrie

\*\*\*\*\*

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES ET  
ÉDUCATIVES

\*\*\*\*\*

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES ET  
SOCIALES

\*\*\*\*\*



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

RESEARCH CENTER FOR  
DOCTORAL FORMATION IN  
HUMAN AND EDUCATIVE  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

RESEARCH UNIT FOR  
DOCTORAL FORMATION IN  
HUMAN AND SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

**VÉCU POST-OPÉRATOIRE ET CAPACITÉ DE MENTALISATION CHEZ LA  
JEUNE FEMME CAMEROUNAISE ATTEINTE DE CANCER DU SEIN.**

**Mémoire rédigé et soutenu le 26/07/2023 en vue de l'obtention du Diplôme de Master en  
Psychologie**

Spécialité : Psychopathologie et Clinique

Par

***NJIAWOOU MOUNDEN Mohamed Najibou***

*Titulaire d'une Licence en Psychologie*

Membres du jury

**Président : MVESSOMBA Edouard Adrien (Pr UY1)**

**Rapporteur : MGBWA Vandelin (Pr UY1)**

**Membre : ONDOUA Laura (CC UY1)**



# SOMMAIRE

<u>DÉDICACE</u> .....	i
<u>REMERCIEMENTS</u> .....	iii
<u>RÉSUMÉ</u> .....	iv
<u>ABSTRACT</u> .....	vi
<u>LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET SYMBOLES</u> .....	vi
<u>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE</u> .....	viii
<u>LISTE DES ANNEXES</u> .....	ix
<u>0. INTRODUCTION GENERALE</u> .....	1
<u>PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE</u> .....	17
<u>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE PSYCHOPATHOLOGIQUE ONCOLOGIQUE</u> .....	18
<u>CHAPITRE 2 : PROCESSUS DE MENTALISATION ET REPRISE DU MOI-CORPS</u> .....	34
<u>PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE</u> .....	58
<u>CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE</u> .....	59
<u>PARTIE 3 : CADRE OPERATOIRE DE L'ÉTUDE</u> .....	78
<u>CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNEES</u> .....	79
<u>CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES THÉORIQUES</u> .....	107
<u>CONCLUSION GÉNÉRALE</u> .....	121
<u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u> .....	130
<u>ANNEXES</u> .....	138
<u>TABLE DE MATIERES</u> .....	161

## DEDICACE

À

*Rihana et Zakari MOUNDEN, mes parents*

## REMERCIEMENTS

La rédaction de ce mémoire n'aurait pas pu arriver à son terme sans la volonté et l'intérêt constant de notre directeur de mémoire le Professeur MGBWA Vandelin, qui a accepté de diriger ce mémoire. Il s'est toujours rendu disponible pour écouter nos points de vue et nous accompagner tout au long de la réalisation de ce travail malgré ses multiples occupations.

Nous exprimons aussi notre gratitude à l'endroit du Professeur EBALE MONEZE Chandel, Chef de Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé 1 qui nous a donné le goût de la recherche durant notre initiation en la matière à travers l'intérêt qu'il accorde à la coordination des recherches et surtout pour l'encadrement pendant notre cycle de Master. Nous exprimons notre reconnaissance à l'endroit de l'équipe enseignante du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé 1 de nous avoir offert un cadre intellectuel propice pour la réalisation de cette œuvre.

De façon particulière, nous tenons à remercier le Professeur DOM Paul, président de l'ONG SOCHIMIO qui a fourni le cadre pour la collecte des données de l'étude, véritables noyaux de ce travail. Nous tenons très spécifiquement à exprimer notre reconnaissance à ces jeunes femmes, qui ont participé à cette étude par leur collaboration.

Nous remercions les amis, camarades et aînés académiques notamment : Josué Ngnombouowo, Alain, Simon-pierre, Ousmane, Aristide, Bayemi, Mbolé, Appolinaire, EFFA, Njikam, Sissako, AWONO, Marie-Noelle, MOUTONI, MACHETOUM, Hortense, Mabelle, Evelyne, Youchoute, Fosso, Somi, Gwe, DONFACK, MAKANI, MOUCHIGAM, Njoya, Longa, BOBO Oumarou, Odilon etc., qui à travers leurs multiples questions, remarques et suggestions ont alimentées, enrichies et contribuées à améliorer ce travail.

Nous pensons aussi à la famille MBEMPEME-NAHRIÉ-NJIAWOUO, MOUAFON Salihou, MICHERIN Daouda, NSANGO Zakari, NAH NJOUHPOUO, NJOYA et tous les membres de la famille NCHARE Idriss qui n'ont cessé de nous soutenir financièrement et nous encourager à ne pas abandonner.

## RÉSUMÉ

Le présent mémoire a pour titre « *Vécu post-opératoire et capacité de mentalisation chez la jeune femme camerounaise atteinte de cancer du sein* ». L'ablation du sein est souvent vécue comme une catastrophe pour la femme car, elle entraîne la perte d'une partie du corps impliquant la déstabilisation du schéma et de l'image corporelle (Dolto, 1984). Toute chose qui d'après Pucheu (2004) est potentiellement désorganisateur. Or, nous avons observé (au travers du Rorschach) que malgré cette perte le psychisme active des mécanismes pour sa réorganisation. D'où l'hypothèse selon laquelle le vécu post-opératoire retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme camerounaise atteinte de cancer du sein à travers le blocage de la fonction de l'environnement, de présence au monde et d'amour et de la relation à autrui. Cette étude s'est adressée à deux jeunes femmes atteintes de cancer du sein sélectionnées à l'ONG SOCHIMIO de Yaoundé grâce au test d'auto-évaluation du niveau de stress extrait de Melgosan (1999, p. 156-161) qui indiquait chez elles des niveaux de stress significatifs. Les données ont été collectées à partir de l'entretien clinique de recherche et du test de Rorschach. Les principaux résultats obtenus sont les suivants : Pour HR1, il y a blocage de fonction de l'environnement qui s'exprime au Rorschach d'une part par la forte fréquence de F+% associé à un faible H% et d'autre part par la faible fréquence de F+% associé à un faible H%. Pour HR2, il y a blocage de la fonction de présence au monde qui se voit à travers la rareté des banalités dans les discours et l'absence des contenus humains (H). Pour HR3, il y a blocage de la fonction d'amour et de la relation à autrui visible à travers le faible nombre de contenu humain mais d'un grand nombre de contenu animal (A). Ces résultats accordent une pertinence clinique à l'hypothèse de départ avec le blocage de présence au monde et le blocage d'amour et de la relation à autrui qui apparaissent comme les variables les plus lourdes de cette recherche.

**Mots clés :** Vécu post-opératoire, mentalisation, cancer du sein, effraction corporelle, image du corps.

## ABSTRACT

This memoir is entitled "Post-operative experience and mentalization capacity in young Cameroonian women with breast cancer". The removal of the breast is often experienced as a disaster for the woman because it leads to the loss of a part of the body involving the destabilization of schema and body image (Dolto, 1984). However, we have observed (through the Rorschach) that despite this loss the psyche activates mechanisms for its reorganization. Hence the hypothesis according to which the post-operative experience through the blocking of the function of the environment, of presence in the world and of love and of the relationship with others affects the capacity for mentalization in the young Cameroonian woman suffering from breast cancer. This study was addressed to two young women suffering from breast cancer selected at the NGO SOCHIMIO of Yaoundé thanks to the self-assessment test of the level of stress extracted from Melgosan (1999, p. 156-161) which indicated in them experience significant levels of stress. Data were collected from the clinical interview and the Rorschach test. The main results obtained are as follows: For HR1, there is blocking of the environment function which is expressed in Rorschach on the one hand by the high frequency of F+% associated with a low H% and on the other hand by the low frequency of F+% associated with a low H%. For HR2, there is blocking of the function of presence in the world which is seen through the rarity of banalities in the speeches and the absence of human content (H). For HR3, there is a blockage of the function of love and of the relationship with others visible through the low number of human content but a large number of animal content (A). These results give clinical relevance to the initial hypothesis with the blocking of presence in the world and the blocking of love and the relationship with others which appear to be the heaviest variables of this research.

**Keywords:** Post-operative experience, mentalization, breast cancer, bodily effraction, body image.

## LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET SYMBOLES

- **A** : Animal.
- **A** : (animal) **Ad** : (partie d'un animal) : interprétation nommant un animal ou une partie d'un animal.
- **Anat** : Anatomie.
- **AV. J-C** : Avant Jésus christ.
- **Ban** : Banalité, interprétation donnée identiquement par quelques sujets pour la même tache ou la partie de tâche.
- **∑C** : Total des interprétations-couleur en comptant 1 ½ point pour 1 point pour CF et ½ point pour FC.
- **C** : Interprétation déterminée uniquement par la couleur vive.
- **Clob** : Interprétation clair-obscur diffus.
- **Coarté** : Type de résonance intime ne contenant ni interprétations kinesthésiques, ni interprétations couleurs.
- **CNLCA** : Comité national de lutte contre le cancer.
- **D** : Interprétation d'une partie de la tache fréquemment interprétée.
- **Dbl** : Interprétation d'une partie du fond blanc.
- **Dd** : Interprétation d'une partie de la tache ou d'une partie rarement interprétée.
- **DG** : Interprétation globale au départ d'un D, Dd ou d'un Dbl.
- **Do** : Interprétation d'une partie de la tache par la projection d'un fragment d'un contenu couramment projeté dans cette tache ou l'une de ses parties.
- **D** : Détails.
- **Dbl** : Détails dans le blanc.
- **Dd** : Détails simples.
- **DSM** : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.
- **ESPT** : Etat du stress post-traumatique.
- **EF** : École Française.
- **EPP** : École Psychanalytique de Paris.
- **Extratensivité** : Terme employé par Rorschach pour exprimer qualitativement, quantitativement la réactivité affective immédiate. Elle mesure l'instabilité affective.
- **F** : Interprétation déterminée uniquement par la forme de la tâche. On distingue F+, F- et F+/-.
- **F%** : Pourcentage de la somme de toute les (F+, F-, F+/-) par rapport au nombre total des interprétations.
- **FC** : Interprétation déterminée par la forme (F+) par rapport au nombre total des interprétations- forme.
- **FClob** : Interprétation déterminée par la forme secondairement par le caractère sombre de la tâche.
- **G** : Globalité.
- **H** : Humain.
- **Hd** : Interprétation d'une partie d'un corps humain.

- **K** : (kinesthésie humaine) : Interprétation déterminée par l'évocation d'un engramme kinesthésique.
- **K%** : Interprétation d'un objet en mouvement.
- **Obj** : Objet.
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé.
- **PO** : Pensée opératoire.
- **TNM** : Taille, envahissement des ganglions et métastases.
- **TRI** : Type de résonance intime.
- **TSPT** : Trouble du stress post-traumatique.

## **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE**

Figure 1 : Schéma métaphorique de l'effraction traumatique.....	26
---	----

## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Autorisation des collectes de données .....	138
Annexe 2 : Formulaire de consentement .....	139
Annexe 3 : Test d'auto-évaluation du stress post-traumatique.....	141
Annexe 4 : Les entretiens .....	153

## **0. INTRODUCTION GENERALE**

## 0.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Le cancer, sous toutes ses typologies, demeure la deuxième cause de décès dans le monde. En 2015, 8,8 millions de personnes en ont été victimes, ce qui représente un décès sur six (données OMS, 2017). Les cancers figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde. En 2012, on comptait approximativement 14 millions de nouveaux cas et ceux-ci devraient augmenter de 70 % au cours des deux prochaines décennies (OMS, 2017).

Parmi l'ensemble des cancers, le cancer du sein reste le plus prévalent à l'échelle mondiale et constitue la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les femmes (OMS, 2013). L'Organisation mondiale de la Santé (2013) affirme que 1,7 million de femmes reçoivent un diagnostic de cancer du sein chaque année et, en 2012, 6,3 millions de femmes vivaient avec un cancer du sein diagnostiqué au cours des cinq années précédentes, soit entre 2007 et 2012 (Organisation Mondiale de la Santé, 2013).

Au Canada, une femme sur neuf risque de développer un cancer du sein au cours de sa vie (Société canadienne du cancer, 2017). En 2016, 25 700 Canadiennes ont reçu un diagnostic de cancer du sein, ce qui représente près de 26 % de tous les nouveaux cas de cancer chez les femmes (Société canadienne du cancer, 2017). Chez les Québécoises, le cancer du sein est le type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué (Statistique Canada, 2015). En 2016, la Fondation du cancer du sein du Québec affirmait que 6 100 femmes avaient reçu un diagnostic de cancer du sein au cours de la même année.

Dans les pays en développement où plus de la moitié de 20 millions de personnes touchées y vivent, le cancer est responsable de 5 à 10% des décès. Les principaux facteurs de risque sont : les agents infectieux notamment le VIH ; le virus de l'hépatite B et le papillomavirus ; le tabagisme ; l'abus d'alcool ; l'obésité due à une alimentation déséquilibrée ; le manque d'activité physique ; la pollution environnementale et ; le vieillissement de la population. Quarante-trois pourcents (43%) des décès par cancer sont associés aux cinq premiers facteurs de risque suscités (OMS, 2012).

En Afrique, l'on note une variabilité régionale. Par exemple, l'on évoque un taux de 16% au Togo et au Sénégal, de 10% en République Sud-Africaine et de 4% au Kenya. Au Cameroun par contre, en 1992, le cancer du sein occupait le second rang dans l'étude de Mbakop et al ; après celui du col, de la peau et du foie. En outre, selon Enow et al., ; Globocan (2012), au sein de la population de Yaoundé, le cancer du sein était classé comme le cancer le plus fréquent de la femme (18,5% ; le cancer du col de l'utérus, 13,8% ; les

lymphomes malins, 11,9% ; le cancer de la prostate, 7,3% ; le sarcome de kaposi, 6,9% ; le cancer du foie, 2,9% et le cancer colorectal, 2,9%) avec les taux bruts d'incidence et standardisé sur l'âge respectivement de 25.89 et 35.25.

Selon les dernières données mondiales sur le cancer (Globocan, 2020) publiées par l'OMS, le cancer du sein reste-t-il donc le plus fréquent au Cameroun avec près de 2000 décès annuels car, en 2020, le nombre de nouveaux cas de cette pathologie est estimé à 4 170 (34%). L'état des lieux de la prise en charge du cancer aujourd'hui révèle une offre de soins assez limitée. A ces contraintes s'ajoutent un accès difficile aux médicaments anticancéreux, une faible disponibilité des spécialistes de prise en charge du cancer, le cout élevé des traitements et l'insuffisance du plateau technique et des infrastructures.

Au Cameroun, la plupart des patients atteints du cancer du sein (une pathologie qui touche aussi les hommes même si les cas sont rares) arrivent tard dans les formations sanitaires, c'est-à-dire à un stade avancé de la maladie. A tel enseigne que les soins qu'on leur propose pour traitements se révèlent simples palliatifs. Ne pouvant alors qu'améliorer la qualité leur vie ainsi que leur confort (CNLCA, 2021).

Le cancer du sein connaît une forte augmentation ces dernières années (passant de la 2ème à la 1ère place en 10 ans). Ce qui signifie que, toutes les mesures prise pour lutter contre cette maladie (dépistage gratuite presque tous les ans ; les journées mondiales de lutte contre le cancer, notamment au mois d'Octobre ; le développement des outils thérapeutiques, notamment le plan stratégique national de prévention et de lutte contre le cancer initié par la CNLCA ; la prise en charge à l'état précoce et à l'état avancé, etc.), n'ont pas encore porté de fruits car les chiffres ou la fréquence de cancer du sein demeure alarmants.

Pour Razali (2018, p. 4), la notion de « cancer du sein » relève d'une nomenclature générique faisant référence à tout un ensemble de proliférations néoplasiques de la glande mammaire différant tant du point de vue histologique qu'en ce qui concerne leur comportement évolutif. Le terme « cancer du sein » désigne les tumeurs malignes potentiellement agressives du sein tandis que celui de « tumeur du sein » désigne à la fois les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes. Ce qui veut dire que le « cancer » est différent de la « tumeur » en ce sens qu'il fait dégringoler de la vie vers les ténèbres (Deschamps, 1997).

Mignonac (2011, p. 4-5) souligne qu'un cancer du sein non identifié reste non traité, et par conséquent, entraîne souvent des évolutions des cellules tumorales vers les organes voisins (extension locale puis régionale) notamment la voie sanguine ou lymphatique (extension générale) pour atteindre les organes situés à distances (métastases). Les organes

fréquemment atteints par les métastases sont les os, les poumons, le foie et le cerveau. Ainsi selon lui, le diagnostic de cancer du sein à l'état précoce est complexe voire impossible à réaliser car à ce stade 0 (de la classification TNM), le cancer du sein ne présente aucun symptôme.

En revanche, la seule manifestation clinique essentielle à ce stade peut être l'apparition d'un nodule dans le sein ou un écoulement du mamelon, en particulier s'il est sanglant ou noirâtre, ou encore une déformation du sein, une augmentation de son volume, une rétraction du mamelon, un aspect eczémateux du mamelon devenant rouge, crouteux ou érodé et l'apparition d'une fossette ou ride à la surface du sein. Toutefois, une douleur du sein constitue rarement le point d'appel d'un cancer du sein. De tels symptômes ne sont pas toujours synonymes de cancer car ils peuvent correspondre à une pathologie bénigne. Ceci dit, le diagnostic de cancer du sein demeure plus sûr lorsque la tumeur s'étend vers les organes éloignés ou ganglions lymphatiques voisins (Mignonac, 2011, p. 7). Autrement dit, on parle de cancer du sein lorsqu'il y'a métastase faisant de lui une effraction organique difficile à traiter, une maladie chronique.

Tout comme beaucoup des maladies chroniques, le cancer du sein tel le VIH/SIDA, le diabète et l'hypertension artérielle a eu depuis l'apparition des premiers cas en 3000 av. J-C des conséquences sociodémographiques et sanitaires qui sont terribles et dévastatrices. Il s'agit d'une pandémie dont l'impact reste considérable dans notre société actuelle. Comme conséquence sociodémographiques, certaines femmes âgées entre 30 et 40 ans ont une ménopause précoce, ainsi que des difficultés liées à l'infertilité (Fitch et al., 2008 ; Kurowecki & Fergus, 2014). L'espérance de vie diminuée, les espoirs maternels sont anéantis.

S'agissant des conséquences sanitaires, le cancer du sein dégrade progressivement la santé de l'individu dans son intégralité, c'est-à-dire dans le domaine social, psychologique et physiologique. D'abord, au niveau physiologique, Choi et *al.*, (2014), notent que les conséquences physiques des femmes atteintes de cancer du sein sont : une perte ou un gain de poids, ou encore la perte de leurs cheveux. À la suite, la réaction concernant une possible perte du sein a des conséquences psychosociales juste parce que le diagnostic de malignité signifie la mort (Gaudreameault, 1995, p.2). Dans cette optique, Gaudreameault (1995) évoque quatre domaines de la vie que le cancer du sein attaque :

- l'estime de soi. Il entend par estime de soi « *la somme totale de tout ce qu'une personne perçoit d'elle-même* ». Pour lui, sur « *un grand nombre de patientes, la maladie et ses conséquences directes ont une influence négative sur la perception de l'estime de soi* » (Gaudreameault., 1995, p.4).

- la satisfaction sexuelle. Il s'agit des problèmes sexuels et de baisse d'intérêt sexuel.
- la satisfaction professionnelle où les femmes mastectomisées ont des difficultés à retourner au travail.
- les relations sociales où ces femmes s'isolent et n'ont même plus d'activités sociales.

Ce qui revient à dire qu'au niveau social, le cancer du sein contraint les femmes à réorganiser leurs occupations en attachant une moins grande importance à leur emploi (Gaudreameault, 1995 ; Maunsell et *al.*, 1999 ; Maunsell et *al.*, 2004). Selon Boucher & Beauregard (2010), on observe une baisse du taux moyen d'emploi pour les personnes atteintes de cancer à la suite du diagnostic. Dans son étude, Charmaz (1983), constate que « *la personne atteinte de cancer du sein n'est plus capable de performer à son travail, à la maison ou durant les heures de loisirs comme auparavant et ceci entraîne un déclin des contacts sociaux* ».

Au niveau psychologique uniquement, plusieurs femmes présentent une faible estime d'elles-mêmes et de leur image corporelle, en plus de vivre avec les symptômes anxieux et dépressifs qui apparaissent dès l'annonce du diagnostic et qui risquent de persister pendant et après les traitements (Gaudreameault, 1995 ; Fitch et *al.*, 2008 ; Fobair et *al.*, 2006 ; Zimmerman et *al.*, 2010). Deschamps (1997) note que l'imaginaire du cancer est que « *la réalité cancéreuse redouble, reproduit l'imaginaire archaïque préverbal, et le dé-fossilise d'une certaine façon ...* ». Ce qui montre une certaine rupture du sujet atteint de cancer du sein avec son imaginaire.

Pour Pucheu (2004), l'épreuve du cancer apparaît comme un traumatisme. C'est une situation imprévue, différente de celles que nous vivons. Car selon elle, le cancer, qu'il soit curable ou incurable, bouleverse radicalement l'image de soi. Les capacités psychiques habituelles de tout individu sont généralement débordées, au moins dans le décours de l'annonce du diagnostic. Ainsi, le cancer du sein est inquiétant, met en doute l'image du corps, fragilise leur narcissisme, leur devenir femme, leur vie sexuelle et leur désir de maternité.

Le cancer du sein n'est plus un phénomène considéré comme marginal relevant de la seule préoccupation des médecins, car il implique désormais l'identité et les émotions (peur, pleurs, tristesse, le repli sur soi, etc.) dont l'action des psychologues. Ce qui nous situe dans le champ de la psychopathologie oncologique, de la dimension somatopsychique où une atteinte/déchirure physique symbolique du corps, une effraction de ce contenant est à

l'origine de la blessure narcissique et par ricochet, la peau commune (elliptique), peau figurative de l'union symbiotique du sujet avec son groupe (Anzieu, 1995). Cette perte d'objet symbolique et réel du sein effondre l'appareil psychique par la blessure narcissique ou traumatisme (Bokanowski, 2002) et les liens se dénouent, les rôles, positions et postures des uns et des autres se redistribuent voire disparaissent. Ce qui renvoie à la déstabilisation du contrat narcissique, à la désaffiliation (Desmarais & Duboubov, 2010, p. 7).

Ce traumatisme est à la fois une effraction et une blessure désignant des conséquences d'un évènement dont la soudaineté, l'intensité et la brutalité peuvent non seulement entraîner un choc psychique, mais aussi laisser des traces durables sur le psychisme d'un sujet, qui s'en trouve alors altéré. L'évènement traumatisant (ou de type traumatique) est un évènement violent, qui surgit sans avertissement et auquel le sujet n'est pas préparé. Cet évènement brutal qui prend le sujet par surprise et donc le dérouté entraîne, sur le plan psychique, une effraction de la barrière pare-excitante, ce qui fait que le psychisme est débordé par une excitation qu'il ne peut comprendre et gérer. Ce qui entraîne une perturbation massive du fonctionnement psychique et des défenses établies jusque-là, perturbation qui peut aller, dans les cas extrêmes, jusqu'à l'effondrement (Bokanoswki, 2002).

Le traumatisme est un temps de rupture, qui provoque une altération profonde de la temporalité de l'individu, le conduisant pour ainsi dire dans un déphasage où la continuité passé-présent-futur cesse d'exister ; car lors du traumatisme, la vie d'avant se voit brutalement arrêtée pour céder la place à un présent figé (dans l'effroi et la mort) et insurmontable. Face à cela, les symptômes de répétition viennent envahir le sujet et rendre progressivement son existence (vie propre et vie interactive) insupportable. Le traumatisme ne saurait en aucun cas être la seule conséquence de l'atteinte physique réelle du corps (cancer du sein). Il va s'inscrire dans la continuité de la vie du sujet, la dénaturalisation des liens, les liens se dénouent, les rôles, positions et postures des uns et des autres se redistribuent voire disparaissent ; la désaffiliation par son groupe (famille, société, institution).

La désaffiliation telle que défini Martin (2013) repris par Castel (cité par Mgbwa & Konlack, 2019, p. 78) traduit deux choses : le déficit de filiation qui renvoie au déficit « *d'inscription dans les liens sociaux primaires, (notamment familiaux) et donc la protection rapprochée (par les proches)* » et le déficit d'affiliation, c'est-à-dire la désaffiliation, prise dans ce contexte comme une perte brusque des liens sociaux primaires et secondaires. La jeune cancéreuse du sein dans ce cas de la désaffiliation passe d'une appartenance à des liens relationnel poussés à une situation de tristesse, solitude et d'isolement. En effet cette situation de tristesse, solitude et d'isolement est due au fait qu'elle

a désormais une représentation de soit non conforme et non rentable dans le lien. Ce désétayage corporel est à l'origine de la mise en déroute de l'identité chez ses femmes.

## **0.2. POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME**

Etre sain est le meilleur bonheur de la vie, mais qui n'est ni ressenti ni valorisé par l'individu que lorsqu'il est malade. Peu importe que l'atteinte soit de nature corporelle ou psychique, l'important c'est le mal qu'elle fait au sujet qui en est porteur et à ses proches (Deschamps, 1997). Le cancer, et tous ses types, occupent une très grande importance selon le discours de LeyDenbach (2013, p. 35) qui dit « *le cancer représente une double effraction violente dans notre vie : effraction biologique d'une part, au sein du corps réel, et d'autre part effraction dans notre organisation subjective qui nous met brutalement face à l'essentiel* ». Le cancer déclenche les sentiments de peur, d'anxiété, de stress et provoque la dépression. Toutes ces réactions s'associent à une remise en question des relations avec le monde environnant, qu'il soit familial, conjugal, social ou professionnel et avec leur propre corps (Razavi et Delvaux, 2000).

Des modifications corporelles sont généralement vécues comme très déstabilisantes sur le plan psychologique, portant atteinte au schéma et l'image du corps. Malheureusement le traitement chirurgical est le plus adapté pour cette maladie qui est certainement contradictoire à ce que les femmes désirent, c'est un traitement radical consistant en l'ablation du sein, stratégie à la base suite au caractère d'évolution du cancer et que seule cette chirurgie radicale peut contrer (Gaudreault, 1995). L'ablation du sein est souvent vécue comme une catastrophe pour la femme car, elle entraîne la perte d'une partie du corps impliquant le sentiment d'être incomplète.

Pour atténuer le sentiment d'incomplétude, la médecine propose les prothèses. Ces prothèses sont à considérer comme objet transitionnel tel que décrit par Winnicott (1971). Selon lui, la fonction de l'espace transitionnel est de faire coexister, sans crise ni conflit le déjà-là c'est-à-dire le sein et le non encore advenu c'est-à-dire la prothèse. Cependant, la prothèse engendre un sentiment d'étrangéité plaçant la femme devant un objet non soi. La difficulté de corporisation du corps non corps qu'est la prothèse entraîne une limitation de certaines habilités fonctionnelles (difficultés à se déplacer, altération de la démarche, difficulté à aligner les bras).

En effet, le cancer du sein ainsi que la mutilation liée à la mammectomie modifient l'image du corps de la femme et pose la question de la pérennité de la perception de son image, un problème d'identité, une perturbation de l'image du schéma corporel pouvant être à

l'origine d'un sentiment d'étrangeté. La mammectomie est vécue très souvent comme une atteinte à l'image de soi, une menace de l'intégrité du moi, qui va au-delà des simples regrets esthétiques. Le sentiment du pouvoir de séduction est touché et avec lui tout l'investissement narcissique, la vie fantasmatique et la sexualité (Chéné, 1999, p. 177). La perte du sein renvoie à un vécu de castration obligeant la femme à faire le travail du deuil de son sein retiré par rapport à la silhouette antérieure pour s'adapter à une asymétrie et des sensations tactiles pouvant entraîner des répercussions sur la sexualité et la vie conjugale (Deschamps, 1997 ; Reich, 2009).

Le travail du deuil ou la mentalisation dans ce contexte selon Pucheu (2004) sera impulsé par des expériences pulsionnelles chargées d'affects négatifs chez la jeune femme post-mastectomisée (limitation des habilités fonctionnelles entraînant un sentiment de non-rentabilité ainsi que de honte et de culpabilité, l'asymétrie de sa poitrine créant un inconfort et le sentiment d'une identité sexuée non-conforme). D'après lui, ces expériences pulsionnelles sont potentiellement désorganisatrices pour le psychisme du fait de la pulsion de mort qui envahira le Moi. Or, nous avons observé (à travers le Rorschach) que malgré cette impulsion pour empêcher le refoulement, le Moi mobilise des mécanismes pour se réorganiser. D'où le problème de la non prise en compte du rôle réorganisateur de la pulsion de mort dans la mentalisation.

### **0.3. QUESTION DE RECHERCHE**

Partant de l'approche psychanalytique de l'après-coup en contexte de la perte d'objet comme le sein, nous examinons la reprise du Moi-corps à partir du travail de mentalisation. En effet, suivant les travaux d'Anzieu (1985) sur le moi-peau, la mentalisation apparaît comme la voie royale de la reprise du Moi-corps c'est-à-dire, le corps comme entité somatique mais aussi comme projection du somatique à la surface du psychisme. Celui-ci est au cœur centre du processus de mentalisation pendant les moments de perte à l'instar du vécu post-opératoire. Les seins sont des objets de plaisir et d'attraction sociale. Ce sont des objets de satisfactions narcissiques et d'identifications aux modèles parentaux et collectifs (Lehmann, 2014) pour la jeune femme. Prise dans ce sens, l'étude pose la question de recherche suivante : « *comment le vécu post-opératoire retentit-il sur la capacité de mentalisation chez la jeune femme atteinte de cancer du sein ?* ».

## **0.4. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

### **0.4.1. Objectif général**

L'objectif général de ce mémoire est d'examiner comment le vécu post-opératoire retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme camerounaise atteinte de cancer du sein à travers le blocage de la fonction de l'environnement, de présence au monde et d'amour et de la relation à autrui.

### **0.4.2. Objectifs spécifiques**

De façon opérationnelle, cette étude vise à :

**Objectif spécifique 1** : Appréhender comment le vécu post-opératoire à travers le blocage de la fonction de filtration de l'environnement retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme camerounaise atteinte de cancer du sein.

**Objectif spécifique 2** : Saisir comment le vécu post-opératoire à travers le blocage de la présence au monde retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme camerounaise atteinte de cancer du sein.

**Objectif spécifique 3** : Repérer comment le vécu post-opératoire à travers le blocage de la fonction d'amour et de la relation à autrui retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme camerounaise atteinte de cancer du sein.

## **0.5. ORIGINALITÉ ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE**

### **0.5.1. Originalité de l'étude**

Cette étude se veut originale en ce qu'elle s'intéresse à la problématique du corps atteint chez la jeune femme sous le regard psychopathologique et clinique. En ce sens, elle s'inscrit dans une perspective clinique des souffrances narcissiques identitaires pour analyser l'impact psychique de la perte d'un organe de haute valeur symbolique dans la mesure où le sein de la jeune femme est un objet libidinal lui permettant de s'investir et investir son environnement.

La littérature scientifique sur l'impact psychique du cancer chez la femme fait florès. Jusqu'à tout récemment, les études en psycho-oncologie se fondent principalement sur l'implication des facteurs psychologiques que le cancer du sein entraîne au travers du stress traumatique, de la dépression, de l'angoisse, de l'anxiété, l'angoisse, etc. (Gurevich et *al.*, 2002 ; Othman et *al.*, 2006 ; Soussan & Dudoit, 2009), mais pas sur les facteurs protecteurs qui protègent et préservent le psychisme du sujet. De plus, on s'en préoccupe peu de cancer du sein chez la jeune femme, en raison de la croyance selon laquelle le vieillissement de la population est le facteur de risque de ce type de cancer. Or, depuis

près de dix ans, on remarque une forte augmentation du taux de cancer du sein chez la jeune femme (Hakamata, 2007 ; Enow et *al.*, et Globocan, 2012).

### **0.5.2. Pertinence de l'étude**

La pertinence d'une étude soulève la question du savoir désirable. Un thème de recherche trouve sa pertinence lorsqu'il s'inscrit dans les valeurs de la société. Le choix d'un thème de recherche ne peut, en effet, échapper à l'influence des valeurs personnelles du chercheur ni à celles de la société dans laquelle il vit (plus grand être personnel, meilleures relations humaines, meilleure vie de groupe, travail plus efficace, niveau socioéconomique plus élevé) (Gauthier, 2009).

Une recherche sera jugée pertinente dans la mesure où l'on établira un rapport entre le déjà connu et ce qui était jusqu'alors inconnu (Seyle, 1973), que ce soit pour le prolonger ou pour s'y opposer. Il est important de positionner la recherche par rapport au savoir collectif. En général, par l'expression « ce qui est inconnu », les chercheurs distinguent uniquement l'ensemble des informations relativement organisées (théories, modèles, concepts, etc.) résultant des recherches où ont été utilisées des méthodes reconnues (Gauthier, 2009).

La réalité de la souffrance psychique due au corps atteint ou perte de repère corporel affecte un nombre grandissant de jeunes femmes cancéreuses du sein. Ce phénomène interpelle à divers niveaux. Il implique une panoplie d'acteurs sociaux et d'institutions, entre autres les jeunes femmes cancéreuses du sein elles-mêmes, les institutions hospitalières, les gouvernants et les organisations non gouvernementales. Il invite à poser les questions sur l'adéquation maladie-traitement-guérison, les indices de la guérison, les politiques existantes au niveau de la prise en charge biopsychosociale au Cameroun. L'on se doit donc de relever les perceptions de ces jeunes et de mettre en exergue leurs vécus post-diagnostiques à l'avant-plan, en leur permettant de projeter ces vécus (à travers les épreuves projectives). L'examen de cette réalité revêt donc d'une importance certaine, d'autant plus qu'elle a fait l'objet d'un nombre de recherche limitées.

Cette recherche permet d'explorer les répercussions psychiques de l'après diagnostic positif chez les cancéreuses du sein. Les seins de la femme (ou le corps en général) sont un élément essentiel du sentiment d'identité et de la sécurité de base. Baize (2008) définit les seins comme symboles de féminité, de maternité, de sexualité et de ce que Lehmann (2014, p. 178) assimile à ce qui fait lien dans la vie personnelle et relationnelle ou sociale. Cette recherche contribue à l'avancement des connaissances sur la problématique de la perte symbolique ou de souffrance narcissique identitaire.

La pertinence sociale d'une recherche s'établit en montrant comment elle apporte réponse à certains problèmes des praticiens et décideurs sociaux. Les personnes atteintes doivent renoncer à bon nombre de leurs désirs ou habitudes. Simultanément, elles basculent généralement pour la plupart en retard dans le monde bien particulier de l'hôpital, dont elles ignorent beaucoup de choses. Tout dans leur existence devient aléatoire et incertaine. C'est essentiellement sur le corps que ce centre le vécu et le sujet se sent trahi par lui (Soussan & Dudoit, 2009).

## **0.6. DÉLIMITATION CONCEPTUELLE ET EMPIRIQUE**

### **0.6.1. Délimitation conceptuelle**

Cette partie porte sur la clarification des concepts clés de l'étude. Certains concepts seront présentés brièvement car ils seront détaillés dans les chapitres suivants. Ce sont : vécu post-opératoire, mentalisation, cancer du sein, effraction corporelle et image du corps.

#### **0.6.1.1. Vécu post-opératoire**

D'après Pereira (2009), le vécu post-opératoire correspond à la réaction de la femme mammectomisée au lendemain, le plus souvent marqué par la première réfection de pansement ou à une période marquée par la confrontation au vide du sein. C'est une période pendant laquelle beaucoup de femmes refusent de voir la cicatrice, le choc étant encore trop difficile à affronter (Pereira, 2009, p. 22). Ainsi, la chirurgie symbole de mutilation conduit à la perte d'un membre par amputation, à une cicatrice, voire à une défiguration. Elle est pour Reich (2009), une remise en cause de la féminité et du pouvoir de séduction, et constitue souvent un traumatisme narcissique difficile à assumer par les femmes et parfois aussi par les hommes.

Selon Reich (2009, p. 250), « *l'intervention chirurgicale mutilante d'un patient renvoie symboliquement à la castration dans le réel* ». Elle le confronte à la maladie grave et représente une menace pour son intégrité narcissique. Il désigne par « *vécu post-opératoire* » un vécu de castration ou de mutilation de l'image de soi qui va couper l'accès au plaisir sexuel d'une zone fortement investie sur le plan érogène et constituer une blessure voire un effondrement narcissique avec la fin de la féminité et par contamination un vécu mortifère. La mammectomie qui devrait être considérée comme une solution et un traitement contre le cancer et donc vécu positivement est plutôt considérée comme une mise en péril chez le patient de son identité corporelle (image de soi) et de son identité psychologique (conscience de soi). De ce fait, le vécu post-opératoire est un blocage interne et externe, douleur psychologique plongeant ses racines profondément dans le corps où son élaboration exige un travail pour la « rendre mentale » (la mentaliser).

### 0.6.1.2. Mentalisation

La mentalisation, est tous processus mentaux menant à la transformation des expériences émotionnelles négatives en celles de positives (Marty, 1991). Selon Aisenstein (2008), la mentalisation est « *principalement l'activité représentative et fantasmatique de l'individu* ». Lecours & Bouchard (1997, p. 855) remarquent qu'au concept de mentalisation, les « *processus de représentation, symbolisation et mentalisation sont souvent utilisés comme synonyme dans la littérature psychanalytique* » et proposent de définir chaque terme à partir de sa fonction spécifique.

Premièrement, ils définissent la représentation comme un « *processus d'élaboration et d'utilisation d'une image mentale stable de la chose à la place de la chose. Elle lie des expériences de base à des images et à des mots* ». Elle constitue donc « *une première étape vers l'élaboration mentale* ». Deuxièmement, ils définissent la symbolisation comme « *une fonction qui lie les représentations mentales déjà formées* ». Ce point de vue peut se retrouver aussi chez Kaës (1981) & Benony (1997). Pour eux, la symbolisation conduit parfois à une utilisation « *abstraite des représentations en remplacement et en opposition avec le traitement concret de l'expérience immédiate. C'est donc la deuxième étape essentielle du processus de mentalisation* ». Et troisièmement, ils définissent la mentalisation comme « *une classe générale d'opérations mentales incluant la représentation et la symbolisation et conduisant à une transformation et à une élaboration des expériences pulsionnelles chargées d'affect en structures mentales de mieux en mieux organisées* ».

Pour Tomkins (1963), le développement de l'émotion évolue à partir de l'émotion désagréable (peur et détresse) pour l'émotion agréable (tristesse). Ce qui signifie respectivement selon les auteurs de la théorie de la souffrance en général et singulièrement Marty (1963) que la mentalisation est liée à une émotion agréable et la démentalisation à une émotion désagréable. En effet, dans les théories de la mentalisation des émotions, le modèle princeps est celui de Marty (1963 ; 1990 ; 1991) sur les processus psychosomatiques. Ses travaux mettent l'accent sur les processus mentaux menant à la transformation des expériences émotionnelles et pulsionnelles profondément arrimées au corps somatique (Marty cité par Lecours, 2016, p. 239). La mentalisation des émotions telle qu'avancée par Marty envisage la désomatisation des émotions par un processus d'accumulation des représentations dans des « couches » progressivement organisées de façon complexe et fluide dans leurs interconnexions (Marty, 1991).

Selon ce modèle, le niveau de mentalisation d'une émotion spécifique repose sur l'histoire de l'inscription des résultats de la corégulation interpersonnelle de cette émotion précise ainsi

que sur les ressources représentationnelles acquises par l'individu et disponibles pour son articulation cognitive. Autrement dit, la qualité de la mentalisation dépend de la richesse du préconscient qui est variable selon les individus du fait à la fois de facteurs congénitaux et d'avatars du maternage (Marty, 1991, p.15). Ce préconscient est défini par trois qualités à savoir son épaisseur, sa fluidité et sa disponibilité dans le temps. Il entend par épaisseur, la fonction du nombre de couches successives de représentations qui constituent le préconscient ; par fluidité, la qualité de la circulation des représentations appartenant à des domaines différents ; et par disponibilité dans le temps, la possibilité plus ou moins permanente de l'individu d'y plonger et d'y puiser les représentations qu'il recherche (Marty, 1991, p.18).

Pour Marty (1991), c'est d'ailleurs la qualité de ce fonctionnement qui garantit l'intégrité du fonctionnement somatique. Or, les excitations dues aux situations de perte et de conflit sont inmanquablement présentes dans la vie d'un sujet mais elles sont variables en amplitude. Très intenses, renouvelées et excessives, elles s'accumulent en des états de tension et s'avèrent insupportables pour les systèmes fonctionnels de pensée qu'elles attaquent en les empêchant de fonctionner, ce qui correspond à la notion de traumatisme. Marty éclaire l'impact d'une désorganisation psychologique qui entraîne la régression psychosomatique, s'appuyant sur une désorganisation progressive de l'appareil mental menant à une dépression essentielle, une sorte de dépression « blanche », c'est-à-dire sans symptômes dépressifs, qui signe une chute du tonus vital (Marty, 1990). Il affirme qu'en dehors de la somatisation par régression qui conduit aux maladies bénignes comme l'asthme ou les céphalées, il y a une autre forme de somatisation dite : par déliaison pulsionnelle qui entraîne des maladies graves, irréversibles et chroniques comme les AVC, les diabètes, les cancers, etc.

### **0.6.1.3. Cancer du sein**

La somatisation par déliaison pulsionnelle conduit au déséquilibre physiologique. Le cancer faisant parti des conséquences de ces déséquilibres, Bergeyck et *al.*, (2013) le définit comme étant un trouble homéostatique caractérisé par la prolifération anormale et anarchique d'une cellule, sans que des mécanismes de contrôle interne ne la détectent et/ou ne la détruisent où il en résulte une tumeur (augmentation du volume d'un tissu) qui croît au fur et à mesure que les cellules prolifèrent. Si la tumeur est au niveau du sein par exemple, on parle de cancer du sein qui est selon Pierga (2022) une augmentation des cellules de la glande mammaire appelée « *adénocarcinome* ». Ainsi, le cancer du sein est une effraction corporelle qui se manifeste par l'apparition d'une tumeur au niveau de la glande mammaire (Luporsi & Leichtnam-Dugarin, 2007, p. 09).

#### **0.6.1.4. Effraction corporelle**

De l'étymologie latin « *effractus, de effringere* » qui signifie briser, rupture, forçement ou enlèvement de tout dispositif servant à fermer un passage ou une clôture ; l'effraction est selon le Dictionnaire de l'académie Française (2022), une notion juridique qui désigne généralement un délit, un crime, une circonstance aggravante de certaines infractions. Cependant, cette notion est polysémique et peut également être utilisée en psychanalyse pour rendre compte des violences physiques (corporelles) et de leur impact déstabilisant pour l'économie psychique. Pour Sibertin & Vidailhet (2003), les violences subies par les patients, du fait de la maladie, des traitements et même des discours tenus sur eux dans leur environnement médical, familial, ou social sont des corps étrangers qui pénètrent leur vie psychique pour en prendre possession durablement.

Cette notion d'effraction d'origine juridique ajoute à celle de trauma, métaphore d'origine médico-chirurgicale, une dimension particulière et sans doute ici assimilé à : l'aliénation. L'effraction signifie qu'un « *étranger* » a envahi la vie psychique (Lehmann, 2014, p. 46). Après le choc initial de l'opération, la perte opère une coupure immédiatement bouleversante dans l'intrication du psychique et du somatique. Avec Freud (1920), il y a effraction corporelle quand l'appareil psychique n'est plus capable de lier les excitations trop intenses avec les réactions émotionnelles anciennes ce qui va entraver répétitivement le contact du sujet à la réalité et se manifester sur le corps comme troubles psychosomatiques.

Glover-Bondeau (2019) renseigne que l'effraction corporelle est un ensemble de plaintes corporelles pouvant conduire à une consultation médicale. Selon lui, les médecins parlent de troubles psychosomatiques, fonctionnels, de somatisation, de troubles de conversion ou somatoformes. La douleur psychique, la perte corporelle et le travail du moi selon Ferenczi (1918) font l'objet d'un investissement narcissique dans la partie atteinte ou manquante. La régression narcissique favorise le travail du moi envahi par l'atteinte corporelle et l'agent traumatique. L'effraction corporelle réactive souvent l'image d'une amputation du moi ou les maladies de l'image du corps sous forme de membres fantômes selon Schilder (1935, 1950).

#### **0.6.1.5. Image du corps**

Selon Schilder (1950, cité par Jeannerod, 2010, p. 185), « *l'image du corps est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit* ». Autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-mêmes. Des sensations nous sont données (en provenance de toutes les parties du corps). Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps. Cette unité du corps fait qu'à l'atteinte d'une partie d'un organe

corporel, le sujet se perçoit comme atteinte dans la totalité du corps entier. Pour lui, il existe trois aspects de l'image du corps à savoir le corps perçu, le corps libidinal et le corps social.

Le corps perçu renvoie au schéma corporel (body percept), élaboré à partir des perceptions cutanées, musculaires, tendineuses et viscérales. Le schéma corporel se précise dans le mouvement, se délite dans l'immobilité. Le corps libidinal renvoie à l'affectivité qui donne la coloration aux différentes parties du corps, en modifie la netteté avec lesquelles nous les ressentons. Le corps social renvoie à la vision des corps de nos semblables interfère en permanence avec notre propre image du corps. Nous nous identifions à leur corps et sommes capables de ressentir ce qu'ils ressentent par une démarche empathique. Un trop grand entre notre corps et le corps de ceux qui nous entourent crée un sentiment d'étrangeté et d'inconfort.

## **0.6.2. Délimitations empiriques**

Tout travail scientifique doit avoir des limites, c'est pourquoi l'on a circonscrit celui-ci dans le temps et dans l'espace pour mieux construire la problématique qui en découle.

### **0.6.2.1. Délimitation spatiale**

Du point de vue spatial, les recherches sur la qualité de vie sont élaborées dans l'optique somatique et psychique des répercussions des maladies et/ou des traitements sur la vie quotidienne des patients. Cependant, le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne du patient peut se comprendre de différentes manières, en termes d'état de santé, de capacités fonctionnelles, d'état psychologique, d'interactions sociales ou de statut économique. C'est la raison pour laquelle l'ONG SOCHIMIO a été choisi car cette structure accueille, consulte et fait des suivis biologique ou médical des cancéreux. Elle se situe dans l'arrondissement de Yaoundé IIe, département du Mfoundi, région du Centre.

### **0.6.2.2. Délimitation temporelle**

Ce mémoire aborde la problématique de la perte des repères ou de la souffrance narcissique identitaire chez les jeunes femmes cancéreuses du sein. Thématique d'actualité en psychopathologie, elle apparaît dans bon nombre de travaux à l'instar de : Pucheu (2004), Soussan & Dudoit (2009) et Lehmann (2014).

Pucheu (2004), part des mécanismes à l'œuvre dans les processus de guérison psychique du cancer afin de démanteler les raisons pour lesquelles le cancer ne laisse jamais indemne (même après que les médecins ont pu le contrôler ou traité) et nécessite toujours un réaménagement psychique. Elle postule que la disparition totale du cancer est souvent

synonyme d'une perte de l'intégrité physique touchant des organes à haut valeur symbolique, qu'il s'agisse d'amputations d'organes sexuels ou d'organes de relation qui est la deuxième entrave possible au processus de guérison « *psychique* ». Le patient « *guéri* » mais mutilé avec une image du corps profondément altérée. Elle conclue qu'à la fin du traitement, le vécu du cancer laisse un sentiment de vulnérabilité se traduisant par une peur de la rechute toujours présente, même après plusieurs années de rémission/guérison.

Soussan & Dudoit (2009), critiquent la pratique clinique des psychologues et psychiatres actuels qui réduisent les patients à leur symptomatologie psychopathologique pour dévoiler les éléments intrinsèquement non explorés à l'instar de la peur que la maladie engendre chez les malades et les psychologues (psychiatres). Ils postulent que les pratiques actuelles des psychiatres à travers la médicalisation et des psychologues à travers la TCC réduisent certes les souffrances psychologiques des malades du cancer à des symptômes qu'il faut taire rapidement mais ne favorisent pas l'élaboration psychique de la souffrance parce qu'elles contribuent plutôt en la mise en sommeil de la vie du sujet et du lien à l'autre.

Lehmann (2014) parle quant à lui du sentiment de précarité pour décrire comment le psychanalyste entend et aborde la question des retentissements psychiques du cancer et le traitement psychique de ces retentissements. Pour lui, les changements qui surviennent dans l'existence des cancéreuses, les mutilations, l'effroi devant la mort entraînent des retentissements des pertes de repères (Lehmann, 2014, p. 178).

## **0.7. PLAN DE PRÉSENTATION DU MÉMOIRE**

Au terme de l'introduction générale de ce mémoire qui est une introduction problématique, il convient de préciser qu'une organisation en cinq chapitres permettra d'explicitier cette recherche. Le chapitre 1 porte sur la problématique psychopathologique oncologique, et le chapitre 2 s'articule processus de mentalisation et reprise du Moi-corps. Ces deux chapitres qui constituent la première partie du mémoire, nommée cadre théorique de l'étude permettent de comprendre d'une part au chapitre 1, comment le cancer potentialise une double souffrance (le modèle pulsionnel et le modèle groupale du traumatisme en psychanalyse) et d'autre part au chapitre 2, les mécanismes psychiques mobilisés pour advenir face à la maladie. Dans la seconde partie qui concerne le cadre méthodologique et opératoire, le chapitre 3 aborde la méthodologie de la recherche, dans le chapitre 4, il s'agit de la présentation et analyse des résultats, en fin le chapitre 5 procède à l'interprétation des résultats et aux perspectives théoriques et cliniques. Ces chapitres s'intercalent entre une introduction générale et une conclusion générale.

## **PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE**

# **CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE PSYCHOPATHOLOGIQUE ONCOLOGIQUE**

Ce chapitre aborde la problématique psychopathologique oncologique chez la jeune femme atteinte de cancer du sein. Il s'agit en effet de la considération de l'impact psychologique du cancer, de la détresse qu'il favorise chez le sujet. Ainsi, les différentes parties qui constituent ce chapitre sont : le vécu du cancer, la psychopathologie oncologique et la théorie du traumatisme.

## **1.1. LE VÉCU DU CANCER**

Le vécu d'une maladie dépend de la conception (l'origine) et les différentes situations que le sujet traverse durant son traitement. De ce fait, cette section aborde les conceptions du cancer et le vécu de cette affection.

### **1.1.1. Étiologie de la maladie**

La connaissance des causes de la maladie est un facteur qui influence les représentations populaires de la maladie. Elle est du point de vue médical, biologique et de ce fait, ce n'est qu'une affection organique simple qui parfois peut devenir complexe. Cependant, du point de vue des profanes, c'est plutôt une affection organique certes mais spirituelle. Sarradon-Eck (2002, p. 358) affirme que : la connaissance des représentations populaire de la maladie permet de comprendre certaines conduites thérapeutiques ou préventives qui paraissent irrationnelles aux yeux du médecin. Ainsi, le cancer peut être soit une affection organique simple, soit une affection organique complexe ou soit une affection organique spirituelle.

#### **1.1.1.1. Cancer comme affection organique simple**

Étymologiquement, le concept de « maladie » vient des mots latins « male habitus » qui signifie mauvaise état, souffrance, douleur, malaise ou affection. D'après le Nouveau Littré (2004, p. 809) et le Dictionnaire Larousse (2011, p. 508), la maladie est respectivement une « *Altération dans la santé* » et un état de souffrance. Ainsi, la maladie apparaît comme un état de trouble ou de perturbation. En médecine, il existe deux types de maladies : la maladie grave et la maladie bénigne. Selon Thomsen (2014), le contraire d'une maladie grave n'est pas une maladie aigue, mais une maladie bénigne car une affection habituellement bénigne comme la grippe peut parfois être grave, voire mortelle notamment la grippe espagnole. Il y a différents degrés dans la gravité, les maladies les plus graves pouvant être mortelles ou

létales. On emploie également l'adjectif « *sévère* » à la place de grave, et le substantif « *sévérité* » à la place de « *gravité* ». Thomsen (2014) pense que dans le langage médical, le contraire d'une maladie aiguë, c'est une maladie chronique.

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies chroniques sont « *des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement* » (OMS, 2017). Selon Fischer et al. (2020), les concepts de maladie désignent habituellement le caractère aigu d'une pathologie à la différence de son caractère chronique. A cet égard, les maladies chroniques peuvent être considérées comme un ensemble de pathologies hétérogènes parmi lesquelles les maladies infectieuses (transmissibles par un agent viral, bactérien ou autre) et les maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et les cancers etc... (OMS, 2017 ; Fischer et al., 2020). En règle générale, les maladies aiguës ont un début brutal et une durée brève tandis que les maladies chroniques ont habituellement un début progressif et une durée longue. C'est le cas du cancer défini par l'encyclopédie médicale (2006) comme étant une maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique, incontrôlée et incessante. Cette prolifération anarchique du cancer s'oppose à la prolifération contrôlée, harmonieuse et le plus souvent intermittente qui caractérise les tissus normaux et qui n'a lieu que pour réparer les pertes cellulaires accidentelles par plaie ou agression et les pertes naturelles par vieillissement.

Le terme cancer recouvre donc un vaste ensemble de maladies, cataloguées selon les cellules et les tissus à partir desquels les cancers se forment. La tumeur développée dans un organe (tumeur primitive) va se greffer à distance sur d'autres organes (cerveau, poumon, foie, etc.), en passant par les voies lymphatiques ou sanguines. Ces tumeurs secondaires, qui reproduisent la structure de la tumeur mère sont appelées : métastases (Razali, 2018 ; Mignonac, 2011). Le concept de « cancer » n'est pas le seul concept qui peut être employé pour désigner une affection organique de type tumorale. Toutefois, il est quand même utilisé pour un objectif scientifique de précision. Selon la classification de TNM, le cancer du sein diagnostiqué à l'état précoce est non scientifiquement faisable. Les seuls symptômes que cette maladie présente à sa phase 0 ne sont qu'au niveau local et peuvent faire aussi référence à des simples pathologies ou juste une tumeur bénigne. Mais aussi, ils peuvent engendrer d'autres pathologies et de ce fait rendre la maladie plus complexe.

### 1.1.1.2. Cancer comme affection organique complexe

Dans la complexité du cancer, les éléments les plus frappants sont entre autres l'élargissement de la tumeur (ou métastase) et la chronicité de la maladie (l'incurabilité de la maladie). L'élargissement de la tumeur vers d'autres zones ou métastase est l'évolution de la tumeur vers les cellules lymphatiques, osseuses et sanguine. Généralement à ce stade, la maladie est maligne du fait qu'elle n'est plus locale pour ne considérer que le traitement de la tumeur mais demande d'autres mesures. Ainsi, le cancer devient une maladie affreuse et mortelle qui peut physiologiquement s'éparpiller ou s'étendre vers d'autres organes, engendrer d'autres pathologies et devenir incurable.

Et la chronicité du cancer comme élément complexe de la maladie intervient car le cancer ne peut plus être soigné mais doit être contrôlé (OMS-cancérologie, 2014). Pour Weisz (2014), c'est grâce aux innovations thérapeutiques que les acteurs internationaux de la santé (OMS, organisations de cancérologie) ont introduit et appliqué le champ lexical de la « *chronicité* » aux cancers pour en faire des maladies chroniques. Les travaux en science sociales montrent également que les maladies chroniques font entrer les malades et les acteurs de soins dans de nouveaux paradigmes (par rapport aux maladies aiguës) qu'il s'agisse de la gestion quotidienne de la maladie (Bury, 1982, 1991 ; Gobatto et al., 2016), des relations entre soignants et soignés (Strauss, 1975, 1992 ; Baszanger, 1986) et des temporalités qu'elles induisent (Ménoret, 1999).

Pour Nédélec (2018), le but thérapeutique n'est ni guérison, ni mort imminente mais celui de permettre au patient de vivre avec la maladie. Le terme de « *cancer comme maladie chronique* » est en réalité de plus en plus utilisé, comme par exemple les cancers du sein lorsque le sujet doit faire face à de multiples traitements y compris pour le cancer mais aussi pour d'autres pathologies que la métastase aurait engendré. Ainsi, les cancers métastatiques, souvent incurables, peuvent désormais être « *stabilisés* » pendant des années. Le cancer n'a pas que deux issues qui sont soit « *être guéri/être en rémission* » ou soit « *mourir d'un cancer* ». Il s'ajoute aujourd'hui aussi celle de « *vivre avec le cancer* », parfois alors durant de nombreuses années. Du fait de cette chronicité (la durée) et des perturbations qu'elle amène, le cancer peut parfois avoir une valence mystique aux yeux de la population.

### 1.1.1.3. Cancer comme affection organique spirituelle

Selon Sarradon-Eck (2002, p. 361-362), les représentations populaires de la maladie par les malades eux-mêmes sont liées à l'idée de punition, de persécution ou du *fatum*. Les modèles punitifs beaucoup plus basé sur la religion assimile la maladie à la transgression d'un interdit religieux ou moral, d'une norme sociale (ou parfois seulement familiale). La transgression peut être le fait de l'individu ou celui d'autres membres du groupe pour lequel l'individu va « payer », c'est-à-dire assumer une forme de rachat des fautes à l'image du Christ rédempteur. L'idée de la faute est intériorisée par le sujet malade, quelle qu'elle soit et quel que soit le fautif, au point que la relation causale entre la maladie et la faute soit automatique, sans questionnement préalable sur ses conduites. La maladie appartient donc à la fois à un système de sanction prévu par Dieu, et en même temps à un système de réparation des fautes.

Les modèles persécutifs selon Fainzang (1989 cité par Sarradon-Eck, 2002, p. 361) sont aussi présents dans la société occidentale qu'ils sont privilégiés par les sociétés traditionnelles. Pour lui, ces modèles s'expliquent par l'idée de possession, du complot, écologique et héréditaire. À l'idée de possession, la maladie est provoquée par un autre individu qui a jeté un sort au malade (attaque de sorcellerie). À l'idée du complot, le malade est une victime de l'agression directe, sous diverses formes, d'autres individus, sans intermédiaire de la magie. L'agresseur est un membre de la famille, de l'entourage professionnel, des institutions publiques (écoles, mairie, services sociaux, etc.), ou encore le corps médical par ses thérapeutiques « contre nature » et par « ses abus de pouvoir » (erreurs médicales, complot du silence, expérimentation, étiquetages). À l'écologie, le malade est la victime d'un milieu pathogène naturellement ou, le plus souvent, secondairement à l'intervention de la société (le « mode de vie moderne »). Et à l'héréditaire, le malade est victime d'un aïeul fautif ou d'une lignée.

Ainsi, dans ces quatre modèles, la maladie est la marque de l'Autre, un Autre plus ou moins fantasmatique, mais néanmoins mauvais ; s'il y a maladie, c'est qu'il y a un Autre responsable. Le diagnostic étiologique est ici encore une démarche judiciaire, mais non inversée, car si le malade est une victime, il faut qu'il y ait un agresseur. Le diagnostic étiologique est une mise en accusation et une dénonciation (de la société, des collègues de travail, du mari, du voisin, etc.).

## **1.1.2. Vécu de l'affection**

### **1.1.2.1. Le concept de vécu**

Etymologiquement, le mot « vécu » vient du mot grec « veky » qui signifie « vivre » et se définit comme « *la manière de passer sa vie* ». En tant qu'adjectif, vécu est ce qui appartient à l'expérience de la vie, c'est-à-dire le réel, le ressenti, ce qui a eu lieu ou ce qui est en train d'avoir lieu réellement dans la vie d'un individu. Le vécu a pour synonyme de l'expérience vécue, le véridique, le vrai (Larousse, 2010).

En phénoménologie, le vrai n'est pas obligatoirement la concordance entre le vécu et le ressenti d'un individu. C'est la raison pour laquelle Merleau-Ponty (1945, p.35) affirme « *Le vécu n'est jamais tout à fait compréhensible, ce que je comprends ne rejoint jamais exactement ma vie* ». C'est donc le sens que l'individu va donner à ce qu'il vit qui sera mis en exergue. La compréhension du vécu semble donc plus aisée en psychologie.

La notion de vécu en psychologie renvoie à l'expérience de la vie, l'expérience vécue en relation avec un phénomène. C'est l'ensemble de tous les événements qui vont meubler la vie de l'individu concerné par une étude sur un phénomène qui l'inclut (Panés, 2008). Doron & Parot (1991, p.45) définissent le vécu comme « *l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence en tant que ceux-ci sont immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective* ». En outre, l'immédiat qui constitue le caractère essentiel de l'expérience vécue signifie la coïncidence de l'objet et de la conscience. Le vécu post-opératoire des femmes cancéreuses du sein est celui qui nous intéresse.

### **1.1.2.2. Le vécu post-opératoire**

De manière générale, le vécu post-opératoire est l'ensemble des événements qui meublent la vie des personnes après l'opération du cancer. Dans ce vécu, il y a deux périodes : celle du retour de l'opération et celle du lendemain pour le premier pansement et des prochaines vies. Le retour après l'opération se passe généralement bien car les patientes sont encore sous les effets de l'anesthésie et très fatiguées. Pereira (2009, p. 21) révèle que ce bien-être est lié aux inquiétudes désormais dépassées que les patients auraient eu pendant la période préopératoire reflétant l'instant de toutes les angoisses, angoisse de mutilation, angoisse de l'opération et de ses risques. C'est pour la plupart des femmes, une crainte fréquemment, celle de se faire enlever le sein, qu'il puisse y avoir une erreur au moment de l'opération, et également la peur d'avoir mal.

Concernant la période post-opératoire, les femmes font face à une réalité du a des répercussions que l'opération engendre. D'après Fitoussi (2007), la mammectomie entraîne quatre principales répercussions à savoir : physique, sexuelle, socio-familiales et psychologique. Au niveau physique, Fitoussi (2007) cite les modifications corporelles liées au bouleversement du schéma corporel et les modifications des habitudes de vie liées aux restrictions des activités physiques, loisirs, tâches ménagères du fait de la difficulté vis-à-vis de l'image corporelle et des changements également sur les habitudes vestimentaires (Fitoussi, 2007, p. 134).

Au niveau sexuel, plusieurs femmes arrêtent les relations coïtales à cause de certains saignements, de la peur de se soigner, de la douleur et de l'anxiété (Haris et *al.*, 1982). La fatigue et l'anxiété peuvent aussi influencer l'expression sexuelles, la fatigue peut s'attaquer directement au fonctionnement sexuel, la fréquence des activités sexuelles baissent de même que le niveau d'excitation sexuelle (Anderson, 1986 ; Gaudréanault, 1995). Au niveau socio-familial, l'activité professionnelle et les liens sociaux sont souvent rompus, ou fragilisés. La patiente atteinte de cancer peut difficilement faire des projets et se projeter dans l'avenir, non seulement par des préoccupations telles que la lutte contre la maladie mais aussi par des contraintes sociétales (Fitoussi, 2007, p. 134).

Au niveau psychologique, Cano & Huet (2015, p. 49) mentionnent que le cancer du sein entraîne non seulement des modifications corporelles mais aussi bouleverse l'organisation psychiques du sujet et de son entourage. Ainsi, les processus de guérison pourraient donc être biaisé dès le départ. Selon Lehmann (2014), le « *corps effracté* » par le cancer du sein produit tout un ensemble d'effets psychiques sur les femmes qui, parfois, peuvent rencontrer un sentiment d'inquiétante étrangeté face à ce corps modifié. Deschamps (1997) reprenant Dolto (1984) mentionne que le cancer fragilise l'image de base et induit les fantasmes de persécution de l'organe affecté selon le moment traumatique.

C'est dans cette optique que Gurevich et *al.* (2002) déclarent que : peu de temps après l'annonce du diagnostic médical, 20 % des patients montrent des symptômes de stress post-traumatique post-diagnostic (PTSD) lorsque leur cancer vient d'être diagnostiqué. Tandis que ce taux est d'environ 3,5 % dans la population tout-venant ; quelques semaines plus tard, après avoir reçu les premiers traitements, 35 % des patients présentent des troubles de stress post-traumatique. Enfin, ils sont de l'ordre de 80 % à présenter des symptômes de PTSD parmi ceux ayant connu une récurrence de leur cancer.

De même, Desai & Ronson (2008) rappellent que 42 à 50 % des cancéreux sont également touchés psychologiquement. De plus, le taux de prévalence du PTSD dans cette

population est plus élevée que dans la population tout-venante (Gudmundsdottir et *al.*, 2006). Une étude rapporte qu'une prévalence de 3 % à 18 % de patients souffrant des symptômes du PTSD, dans une population de femmes atteintes du cancer du sein (Hakamata, 2007). Si le cancer est souvent considéré comme trauma potentiel, plus rares sont les auteurs qui le rapproche des « troubles dissociatifs », entrés au DSM-III (APA, 1980). Ronson (2005), affirme :

Le concept de dissociation, passablement ignoré pendant à peu près un siècle alors qu'il était apparu comme central aux pères fondateurs des théories relatives au traumatisme psychique, refait progressivement surface (...). Il nous paraît très probable que ce phénomène occupe une position critique dans la genèse des manifestations émotionnelles observées chez les patients cancéreux. La littérature psychoncologique n'y fait pourtant, à ce jour, pas la moindre référence substantielle.

Pour Civilotti et *al.* (2015), le « déni » (sous la forme de l'évitement / avoidance) est *une « complication psychologique »* d'une expérience traumatique (PTSD) dont les constituants sont de nature dissociative. Ces constituants peuvent être, entre autres, la fatigue, l'irritabilité, l'insomnie. Selon Saillot & Janet (2018), le cancer, semblent souvent enfoncer certains patients dans le « déni » de leur état. Pour certains auteurs, le « déni » est une dimension favorable dans l'évolution de la maladie (Kang et *al.*, 2008), pour d'autres il est défavorable (Ho et *al.*, 2003). Une importante avancée a été de reconnaître le cancer comme un trauma (DSM-IV, 1994), et d'associer ses expériences au trouble du stress post-traumatique (PTSD).

Pour Ronson (2005), « *la dissociation n'est pas un mécanisme adaptatif mais au contraire une conséquence directe et immédiate de la brutalité de l'événement traumatique* ». Il s'appuie sur les résultats de psychiatrie générale, ayant montré depuis plusieurs années qu'à la suite d'un événement traumatique, les personnes atteintes de PTSD présentent un risque augmenté de dépression majeure. Cette avancé en matière de santé montre à quel point le DSM interpelle les professionnels sur la question des maladies somatiques en leur prescrivant la prise en compte du facteur psychologique ; surtout s'agissant des maladies chroniques ou aiguës. Ainsi, le cancer est un potentiel traumatisme psychique.

## 1.2. PSYCHOPATHOLOGIE ONCOLOGIE

Cette section aborde la littérature sur le traumatisme en psycho-oncologie avec ses différentes manifestations ou symptomatologies. Il s'agit des évènements favorisant le trauma, le traumatisme et leur distinction.

### 1.2.1. Évènements traumatiques et Trauma

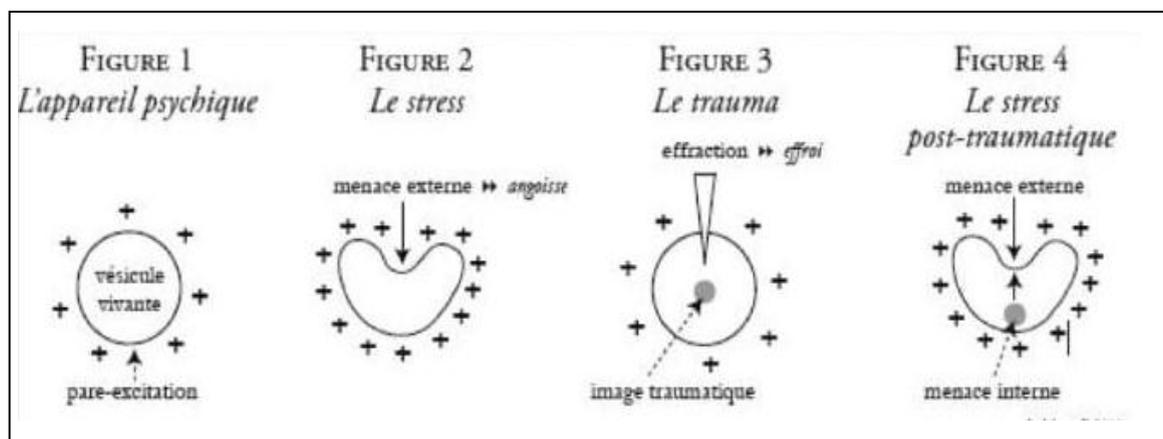
Plusieurs travaux ont montré que la plupart des sujets atteints de cancer vivent sous le poids du stress post-traumatique (Deschamps, 1997 ; Gurevich, 2002 ; Ronson, 2005 ; Gudmundsdottir & al, 2006 ; Desai & Ronson, 2008 ; etc.). Selon Cyrulnik (1998), « *Il faut frapper deux fois pour faire un traumatisme : dans le réel et dans sa représentation et le discours des autres sur la personne après l'évènement* ». Dans le réel, c'est l'épreuve, la souffrance, l'humiliation, la perte ; et dans la représentation du réel, c'est souvent dans le discours social qu'il faut chercher à comprendre l'effet dévastateur du trauma. Cette citation de Boris Cyrulnik, inspirée du concept du traumatisme d'Anna Freud présente les deux temps qui sont nécessaires à la constitution d'une névrose traumatique ou d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT). En effet, un coup dans le réel, c'est le trauma, et un deuxième coup dans la représentation du réel, c'est le traumatisme. Les évènements potentiellement traumatiques qui peuvent être responsables d'une désagrégation psychique ne font pas l'objet d'une définition consensuelle. Néanmoins, trois conceptions de ces évènements émergent dans la littérature :

La première conception est celle décrite dans le DSM-5 (2015, p.347). Selon ce dernier, ce sont des expériences dans lesquelles les individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou ont subi des graves blessures, ou bien durant lequel leur intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée, de sorte que la réaction à cet évènement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. La deuxième conception est décrite selon Croq (1999, p. 432), comme un ensemble « *d'évènements agressants ou menaçants pour la vie ou pour l'intégrité* » comprenant les menaces de mort, les blessures, la souffrance, la torture et le spectacle de la mort d'autrui. Et la troisième conception est faite par Lebigot (2000, p. 21-25) et Barrois (1998, p. 264). Pour eux, il s'agit d'une « *confrontation au réel de la mort* » associée à une rupture du lien et du tissu social responsable d'une « *expérience de solitude absolue, rupture de tous liens communautaires et culturelles* ».

Il transparait à travers ces différentes définitions qu'il s'agit d'un évènement extérieur violent imposant une nouvelle réalité au sujet. Freud (1920), pense que l'angoisse (état

caractérisé par l'attente du danger et sa préparation), la peur (état face à un danger connu et identifié) et l'effroi (état face à un danger sans préparation) sont les trois réactions possibles face à un danger vital. C'est l'effroi, l'équivalent du « *schreck* » qui est le point de départ nécessaire et indispensable à la genèse d'une névrose traumatique. Freud insiste sur le caractère imprévisible que doit revêtir l'évènement traumatique afin que l'image de la mort puisse faire effraction dans le psychisme. Cette effraction se caractérise par un moment d'effroi qui pourra être ultérieurement à l'origine d'un TSPT. C'est dans l'effroi que se fait la rencontre avec le réel de la mort qui ne peut être réduit par la symbolique. Afin d'expliquer la blessure psychique au moment de l'effroi et ses conséquences, nous nous appuyerons sur le schéma métaphorique de Freud repris par Lebigot (2004).

**Figure 1 : Schéma métaphorique de l'effraction traumatique**



Source : Lebigot. F (2004).

Ils conceptualisent l'appareil comme une sphère, la vésicule vivante, protégée des agressions extérieures par une membrane de charges positives : le pare-excitation. Les angoisses viennent faire pression sur la vésicule vivante en la déformant sans la rompre. La production d'angoisse entraîne un renforcement des charges positives pour y faire face, mais une fois que l'angoisse se dissipe, la vésicule reprend sa forme initiale. Dans le trauma, la grosse quantité d'angoisse associée à l'élément de surprise, qui empêche la vésicule de renforcer ses charges positives, va provoquer une rupture de cette dernière : c'est l'effraction. L'image traumatique pénètre l'appareil psychique en repoussant des représentations et les signifiants pour aller s'incruster au plus profond de celui-ci proche du « *refoulement originnaire* » pré-langagier décrit par Lacan (2006, p. 65-82). Cette effraction issue d'une violente collision entre l'image de la mort et

l'appareil psychique est à l'origine de l'effroi et de la dissociation péri-traumatique. C'est cet impact que le cancer du sein produit.

Après tout, le mot « *trauma* », qui signifie « *blessure* » en grec, témoigne bel et bien de cette blessure psychique au moment de l'effraction. L'Homme vit comme s'il est immortel et ne possède aucune représentation consciente ou inconsciente capable d'accueillir dans son psychisme cette image mortifère. En plus de mettre fin à notre illusion d'immortalité, l'image de la mort devient un « *corps étranger interne* » (Freud cité par Deschamps, 1997) inassimilable et non symbolisable dont la persistance se manifeste dans le syndrome de reviviscence.

Cliniquement, l'effroi saisit brutalement et sur une courte durée la personne en danger. Lebigot, (2016, p. 229) note que les différentes sensations peuvent émerger de cet effroi et parfois perdurer dans le temps telles :

- L'abandon car la victime est désertée par le langage lors de l'effroi, ce qui l'expulse en dehors du monde des « *êtres parlants* ». Cette caractéristique rend l'effroi inaccessible au langage qui ne pourra exister que dans le récit « *d'après-coup* ». Cette éjection aura également pour conséquence un sentiment de déshumanisation et de honte.
- la culpabilité est très souvent retrouvée chez les traumatisés. L'origine de cette culpabilité s'explique par un mouvement régressif interdit vers cette originaire pré-langagier refoulé lors de l'expérience traumatique (selon Daligand, 1997, p. 248-249). L'originaire correspond au lieu de dépôt des premières expériences du nourrisson et de ses angoisses primaires (néantisations, morcellement, jouissance totale).

Ces éléments sont les fondements de la névrose traumatique secondaire à l'effraction dans le psychisme. Cette névrose est caractérisée par une période de latence, qui est une période de « *méditation* » plus ou moins longue avant que n'apparaissent les premiers syndromes de répétition « *psychopathologiquement explicable que par des mécanismes de déni de l'effroi* » (Lebigot, 2001, p. 245). Le déni peut porter sur l'expérience, s'étendre à l'image qui la cause ou à l'évènement, voir englober des périodes antérieures ou postérieures. Selon Lebigot (2001, p. 52), cette période de latence sous l'action du déni peut être de deux types : premièrement, elle est silencieuse et asymptomatique ; et deuxièmement, elle est symptomatique avec des manifestations psychopathologiques aspécifiques excluant le syndrome de répétition. L'aspect aspécifique de ces manifestations névrotiques rend l'épreuve (l'ablation) le plus souvent ardu,

qui n'est réalisé que rétrospectivement par les cliniciens, une fois l'écllosion des syndromes envahissant de répétition.

Ainsi, lorsqu'un sujet est exposé à un évènement d'ordre vital, l'effroi le saisit pendant une période relative dite « *période de médiation* » et le déni apparaît. Ce mécanisme de défense est important dans la mesure où il peut expliquer pourquoi le moment d'effroi n'apparaît pas dans le récit des évènements de certaines victimes. Pendant cette période d'effroi, les différentes sensations que peuvent avoir les sujets au point de ne vouloir en parler sont entre autres la honte et la culpabilité.

### **1.2.2. Honte, culpabilité et altération de la personnalité en psychopathologie**

Les émotions de manière générale ont un pouvoir sur le « bien-être » et les relations humaines. Tout comme il existe des émotions agréables et les émotions désagréables, la cancéreuse du sein arraché de son organe a honte et se rend coupable de n'avoir rien fait. Ainsi, quel impact ont la honte et la culpabilité sur la personnalité d'un sujet ?

#### **1.2.2.1. La honte**

Rycoft (1982 cité par di Vettimo, 2004, p. 50), auteur d'un dictionnaire de langue anglaise, écrit que « *la honte est la Cendrillon des émotions désagréables car on y a prêté beaucoup moins d'attention qu'à l'angoisse, la culpabilité, la dépression* ». Selon Daligrand (2006, p. 151), l'étymologie du terme « honte » renvoie à « honnir », vouer quelqu'un à la honte publique, à la désapprobation générale. Il sous-entend l'humiliation, le déshonneur, l'indignité. Ce que ressentent souvent les femmes atteintes de cancer du sein. Car d'après Daligrand (2006), il n'y a pas de honte sans trauma de quelque nature qu'il soit. Tout trauma peut entraîner une modification de l'image du moi traduisant une atteinte dans l'ordre symbolique et se cristallisant sous un affect : la honte.

Elle apparaît le plus souvent en réaction au regard d'autrui et vient marquer l'échec de la confirmation narcissique. Cette primauté du regard dans l'expérience de honte, trouve son hypothèse interprétative dans le fait que la honte prend sa source dans le regard de l'Autre, regard qui révèle au sujet ses propres limites, son incomplétude, autrement dit dévoile le décalage insoutenable entre l'image narcissique de soi faite de perfection et une image reconnue dans le regard de l'Autre, d'insuffisance et d'imperfection (Di Vettimo, 2004, p. 50). Nous nous situons là dans la perspective lacanienne classique qui postule, au sujet de l'Autre, que « ... *c'est de lui que le sujet se constitue, par quoi c'est de l'Autre que le sujet reçoit même le message qu'il émet* » (Lacan, 1960, p. 807).

Selon Barazer (2000, p. 9), l'approche phénoménologique de l'épreuve de honte montre qu'il se produit un instant de choc, un temps d'arrêt sur une image honteuse de soi qui provoque un état de confusion plus ou moins violent chez le sujet, venant l'ébranler dans ses assises narcissiques. « *La décharge fulgurante* » de honte témoigne fort de l'expérience émotionnelle où une part du plus intime de soi se trouve brutalement exposé, véritable mise à nu du sujet qui le confine dans un chaos narcissique. Dans l'expérience de honte, l'effet de transparence ressenti en est sans doute la traduction la plus explicite, qui ne saurait mieux s'exprimer que dans l'expression langagière, assez coutumière, de mise à nu. De ce point de vue, la honte réduit le sujet à une position d'objet alors qu'un pouvoir excessif est attribué au regard de l'autre, pouvoir d'accéder, dans une dimension scopique extrêmement forte, à son intimité. En d'autres termes, dans l'expérience de honte se produit une défaillance du moi, qui signale et marque le dépassement d'un seuil « ... où une part du plus intime de moi se trouve brusquement offerte « en pâture » à la jouissance d'autrui ».

Ce ravalement à une fonction d'objet engendre un grand désarroi chez la jeune femme mammectomisée, car elle est alors en proie à une incertitude narcissique angoissante. L'hypothèse ici envisagée prend en compte les deux instances psychiques de la personnalité que sont l'Idéal du Moi et le Moi-Idéal, dont les éléments déterminants en sont : d'une part le rapport de l'Idéal du Moi avec l'expérience de la maladie et de la blessure narcissique irréversible qu'elle provoque, d'autre part le Moi-Idéal en rapport avec la déchéance ressentie dans la honte consécutive au traumatisme, honte de n'être que la chose, l'objet, le déchet du cancer (Di Vettimo, 2004, p. 53-54). Ciccone (2020) dans la même optique note que la honte signe une situation de tension entre le moi et l'idéal du moi, et témoigne de l'échec du moi au regard de son projet narcissique. Dans la honte, le moi n'est pas fautif mais indigne. Pour lui, la honte ne peut pas être refoulée, elle peut être enfouie, mais se révélera dans le même temps, comme si le dedans et le dehors étaient sur la même face.

Dans ce sens, Guillaumin (1973) dit : lorsqu'on rougit de honte, ce qui est caché est en même temps visible du dehors. En outre, l'un des destins de la honte, ou l'un des contre-investissements, est l'exhibition car ce qui fait honte devient exhibé, montré, revendiqué (situations par exemple de l'obésité, l'anorexie, le handicap...). Il y a là comme un retournement anal-phallique. La honte renvoie donc au monde de l'analité, du cloaque anal. La situation prototypique de la honte, est comme celle dans laquelle le monde voit que l'enfant a déféqué dans sa culotte. Même si l'on retourne cette situation en exhibant le caca honteux comme un phallus brillant, la situation est réversible car le phallus brillant exhibé, fétichisé, peut

redevenir brusquement un objet fécal honteux.

#### **1.2.2.2. La culpabilité**

La culpabilité est une émotion aversive et douloureuse faite des regrets et des remords suscités par les propres actions ou inactions d'un individu (Baumeister et *al.*, 1994 ; Ferguson & Stegge, 1998). Selon Baumeister et *al.* (2007), c'est une émotion introspective résultant de la réflexion sur l'association entre le soi et l'événement négatif. Il est à noter que la culpabilité est différente du regret car elle est davantage liée à un préjudice interpersonnel tandis que le regret est plus lié à un préjudice intrapersonnel (Berndsen et *al.*, 2004). Dans ce sens, les individus ayants une conscience coupable ont tendance à se confesser, s'excuser et à réparer les fautes (même envers des personnes non pertinentes). Dans cette optique, Steele (1990) pense que la culpabilité est puissante car elle montre les aspects indésirables du soi. Elle est donc généralement liée à l'acceptation de la responsabilité et à la contrôlabilité du dommage (Manstead & Tetlock, 1989 ; Tracy & Robins, 2006).

Dans bien de situation telle que le cancer du sein, l'incompatibilité entre l'identité propre et ce que l'on veut devenir peut conduire à un échec d'acceptation de l'événement négatif si un individu essaie de maintenir sa propre identité (Tracy & Robins, 2004). Ainsi, la réciprocité sociale inhérente à la culpabilité peut rendre l'auto-condamnation dévastatrice pour le soi. Les individus qui se sentent coupables ont généralement des scores faibles sur les échelles de pardon envers soi (Strelan, 2007) et recherchent les punitions et les privations (Carveth, 2001 ; Lindsay-Hartz et *al.*, 1995 ; Nelissen & Zeelenberg, 2009 ; Roseman et *al.*, 1994). L'un des aspects les plus problématiques est que la personne commence à percevoir le monde d'une façon menaçante. Elle ne sait pas ce qu'elle peut espérer de la réalité. En outre, elle se sent vulnérable, car elle a vécu quelque chose où sa capacité de contrôle s'est retrouvée sérieusement amoindrie ou annulée. La personne peut donc devenir complètement inhibée, téméraire ou complètement altéré.

#### **1.2.2.3. L'altération de la personnalité**

L'altération de la personnalité correspond à l'épuisement des mécanismes de défenses suite à la honte et la culpabilité chez la femme amputée du sein. En effet, le psychisme va s'épuiser à force d'accumulations d'évènements de vie traumatique (Calza & Constant, 2002 cité par Othman Amami, 2006, p. 687). Autrement dit, la honte et la culpabilité vont les conduire progressivement à l'épuisement tant psychique que somatique et de ce fait à l'atteinte

narcissique, de la personnalité ou régression libidinale (Abraham et Ferenczi, 1918 ; Charpentier, 1918 ; Croq, 1974). Dans le même sens, Croq (1974) stipule que cette atteinte de la personnalité peut rendre le sujet pusillanime (poltron ou craintif), égocentrique, demandeur de protection avec une propension aux ruminations amères.

Par ailleurs, Fenichel (1945 repris par croq, 1999) décrit les altérations de la personnalité en stipulant qu'ils sont caractérisés par un triple blocage des fonctions du Moi dont le blocage dans les fonctions de filtrations de l'environnement, dans les fonctions de présence au monde, et dans les fonctions d'amour et de relation à autrui (Chahraoui, 2014, p. 17). Lors du blocage dans les fonctions de filtration de l'environnement, les victimes ne sont plus capables de filtrer, dans leur environnement, ce qui est dérangeur de ce qui est inoffensif. Afin de se protéger, elles sont dans un état de prospection permanente de leur environnement pour éviter les situations à risque. On voit s'exprimer ici les mécanismes évitants et pseudo-phobiques. Ces situations les plongent dans une hypervigilance et un état d'alerte permanent souvent associé à une lutte contre le sommeil.

Lors du blocage dans les fonctions de présence au monde, les traumatisés perdent leur volonté de présence au monde qui leur paraît loin, irréel et inintéressant avec une perte de curiosité pour ce dernier. De ce fait, ils délaissent leurs activités et leurs loisirs jadis motivants ; l'avenir leur semble bouché et sans promesse avec une vie fade et sans intérêt. Et lors du blocage dans les fonctions d'amour et de relation à autrui, les personnes traumatisées perdent leur capacité de relation objectale à autrui. La régression libidinale du traumatisés, atteint dans son narcissisme, consacre tout son amour à la réparation de son Moi blessé ce qui le rend indisponible pour les autres tout en les assaillant de demandes d'affection et de protection inextinguibles et capricieuses. On observe dans ces situations des états de dépendance affective alternés avec des revendications d'autonomie avec parfois des régressions infantiles.

### **1.3. LA THÉORIE DU TRAUMATISME : CANCER ET TRAUMATISME OU TRAUMATISME ET CANCER ?**

Cette section repose sur une question qui a fait objet des recherches en psychosomatique psychanalytique à propos de qui précède l'autre entre le cancer et le traumatisme (Deschamps, 1997 ; Smadja, 2007 ; Ait-Kaci, 2014). Deschamps (1997, p. 209), assimile cette réflexion à la question insoluble de l'œuf et la poule qui était le premier. En outre, est-ce le cancer qui fait le trauma ou les traumatismes qui « *fabriquent* » le cancer ? Selon elle, toutes les deux thèses peuvent être démontrées et démontées, notamment à l'après coup si l'on s'appuie sur chaque

personnalité, surtout les plus fragiles et « à risque cancéreux » pour comprendre son cancer en termes de cause à effet du style boule de billard.

Freud (1895, 1920) a eu à y réfléchir et a mis en lumière la constitution du trauma en deux temps : le temps réel lié à l'événement et le temps de son élaboration psychique comme une effraction venue de l'intérieur et non plus de l'extérieur. En écoutant ses patientes hystériques, il avait découvert le lien entre les traumatismes sexuels relatés par celles-ci et leurs symptômes hystériques. Cherchant à suivre à la trace le fil du trauma pour remonter à la source des faits, il arriva à douter de cette hypothèse et à prendre du recul par rapport aux dires de ses patientes. « *On ne peut accuser tous les pères de séduction* », écrit-il à Fliess, « *ou alors le mien aussi* » (Deschamps, 1997, p. 210).

L'abandon de la « *neurotica* » l'amènera alors à mettre à jour le poids des fantasmes de séduction chez ses patientes et le travail psychique du refoulement, à la mesure de la violence des désirs œdipiens, réactivés à l'adolescence. Il sort ainsi le symptôme de la pure causalité événement pour le relier avec le difficile travail d'explication de chacun avec son propre désir (Freud, 1897 cité par Deschamps, 1997, p. 210). C'est dans cette suite que Laplanche (1989, p. 273) dit : « *le terme même de « trauma » en grec ramène aux racines : percer, trouser, pénétrer, où la pénétration sexuelle est explicitement présente* ». Cela nous ramène aux descriptions définitives de Freud (1920 cité par Laplanche, 1989, p. 273) lorsqu'il soutient que le trauma est une effraction, « *effraction étendue et non pas limitée d'une enveloppe* ».

L'enveloppe dont parle Laplanche (1989) est l'enveloppe corporelle et l'enveloppe psychique. Car selon lui, même s'il s'agit de l'enveloppe corporelle, c'est le passage de l'externe à l'interne qui constitue la fixation du traumatisme comme une « épine dans la chair ou pourrait-on dire une véritable épine dans l'écorce du Moi. C'est bien le Moi corporel qui est en définitive touché, cette invasion impliquant la nécessité d'employer tous les moyens de fortune pour bloquer l'envahisseur avant même de penser à l'évacuer. L'organisme ainsi atteint ne peut qu'être relié à toute une série d'enveloppements des enveloppes les unes par rapport aux autres : le corps et l'appareil psychique (Laplanche, 1989, p. 70 cité par Deschamps, 1997, p. 210). De ce fait, les événements de vie stressant peuvent entraîner le cancer (Smadja, 2007) tout comme le cancer peut entraîner le traumatisme (Deschamps, 1997 ; Pucheu, 2004 ; Gros, 2007).

Ce qui précède permet de comprendre que le cancer est une maladie suscitant des représentations ou fantasmes. C'est une maladie d'origine purement biologique simple ou complexe mais aussi, peut-être perçue par les profanes et les malades comme une pathologie biologique d'origine mystico-religieuses. Autrement dit, le cancer est une maladie biologique ou une effraction corporelle pouvant soit venir de l'intérieur du corps ou soit venir de l'extérieur du corps. Toutefois, cette maladie qu'elle soit d'origine interne ou externe altère aussi bien le sujet dans son fonctionnement biologique mais également sur le plan psychosocial. Sur le plan biologique, l'altération peut être par exemple le vide et la cicatrice laissée par la mastectomie. Et sur le plan psychosocial, le vide et la cicatrice peuvent par exemple générer la honte chez les sujets et les regrets (culpabilité) d'une action ou inaction des sujets. D'où la nécessité de la théorie du traumatisme dans ce chapitre en ce sens que l'ablation du sein produit un choc traumatique intense qui a des conséquences sur l'ensemble de la vie psychique des cancéreuses du sein. L'ablation étant considéré comme une perte d'objet corporel, nous allons dans le chapitre suivant aborder le concept du corps et du travail psychique mobilisé lors d'une perte d'organe corporel.

## **CHAPITRE 2 : PROCESSUS DE MENTALISATION ET REPRISE DU MOI-CORPS**

Ce chapitre traite des concepts et des contours théoriques qui constituent le fondement de la recherche. Dans un premier temps, le concept du corps est revu et dans un second temps celui du travail psychique mobilisé par l'effraction du corps.

### **2.1. LE CORPS**

La conception du corps diffère selon les domaines. C'est la raison pour laquelle sera présenté dans cette partie la conception du corps en biologie, en anthropologie et en psychopathologie.

#### **2.1.1. Le corps en biologie**

L'étymologie du mot corps vient du latin corpus qui, dès l'origine « *est pris dans le sens de l'opposition « corps-âme », opposé à anima ou animus, et désigne non seulement l'organisme vivant, mais aussi le corps inanimé, le cadavre (peut-être par traduction du grec sóma...)* » (Lecordier, 2012, p. 130). Le dictionnaire Larousse (2000) définit le corps comme le tronc de l'Homme par opposition à la tête et aux membres. Selon Lebreton (2008, p. 110), l'essor de l'anatomie et de la chirurgie lors de la renaissance a changé la conception cosmique du corps du dualisme « corps-esprit ». Le corps est désormais appréhendé sur un modèle mécaniste, il est progressivement vidé de sa nature sacrée et optant pour un dualisme méthodologique de la médecine qui fait de l'homme le propriétaire plus ou moins heureux d'un corps soumis à ses lois biologiques propres. La maladie est considérée comme issue d'une faille qui ne concerne que l'organique. Ainsi, le corps biologique désigne soit l'ensemble des parties d'un organisme vivant, notamment des animaux ou soit le cadavre d'une personne décédée.

#### **2.1.2. Le corps en anthropologie**

##### **2.1.2.1. Le concept du Corps en anthropologie selon Le Breton**

Sur le plan socio-culturel, Le Breton (2005) souligne que le corps est le lieu du contact privilégié avec le monde et qui est sous les feux des projecteurs. Il est une construction sociale ayant des fonctions diverses. Le corps est façonné par le contexte social et culturel qui lui inculque des valeurs sociales, morales et sur la base des normes édictées par la société, dans laquelle il interagit. Le corps est également défini selon Le Breton (2005), comme le vecteur sémantique par l'intermédiaire duquel se construit l'évidence de la relation au monde,

notamment à travers les activités perceptives, l'expression des sentiments, les étiquettes des rites d'interactions, les gestuelles et les mimiques. C'est également la mise en scène de l'apparence, de jeux subtils de la séduction, des techniques du corps, de l'entretien physique, de la relation à la souffrance et à la douleur. Selon lui, le corps n'existe dans la globalité de ses composantes que grâce à l'effet conjugué de l'éducation reçue et des identifications qui ont porté l'acteur à assimiler les comportements de son entourage. Dès lors, l'existence est d'abord corporelle, dans la mesure où l'apprentissage des modalités corporelles de la relation de l'individu au monde ne s'arrête pas à l'enfance. Il se poursuit toute la vie entière, selon les remaniements sociaux et culturels qui s'imposent dans le style de vie, les différents rôles qu'il convient d'assumer dans le cours de l'existence. En somme, le corps n'a de sens que s'il est la résultante de l'intégration des valeurs socioculturelles à la structure de la personnalité de l'individu, et ceci se fait au travers de la socialisation du point de vue sociologique, notamment en fonction du genre.

### **2.1.2.2. Corps en anthropologie et genre**

Contrairement à la biologie qui assimile le terme « *corps* » par les cellules, appareils, systèmes ou organes, l'anthropologie l'entrevoit par le terme « *genre* ». Le corps en anthropologie renvoie à « *un réseau de représentations, établies sur les standards culturels en matière de masculinité et de féminité, spécifiant les droits et les devoirs ainsi que la manière d'être des deux groupes* » (Durand-Delvigne, 1990, p. 70). Le genre apparaît comme une construction en interaction permanente avec des normes socio-culturelles. La féminité et la masculinité sont donc des repères culturels qui fixent les comportements, attitudes et valeurs attendus au sein d'un groupe social, mais qui peuvent être diversement appropriés selon les individus. La force, la ténacité, la compétence, le potentiel sexuel, l'indépendance, la dominance et l'agressivité constituent les attributs essentiels de la masculinité (comprise ici comme masculinité socialement valorisée). Or, la féminité traditionnellement valorisée est caractérisée par la douceur, beauté, soumission, dépendance, repliement sur soi, finesse, souplesse. Dans le cadre de la théorie socio-culturelle, ces attributs sont pensés comme des normes auxquelles de nombreux individus tentent de se conformer.

En anthropologie, le corps se conçoit à travers les attributs sexuels historiquement construits et constitutifs. Les différences de comportements, de valeurs, d'attitudes, d'occupations mais aussi de rôles sociaux entre hommes et femmes sont la conséquence d'une socialisation différenciée selon le sexe, transmise par les parents et les membres de la communauté. Selon Cusumano & Thompson (1997), cette conception socioculturelle passe par l'exposition aux normes, leur conscience et leur intériorisation.

Des idéaux corporels, spécifiques à un environnement social et culturel, définissent ce que doivent être corporellement les femmes ou les hommes pour être considérés comme féminines ou masculins. Le corps est envisagé ici comme l'ensemble des caractéristiques et attributs matériels visibles : particularités anatomiques (morphologie, couleur, taille des différents segments, visage, pilosité ...) et attributs extérieurs tels que vêtements, bijoux, maquillage.

D'une manière générale, le corps de la femme est un corps pensé comme un « *objet esthétique* » morcelé et soumis au regard : le nez, le visage, les hanches, les bras, la poitrine, les jambes, les pieds, les épaules, la coiffure ... (Fredrickson & Roberts, 1997). À l'inverse, le corps de l'homme est pensé comme un corps « *fonctionnel* ». Il est caractérisé et évalué en fonction de sa force musculaire, son niveau d'énergie, son agilité, sa santé, sa condition physique, son degré de coordination ou son activité sexuelle (Franzoi, 1995). Cette conception qui distingue corps « *objet esthétique* » et corps « *fonctionnel* » est une conception dominante, révélatrice de la distinction entre l'idéal corporel féminin et l'idéal corporel masculin.

### **2.1.3. Le corps en psychopathologie**

#### **2.1.3.1. Définition du corps en psychopathologie**

En psychopathologie le corps occupe une place importante aussi bien pour le développement psychosexuel que pour le fonctionnement mental. Le regard de la psychanalyse l'ayant compris comme le support de la double expérience notamment l'exigence pulsionnelle et motrice, présente ce corps comme le « *pivot du processus de subjectivation* ». Le corps est de ce fait considéré « *comme le support de l'expérience subjective, c'est-à-dire comme le point d'ancrage des différentes modalités d'être-au-monde du sujet* » (Roman & Dumet, 2009, p. 208). Ces auteurs mettent un accent particulier sur le corps en acte, qui est particulier pour les sujets ayants subies une amputation de leur corps. Ils disent à ce sujet que « *Le corps en acte pourrait alors figurer une compréhension de l'inscription du travail de la symbolisation à la charnière de l'intrapsychique et de l'intersubjectif* » (Roman & Dumet, 2009, p. 208). Le corps en acte particulier après une opération est marqué par la violence et l'automutilation, ainsi que le désinvestissement narcissique, contrairement au corps de l'enfant (Deschamps, 1997). La définition du corps connue, définissons le concept de Moi-corps.

### 2.1.3.2. Le Moi-corps

Le Moi-corps, c'est « *la personne dans son entier (le Moi-corps) qui est investie* » (Bergeret et al., 2008, p. 73). A cette définition, se greffe celle de Roman et Dumet (2009, p. 208) qui se réfèrent à Freud (1923) pour qui le Moi-corps se résume au « Moi ». Au sens de Freud (1923 cité par Deschamps, 1997, p. 170), « *le moi est avant tout un Moi-corps* ». Freud a conçu le « *Moi* » qu'il nomme encore le Moi- corps et qui est une partie du ça. Il est issu du complexe primordial et a été modifié par l'objet extérieur à travers l'identification primaire. On voit ainsi que le corps n'est plus le terrain spatial et géographique qui s'offre au médecin chargé d'y lire des signes et d'établir des significations pour identifier la maladie et prescrire une thérapeutique. Mais a une logique inconsciente et ses lois. Pour Freud (1923, p. 270),

le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source à la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et de plus, comme nous l'avons vu plus haut, il représente la surface de l'appareil mental.

Freud (1923), s'intéresse à la séparation du Moi et du Ça et fait apparaître que c'est le seul passage où il soit explicitement possible de voir le corps à l'œuvre. Selon Anzieu (1995), le Moi-peau joue le même rôle que le Moi-corps. Il se greffe à une métonymie. Ainsi perçu, le Moi et la peau ne constituent qu'une seule réalité, l'un jouant le rôle de contenant (la mère) et l'autre le rôle de contenu (l'enfant). Le Moi-Peau joue le rôle d'Ellipse parce que le Moi et la peau signifient en fait la même réalité et jouent le même rôle de support de toutes les enveloppes visuelles, olfactives et sonores. Bion (1965) montre l'aspect primordial du Moi-corps qui est à la base de toute activité psychique et il dit à ce sujet que là où un Moi-corps protomental n'est pas advenu de la transformation par identification à l'objet du ça somatopsychique, adviendra une somatopsychose dont les transformations psychotiques. Cette conception nous amène à distinguer deux types de corps non désintriqualable car l'un c'est l'autre : le corps anatomique et le corps fantasmatique (Moi-corps) respectivement appelés par d'autres auteurs, schéma corporel et l'image du corps.

### **2.1.3.2.1. Le schéma corporel et image du corps**

Des années 30 aux années 70, divers auteurs ont exploré le concept d'image du corps. L'image du corps est une théorisation (non aboutie) des psychanalystes (Pireyre, 2011) dont la première définition a été proposée par le neurologue et psychanalyste Schilder en 1935. Par la suite, différents psychanalystes tels que Lacan et Dolto se sont intéressés à cette notion. D'autres disciplines l'on également étudié comme la psychiatrie pour rendre compte des distorsions des sensations corporelles observées dans certaines psychoses, la neurologie pour expliquer les sensations de membres fantômes ou encore la psychologie (Bruchon-Schweitzer, 1990). De plus, le concept d'image du corps a été investigué dans des domaines spécifiques de recherche comme l'oncologie.

#### **2.1.3.2.1.1. Schilder (1935) : première théorisation de l'image du corps**

Schilder va introduire l'expression « *image du corps* » en insistant sur l'existence d'une image optique à laquelle la perception est rapportée : « *L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-mêmes* » (Schilder, 1935, 1968, p. 35). Selon lui, l'image du corps est une représentation à la fois consciente et inconsciente du corps et un concept multidimensionnel composé de trois dimensions :

- une dimension physiologique : l'image du corps s'appuie sur des bases organiques et notamment les sens comme la vue et la perception kinesthésique ;
- une dimension sociologique : l'image du corps se construit à travers l'histoire personnelle du sujet, ainsi que dans la relation à l'autre ;
- une dimension libidinale : l'image du corps est investie par la libido, d'abord investie en totalité dans le corps. Elle peut ensuite se fixer sur des zones corporelles précises comme les orifices du corps.

Contrairement à Schilder, le neurologue et psychiatre Lhermitte (1939) indique que l'image du corps dans son ensemble peut être considérée comme libidinalisée. Pour lui, il existe en chacun de nous, un effleurant seuil de conscience d'une image et d'un schéma tridimensionnel du corps essentiellement plastique qui doit être entendu comme tout l'opposé d'une image statique, car le passé y inscrit sans répit des traits nouveaux. Ainsi, c'est grâce à l'existence de notre image du corps qu'il nous est possible de sentir, de percevoir, enfin de développer notre action sur nous-mêmes et le monde qui nous entoure (Lhermitte, 1939, 1998, p. 15).

Il rappelle également à partir des travaux de Wallon que la connaissance de la forme du corps

n'est pas innée mais acquise, et qu'elle s'inscrit dans les structures cérébrales. Il note qu'il serait bien vain de chercher à découvrir dans le système nerveux un dispositif fixe et rigide comme soutien organique d'une image si variable, si chargée de sens et d'histoire. Ainsi, l'auteur nous indique que l'image du corps ne peut être réduite à un modèle postural, notamment parce qu'elle est « *chargée de sens et d'histoire* » (Morin & Thibierge, 2004).

#### **2.1.3.2.1.2. Lacan (1949) : stade du miroir**

À partir des observations faites par Wallon (1931) relatives au passage d'un corps morcelé (état réel) à l'identification à une image (virtuelle), Lacan (1949) souligne l'importance du stade du miroir dans la construction de l'identité personnelle. Au cours de ce stade (entre 6 et 18 mois), l'enfant placé devant un miroir, s'identifie à une image d'un corps complet, debout et unitaire. L'adulte auprès de l'enfant indique et reconnaît ce corps comme étant celui de l'enfant singulièrement nommé. Des mots et des éléments symboliques sont attachés au corps reflété dans le miroir permettant ainsi une identification symbolique. Ainsi, l'enfant reconnaît son propre corps comme étant un tout, une forme semblable à celui d'autrui tout en étant cependant son propre corps spécifiquement nommé et singulier. C'est à la liaison complexe qui noue le corps réel, sa forme comme image et ce qui le désigne dans l'ordre du langage (symbolique) que la psychanalyse donne le nom « *d'image spéculaire* » (Morin & Thibierge, 2004).

#### **2.1.3.2.1.3. Dolto (1984) : l'image inconsciente du corps**

A partir de cette notion « *d'image spéculaire* » évoquée dans le stade du miroir de Lacan, Dolto (1984), évoque le terme d'« *image inconsciente du corps* ». A travers ses travaux, elle va distinguer deux notions : celle d'image du corps et celle de schéma corporel. Dans ses écrits, Schilder (1935) avait entretenu la confusion entre ces deux notions : Le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Nous pouvons aussi l'appeler « *image du corps* », terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination : un « *apparaître* » à soi-même du corps [...] (Schilder, 1935, 1968, p. 35).

Pour Dolto (1984, p. 22), « *si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus (à peu près de même âge, sous le même climat) de l'espèce humaine, l'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet, et à son histoire* ». Ainsi, l'image du corps n'est pas une donnée anatomique naturelle comme peut l'être le schéma corporel : elle s'élabore dans l'histoire du sujet. Dolto va ainsi distinguer trois modalités d'une même

image : image de base, image fonctionnelle et image érogène, « *lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution* » (Dolto, 1984, p. 49).

L'image de base permet au sujet de se sentir exister de façon continue malgré les mutations de la vie, les déplacements de son corps et les épreuves qu'il subit. L'image fonctionnelle permet d'assurer l'identité et d'établir des relations avec l'environnement. C'est une image active qui vise l'action pour satisfaire le désir. L'image fonctionnelle doit permettre une utilisation adaptée du schéma corporel. Enfin, l'image érogène assure l'identité sexuée en permettant d'ouvrir « [...] au sujet la voie d'un plaisir partagé, humanisant en ce qu'il a valeur symbolique » (Dolto, 1984, p. 57). Ce plaisir peut être exprimé non seulement par mimique et agir, mais aussi avec des mots dits par autrui. L'image du corps est la synthèse de ces trois images « [...] reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce que j'appelle l'image dynamique » (Dolto, 1984, p. 57). L'image dynamique correspond au « *désir d'être* » et de « *persévérer dans un avenir* » (Dolto, 1984, p. 57).

#### **2.1.3.2.2. Le corps : un concept indissocié de la pulsion**

Pour montrer l'indissociabilité du corps et de la pulsion, Freud (1915 cité par Deschamps, 1997, p. 171) dit :

Le concept de pulsion nous apparaît comme un concept limite entre le psychisme et le somatique, comme le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme mesure de l'exigence du travail qui est imposé au psychisme en conséquence de sa liaison au corps.

Selon Freud (1915), la pulsion est une pièce maîtresse dans l'analyse du psychisme humain. Partant de l'origine phylogénétique de la pulsion, il distingue quatre paramètres à l'origine de la pulsion à savoir la poussée, le but, l'objet et la source. Selon lui, l'objet de la pulsion est celui dans lequel ou par lequel la pulsion peut atteindre son but. L'objet n'est pas nécessairement un objet étranger, mais tout aussi bien une partie du corps. Il s'insère entre la source et le but et rend possible la satisfaction. La source de la pulsion quant à elle est une partie du corps dont l'effet stimulant est représenté dans la vie psychique par la pulsion.

Freud (1915) dira à ce sujet que la « *source* » de la pulsion correspond à un processus

somatique localisé dans une partie du corps et qui provoque une excitation, laquelle est représentée par la pulsion. La poussée quant à elle est « *l'essence même de la pulsion* », ce que Freud nomme le « *moteur de l'activité psychique* » alors que le « *but* » de la pulsion n'est rien d'autre que la satisfaction qu'on en tire le plaisir, la libido. Le but dans la pulsion à ce rôle qu'il permet la suppression de l'excitation à l'origine de la pulsion. Freud souligne cependant que certaines pulsions sont « *inhibées quant au but* ». Tous les buts en son sens ne peuvent ne pas être atteints.

Freud (1915, p. 18), partant du postulat selon lequel toute source de pulsion est corporelle, propose de distinguer « *deux groupes de pulsions originaires* » à savoir : les pulsions d'autoconservation et les pulsions sexuelles. La pulsion de vie est celle de l'autoconservation comme l'alimentation et la pulsion de mort, une pulsion sexuelle d'autodestruction. Ainsi donc, la pulsion de vie construit, assimile, tandis que la pulsion de mort inhibe, démolit, désassimile. Cependant, ces deux pulsions sont inaccessibles directement et ne nous sont connues que par leurs représentants psychiques et indispensable à la vie psychique.

Ainsi, pulsions de mort et pulsions de vie sont deux grandes catégories de pulsions que Freud oppose dans sa dernière théorie (Pommier, 2019). Pour résumer, peut retenir trois éléments importants : D'abord, les pulsions de vie tendent à constituer des unités toujours plus grandes et à les maintenir. Désignées par le terme d'Eros, elles recouvrent non seulement les pulsions sexuelles mais aussi les pulsions d'autoconservations. Les pulsions de mort, quant à elles, tendent à la réduction complète des tensions, à ramener l'être vivant à l'état anorganique. Elles sont régressives. Tournées d'abord vers l'intérieur et tendant à l'autodestruction, elles seraient secondairement dirigées vers l'extérieur se manifestant sous la forme de pulsions d'agression ou de destruction.

Ensuite, la pulsion de mort représente la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique. Cela concorde avec la formule selon laquelle cette pulsion tend à retourner à l'état antérieur, c'est-à-dire à l'avant coup (Maillard, 2010, p. 62-63 ; Martins, 2005, p. 165). La libido a pour tâche de rendre inoffensive cette pulsion destructrice et tente à neutraliser son caractère mortifère en la dérivant en grande partie vers l'extérieur, en la dirigeant contre/vers les objets, assez tôt à l'aide de la musculature puis de la vision. Cette pulsion s'appelle alors tantôt pulsion de destruction, pulsion d'emprise, ou, si l'on peut dire, en termes *nietzschéens*, tantôt *volonté de puissance*, dans l'idée de domination de l'autre, tantôt pulsion de vie dans l'idée de réunion érotique avec l'autre.

Ce que Freud (1915 cité par Martins, 2005, p. 172) appelle la polarité amour-haine est

une manifestation des pulsions de vie et de mort. Pour comprendre, si nous considérons que nous aimons ce qui nous fait du bien et haïssons ce qui nous fait du mal. Or, rien ne nous fait que du bien ou que du mal. Il s'ensuit que rien n'est plus naturel que cette coexistence qui ne devrait finalement même pas être prise comme une polarité, puisque les deux sont si imbriqués qu'il est impossible de les classer dans des pôles opposés. Et cela, non pas parce qu'ils seraient amalgamés comme deux composantes, mais parce que, précisément, ses frontières ne sont pas nettes. Et encore, ses frontières ne sont pas nettes simplement parce qu'il ne s'agit pas de deux « *substances* » ou deux « *choses* », mais de deux affects, avec tout ce qu'un affect peut avoir de nuancé.

Et enfin, Freud (1923) par exemple énumère trois destins possibles pour les pulsions de mort : fusionner avec les pulsions sexuelles ou érotiques en général et par là perdre leur caractère destructif ; se dévier vers le monde extérieur sous la forme de la violence (sadisme) ; et rester dans l'intérieur de l'individu comme autodestruction (masochisme). Ces trois destins coexisteraient à des degrés différents en chaque personne. Ainsi, la pulsion de mort est au centre du fonctionnement psychique. Elle apparaît lorsque le fonctionnement psychique rencontre des menaces. Elle se manifeste par le sadisme et/ou le masochisme qui se mettent en place comme des mécanismes d'expressions d'affects indésirables que les rêves, compulsions ou somatisations pourront atténuer.

A propos du cancer, Deschamps (1997, p. 239-240) émet deux réflexions. Dans la première, elle dit : lorsque son apparition menace l'intégrité et la continuité de ces zones-là du corps, aussi essentielles à la structuration de l'image du corps, elles risquent effectivement de devenir des lieux hémorragiques de la continuité narcissique et d'être désinvesties des pulsions de vie, par la pulsion de mort localisée dans ces organes meurtris. En même temps, surgissent des représentations archaïques très angoissantes. Selon elle, l'image de base ne peut être atteinte, ne peut être altérée sans que surgissent aussitôt une représentation, un fantasme qui menace la vie même. Ce fantasme n'est pourtant pas le produit des pulsions de mort car celles-ci sont inertie vitale et sans représentation (Dolto, 1984).

Et dans la seconde, elle dit : lorsque l'image de base est menacée, il apparaît un état phobique, moyen spécifique de défense contre un danger ressenti comme persécutif, la représentation de cette persécution fantasmée étant elle-même liée à la zone érogène actuellement prévalante pour le sujet. Celui-ci réagira donc à ce qui met en danger son image de base par un fantasme de persécution viscérale, ombilicale, respiratoire, orale, anale, crever-éclater aussi selon le moment traumatique, le premier éprouvé dans son histoire. Ainsi, Dolto

rejoint Dougall (1980) lorsqu'elle suppose quelque chose de plus archaïque dans les troubles psychosomatiques que les troubles hystériques et où ce serait le narcissisme primaire de base qui serait atteint. Ce qui peut aussi conduire l'appareil psychique à un mode de fonctionnement « opératoire ».

### ➤ **La Pensée Opératoire : qu'est-ce que c'est ?**

Selon M'Uzan & David (1963), la pensée opératoire (PO) est un sentiment de « *malaise contre-transférentiel* », lassitude, ennui du fait d'un discours marqué par la factualité des faits. Cette relation blanche, coupée de l'histoire subjective du patient, singulièrement celle fantasmatique et imaginative, paraît « anhistorique ». Pour Pirlot (2014, p. 74), « *la pensée opératoire se définit comme essentiellement une pensée consciente qui peut se retrouver [...] dans d'autres contextes nosologiques que chez les seuls sujets « psychosomatiques ».*

Le concept de PO s'intègre donc dans un corpus métapsychologique dans lequel les notions d'élaboration mentale, de « *mentalisation* » s'ouvrent sur les notions de « *névroses bien mentalisées* » (psychonévroses de défense) et de « *névroses mal mentalisées* ». Dans les types de « *névroses* » dans lesquelles l'activité de représentation (des affects) est insuffisante par carence et déséquilibre au regard de la vie pulsionnelle surchargée, la PO offre un contenant cognitif à la discordance entre organisation mentale et vie affective. C'est dans ce sens que Marty & M'Uzan (1963) disent que si certains affects sont liés à l'organisation mentale à ses différents niveaux d'élaboration, d'autres, plus primitifs, existent indépendamment d'elle.

#### - **Les caractéristiques de la pensée opératoire**

Selon Pirlot (2014, p. 74), les douze caractéristiques de la PO sont :

- une pensée utilitariste, factuelle, tournée vers le concret, l'objet qui n'utilise pas de mécanismes mentaux névrotiques ou psychotiques relevant d'une pensée sexualisée (avec une relative phobie de la « *vie intérieure* », des souvenirs, sentiments, émotions, etc.) ;
- qu'elle est efficace et adaptée à des réalités d'un autre ordre que celle affective ou fantasmatique et sans recul par rapport aux choses ;
- qu'elle double et illustre l'action sans association d'idées ou traces d'identification même partielle ;
- qu'elle est sans lien avec l'activité fantasmatique ;
- qu'elle est « *sans association* » et en relation immédiate avec la sensori-motricité ;

- que l'isolement de l'inconscient refoulé ne paraît pas de type obsessionnel puisqu'il ne procède pas à la distanciation par manifestation mentale ou verbale du matériel psychique ;
- qu'elle illustre un mode original de relation d'objet ;
- il lui manque toujours la référence avec un objet intérieur réellement vivant ;
- qu'elle apparaît dépourvue de valeur libidinale ;
- qu'elle ne permet pas l'extériorisation de l'agressivité sadomasochiste ;
- qu'elle est le témoin du mauvais fonctionnement du préconscient qui nécessite permanence, épaisseur et fluidité. Ce mauvais fonctionnement se manifestera par la pauvreté ou l'absence de la vie onirique n'évoquant que la vie de travail, sans grande manifestation des mécanismes de déplacement, condensation ou dramatisation ;
- qu'elle sert de contenant cognitif à un psychisme sans bon objet interne et également à la dépression essentielle.

#### - Causes ou origines de la pensée opératoire

La PO est liée à la faillite de la mise en place d'un mécanisme précoce de défense antérieur à celui du refoulement du fait de traumatismes précoces « *dévastateurs* » selon Sifneos (cité par Pirlot, 2014). Selon Freud (1915), ce processus est celui du renversement-retournement antérieur au mécanisme du refoulement concomitant à la mise en place de l'hallucination négative (de la mère) et l'entrée dans le monde de la représentance pulsionnelle et donc celle des affects. Green (1973) rappelle que cette fonction de « renversement-retournement » qu'il appelle « double-retournement » est la précondition du refoulement. Selon lui, le renversement en son contraire [Verkehrung] [...] se résout en deux processus distincts dont le retournement d'une pulsion, de l'activité vers la passivité et le renversement quant au contenu. Les deux processus, parce que distincts par essence, sont donc à traiter séparément.

Ce double retournement produit selon Green (1973) une sorte de « *clôture interne qui double le pare-excitation externe* » qui, chez ce sujet comme chez les futurs « *opératoires* » va s'avérer insuffisant et donner un échec de la constitution des espaces psychiques (psychose a minima, « *blanche* »). Cet échec provient également du maintien anachronique de dénis antérieurs plus archaïques mais efficacement protecteurs contre l'effraction pulsionnelle et émotionnelle. Or, ce mécanisme de double-retournement ne peut se construire que par une négativation de la présence de la mère ou de l'objet en sa présence. Il advient donc avec la mise en place de la « *structure encadrante* » abritant la perte de la perception de l'objet maternel :

hallucination négative de celle-ci précondition de toute représentation, symbolisation de l'absence de l'objet primaire.

Lorsque l'enfant prend conscience de son identité féminine lors de l'œdipe, elle tient au rôle de la femme parfois en imitant sa mère ou en portant ses soutiens à gorge. Tous ces investissements montrent déjà le contact avec son corps, son organe de féminité du désir de ressembler « à *maman* ». Lorsque le sein est infecté, c'est le contact de ressemblance qui est interrompu, ce qui persiste de cette expérience est la trace du contact corporel, le plus souvent les soutiens à gorge de la mère qui constituent une structure encadrante abritant la perte de la perception de l'objet maternel, comme une hallucination négative de celle-ci. C'est sur ce fond de négativité que vont s'inscrire les futures représentations d'objet abritées par la structure encadrante (Green, 2002).

Pour Pirlot (2014, p. 78), « *l'hallucination négative porte sur un percept extérieur* ». Si celle-ci devient manquante comme objet intérieur sécure (PO) ou, au contraire, se présente comme trop attachée, fusionnelle à son nourrisson, l'hallucination négative se portera sur un percept intérieur (désaffectation au sens de supra selon McDougall). Cette perturbation dans la mise en place des processus antérieurs au refoulement et de la positivité/négativité perceptive (hallucination négative) laisserait perdurer une forme de « *dissociation soma-psyché* ». C'est dans ce sens que Winnicott (1949) affirme : « *l'un des buts de la maladie psychosomatique [étant] de retirer le psychisme de l'esprit et de le faire revenir à son association intime et primitive avec le soma* ». Pour lui, le nourrisson ou l'infans avant la parole est éminemment psychosomatique. Car il éprouve (perception sensorielle, éprouvé proprioceptif) plus qu'il ne pense la perte de l'objet et du lien. Ainsi, la réaction du nourrisson et dans ce contexte la jeune femme post-mammectomisée est psychosomatique si l'absence dure et n'est pas suppléée.

Chez l'adulte, ces fonctions du comportement opératoire témoignent d'une économie de détresse... de survie. Krystal & McDougall (cités par Pirlot, 2014, p. 79) considèrent la PO comme un mode de fonctionnement mental pathologique lié à des dysfonctionnements dans des interrelations précoces. Pour Krystal, il y aurait un défaut d'identification à un objet primaire sécurisant : ceci renvoie à la mère déprimée et en cela insécure « *mère morte* » selon André Green. C'est également d'après Marty (1980) dû à la fonction maternelle, « *tampon pare-excitation* » entre elle et son nourrisson qui a été défailante.

#### - **Manifestations de la pensée opératoire**

Selon Pirlot (2014, p. 75), le couple dépression essentielle (chute du tonus psychique et des

désirs sexuels, objectaux, créatifs) et rupture/coupure des processus primaires de pensée, donne à la PO une valeur fonctionnelle de processus secondaire, sauf que celui-ci se porte sur des choses, jamais sur des produits de l'imagination. Le cloisonnement entre l'inconscient refoulé n'empêche pas des courts-circuits entre Moi et Ça, apparaissant lors de raptus comportementaux ou, précisément, dans les somatisations à la suite d'un bouleversement affectif, ou encore dans les rêves crus témoins d'absence de travail de déplacement, condensation, dramatisation.

Concernant les sujets somatisant, McDougall (1984) avance l'idée de deux mécanismes de défense à l'œuvre dans ce type d'organisation : la désaffectation et la dispersion. La désaffectation consiste à éjecter précocement puis préventivement toute représentation surchargée d'affects du champ de la conscience. Elle aboutit à une parole désaffectée dans laquelle les mots sont vidés de leurs contenus affectifs et pulsionnels. Et la dispersion plus proche de la PO est un mécanisme de défense consistant à disperser un ressenti émotionnel douloureux par le recours prépondérant à l'action ou à la forme de solution addictive. Dans ce sens, McDougall (1984 cité par Pirlot, 2014, p. 76) considère les conduites addictives comme l'expression d'une resomatiation des affects du fait de l'incapacité à les élaborer. Les douleurs physiques des cancéreuses peuvent conduire ces dernières à des surdosages des médicaments.

Pour McDougall (1978 cité par Pirlot, 2014, p. 77), l'organisation « *psychosomatique de la personnalité est [ainsi] une défense massive contre la douleur mentale sous toutes ses formes, dans la relation à soi, aux exigences pulsionnelles et dans la relation à autrui* ». Chez ces patients opératoires, l'expression de la douleur psychique est souvent manquante à un degré plus ou moins important (McDougall, 1978 ; Smadja, 1999). Avec ces patients, l'énigme de la douleur change de signe. De positive, elle devient négative, c'est-à-dire silencieuse psychiquement. Il y a chez eux une « *frigidité affective* » (Smadja, 1999) que divers auteurs ont attribuée à des mécanismes spécifiques de gel, de désorganisation, de répression (de l'affect) ou de suppression des représentations psychiques de la pulsion (Pirlot, 2014, p. 77-78).

### **2.1.3.3. Reprise du Moi-corps**

Le concept de « *Reprise* » selon le Dictionnaire Larousse (2000) signifie « *action de reprendre* ». Or, reprendre revêt le sens de prendre de nouveau. Quant au verbe prendre, il signifie « *se munir de nouveau quelque chose de nécessaire, d'utile* ». Le terme reprise renvoie également dans son état originel à la réfection d'une construction et également aux termes rebâtir, reconstituer, refaire le monde (Larousse, 2000). De ce qui précède, la reprise du Moi-corps fait référence à l'autonomisation de l'individu.

D'après Lesourd (1987), la reconstruction du Moi-corps est corrélée au souci de remaniement qui naît de la quête d'une nouvelle identité ou apparence corporelle. Elle tient compte de la résurgence et surtout de la réactivation du narcissisme primaire et à la mise en marche du narcissisme secondaire. Parler de reprise du Moi-corps d'une cancéreuse signifie dans ce cas : réaménager le corps de telle sorte qu'il retrouve sa forme originaire, une orientation qui lui donne un sens. C'est aussi la restructuration du fonctionnement psychique. Or, s'il faut reconstruire le Moi-corps, cela suppose que le Moi a été structuré donc construit ou aménagé. Il se trouve altéré et défiguré. Alors, le Moi-corps jadis structuré depuis la conception et pendant l'enfance aurait été altérée du fait de la complexité des interactions. Ces interactions résultent du lien avec l'entourage maternel, des angoisses de castration, angoisses de morcellement et des représentations que se font les femmes de leur personne, de la relation aux autres et de la représentation au monde.

Comme la souffrance de la maladie ne suffit pas, celle de l'ablation du sein expose la jeune femme mammectomisée aux conflits dans le jeu des interactions diverses, aux désagréments de non-rentabilité et de la non-conformité aux normes corporelles sociales. Afin de baisser la tension, elles développent des stratégies d'évitement, des stratégies adaptatives inadéquates à l'instar du repli sur soi, la tristesse, le désespoir. Par conséquent ces stratégies inadaptées aggravent les traumatismes ou effractions subites depuis la révélation du diagnostic positif du cancer. Ces difficultés peuvent être perceptibles dans les domaines intellectuel, émotionnel, comportemental, affectif et ont un impact sur la santé mentale. D'où la nécessité d'exprimer et d'extérioriser la souffrance par le langage et la parole.

Selon Ait-Kaci (2014, p. 57), libérer la parole c'est à dire exprimer sa douleur a souvent un effet thérapeutique. Ainsi, nous allons percevoir la reconstruction à travers les concepts de la reprise du Moi-corps chez Deschamps (1997, p. 230-250) tels que réaffecter les mots, rassembler l'image meurtrie, supporter la castration réelle, supporter le doute, réinvestir son corps entre plaisir et souffrance, rassembler l'image meurtrie et raviver l'étincelle ; et à travers le concept de « *Travail du négatif* » dans le modèle pulsionnel et dans le modèle relationnel.

### **2.1.3.3.1. Deschamps (1997) avec la reprise du Moi-corps**

#### **2.1.3.3.1.1. Réaffecter les mots**

Selon Deschamps (1997), il s'agit d'un premier essai d'une représentation où les mots se chargent d'affects et sont lancés comme un film vers l'autre. L'après mammectomie provoque un choc traumatique chez la jeune femme dû faite de la déstabilisation de l'image et du schéma corporel. La découverte des troubles post-opératoire provoque le retrait social, la solitude,

l'indifférence, voire de l'angoisse. Elle fait aussi resurgir les problématiques œdipiennes, notamment celui de la castration.

Selon Ait-Kaci (2014, p. 54) le corps prend un coup et revêt ainsi un aspect déconcertant qui peut égarer l'identité. Selon Van Lander (2012 cité par Ait-Kaci, 2014, p. 54), « *Toutes ces pertes de l'image et des fonctionnalités du corps génèrent une crise identitaire au niveau des sentiments d'unité, de continuité et de réalisation de soi à l'origine d'une grande détresse psychologique* ». La castration est donc l'une des résultantes de l'angoisse et l'abandon du corps est de l'ordre de l'insupportable selon Deschamps (1997, p. 234). Pour la remise en forme du patient, il est nécessaire que cette castration ou abandon soit reprise dans le réseau symbolique très serré et une inscription dans le social.

Il est donc nécessaire de reconnaître ce corps étranger afin d'éviter la mort dans la mesure où l'individu est coincé entre l'image du corps antérieur et l'image du corps présent, selon Gil (1985, p. 204, cité par Deschamps, 1997). Réaffecter les mots renvoie donc au premier essai où les mots se rechargent de contenus (affects) et sont lancés comme un filin vers l'autre, selon Deschamps (199, p. 232). Dans le cadre de notre étude portant le vécu post-opératoire de la jeune femme atteinte de cancer du sein, il est question de considérer comment la jeune femme fait corps avec la prothèse. Il est également question de percevoir à la fois l'altération que suscite l'ablation du sein et à envisager comment la femme réinvestir son nouveau corps abimé. Le « Je » se représente, après ce recul à un matériel psychique réduit à la seule image de la chose corporelle. Aulagnier (1975), parle de réaffecter les mots pour mettre en exergue l'idée et les indices du rétablissement des limites entre le soma (corporel) et le psychique. En outre, réaffecter les mots renvoie à la possibilité de restauration de la santé mentale du patient, à la guérison psychique et à la possibilité de retrouvailles dans la relation avec les autres (Deschamps, 1997).

#### **2.1.3.3.1.2. Rassembler l'image « meurtrie »**

L'épreuve du cancer, c'est aussi l'intégrité corporelle en déroute dans toutes ses étapes qu'il s'agisse des effets des traitements médicaux, de l'ablation ou des cicatrices laissées par elle. Le patient rentre dans une régression qui le conduit à une idée de morcellement. Il est horrifié en observant son propre corps, conscient de l'altération impensable de l'image de soi et de son corps au regard des autres. La castration due aux angoisses prend place car toute mutilation du corps est de l'ordre de l'insupportable si elle n'est pas reprise d'un réseau symbolique très serré et une inscription. Selon Deschamps (1997), hors du rapport à l'autre et des repères culturels qui supportent de nommer la chose, le corps rejeté dans sa monstruosité

et rassembler en image se résume dans l'affirmation, un engloutissement de sens qui ne peut s'apaiser que dans la rencontre humaniste par le pacte de la parole du thérapeute ou de l'accompagnant qui dit : « *tu es toi, je serai là quoiqu'il arrive, je t'aimerai* ». Cette rencontre humaniste est l'antidote à la fascination horrifiée du regard de l'autre qui réduit et anéantit l'image du malade (Deschamps, 1997, p. 237). Aussi devient-il important pour le patient de renouer avec lui-même, de reconnaître ce corps entré en contact avec les autres, d'éviter la perte totale de son image et nommer chaque chose afin de rassembler son image jadis perdue et surmonter le doute.

#### **2.1.3.3.1.3. Supporter la castration réelle**

Les castrations successives imposées à l'enfant lui permettront ou non d'accéder à la communication interhumaine, subtile et créatrice comme à la puissance de son désir, soumis à la Loi (reconnaissance des interdits). D'après Deschamps (1997, p. 238), toutes ces castrations successives permettent la délivrance de la libido de la soif dévorante de se fixer à un objet unique et permanent pour l'amener à une assomption symbolique de lui-même où l'image de son propre corps témoigne de la circulation dynamique du désir, sous l'effet pacifiant de la triangulation. Ainsi, les castrations au sens psychanalytique sont loin d'être dévitalisantes mais des épreuves de partition symbolique qui garantissent au sujet la croissance physique et psychique, la santé mentale et du corps et lui assurent le pouvoir d'être un « *allant- devenant selon le génie son sexe* » (Deschamps, 1997, p. 239). C'est pourquoi Deschamps (1997) pense que le rapport du sujet avec le cancer dépend de la manière dont il a supporté ses épreuves de castration infantile.

#### **2.1.3.3.1.4. Supporter le doute**

Deschamps (1997, p. 243) entend par supporter le doute le moment où « *l'épreuve du doute devient source d'angoisse sur la vie elle-même, le patient a tendance instinctive à retomber où la parole de l'autre garantissant la vie, certitude qui favoriserait des constitutions de l'originaire, du primaire* ». Supporter le doute renvoie donc à la façon dont le sujet va affronter le doute, le support ici étant représentatif de la libido. Ce doute en réalité est une marque de son lien au monde extérieur, à lui-même et à l'équipe qui l'accompagne. Ainsi, la patiente accompagnée de sa famille à l'annonce de la décision d'ablation à l'issue des chimiothérapies qui n'ont pas permis d'isoler la progression de la tumeur ou à l'issue de la fin des pansements, remarque que sa poitrine plate a des cicatrices et se pose des questions sur son identité.

Au sens de Deschamps (1997), supporter le doute permet au patient de commencer à s'accepter et accepter son image meurtrie, ce qui amène ce dernier à parler de la crise et à

prendre du recul. Après avoir pris du recul, le patient fait une rupture pour aboutir à un dépassement de soi, qui conduit à la certitude d'être soi, levant ainsi le doute. Supporter le doute mène donc aux questionnements divers sur son état de santé et les investissements propres du patient. La présentation des résultats par le médecin et l'interpellation du patient à affronter la maladie constituent autant d'opportunités pour le patient d'affronter la maladie.

L'épreuve de doute prend donc naissance à chaque phase du cancer (du diagnostic à la rémission et même après la rémission) et surtout à la suite des questionnements lourds de sens et de signification sur les possibles moyens et stratégies à mettre sur pied pour s'en sortir. A ce niveau, il n'y a plus de doute. Au sens d'Aulagnier « *ces énoncés pour lesquels le « Je » se présente à lui-même comme aimant-aimé, désirant-désiré, demandeur-demandé* » représentent l'épreuve de doute (Aulagnier, 1986, p. 27).

#### **2.1.3.3.1.5. Réinvestir son corps, entre plaisir et souffrance**

Selon Aulagnier (1985, p. 239), le « *Je* » dès son surgissement sur la scène psychique part du verdict : Tu es condamné pour et par la vie à une mise en pensée et à une mise en sens de ton propre espace corporel, des objets-buts de tes désirs, de cette réalité avec laquelle tu devras cohabiter, qui leur assurent de rester, quoiqu'il arrive, les supports privilégiés de tes investissements. Lorsque le corps est le lieu et source de plaisir, tout va bien car c'est une condition nécessaire pour l'investissement de la réalité par le « *Je* » à travers son corps propre et le « *Je* » de l'autre. Mais lorsque la maladie survient, les fantasme des maternages infantiles et la parole de l'autre contribuent à parer aux épreuves où l'accusation et la culpabilité font rage. Ainsi pour Deschamps (1997, p. 247), réinvestir son corps lors de la maladie revient à se construire un mémorisé affectif alterné d'épreuves de plaisir et de souffrance afin de modifier la réalité extérieure ou psychique.

#### **2.1.3.3.1.6. Raviver l'étincelle**

Selon Lilliestierna & Zittoun (1979), le contact avec les autres renforce la petite énergie qui reste. En réalité, les rendez-vous de contrôle des spécialistes renforcent les doutes par leurs questionnements et celles du patient qui se demandera « *quand est-ce ça finira cette maladie ?* » : ce qui rend meurtrie le patient. A contrario ce qui tue le patient, c'est la solitude, la réticence et le refus d'adhérer au projet thérapeutique. Deschamps (1997, p. 249), face à l'insoutenable dureté, la dérégulation dont il souffre, le patient est souvent corrélé à ses peurs et à celle de son entourage. A cet effet, pour raviver l'étincelle, elle propose la détente dont le rôle est bénéfique, ainsi que le rôle de l'intériorisation, un retour dans le corps afin d'y retrouver son centre de

gravité, de pesanteur et de chaleur, le souffle et l'échange primordial et ainsi la respiration se fait à travers une médiation profonde.

#### 2.1.3.3.2. Le « travail du Négatif »

Le « *Travail du négatif* » est un concept issu de deux notions : travail et négatif. En prélude le « *travail* » se présente comme une activité mise en œuvre par une machine, au gain énergétique d'une force du fait du déplacement de son poids d'application (en physique) (Pagès, 2015, p. 812). Et le « *négatif* » ce qui est marqué si bien comme refus ou opposition (Branchard, 2011), ce qui n'est pas positif.

Selon Green (1993, p. 57), le « *négatif* » c'est ce qui est annulé, amoindri, évité ou détourné. D'après lui, « *le travail du négatif désigne une structuration insoupçonnée du psychisme non conscient, une opération latente, là où l'on ne voyait que hasard, aléatoire, absence de structuration en principe neutre* » (Green., 1993, p. 87) ou encore « *l'ensemble des défenses primaires (déli, clivage, forclusion) qui ont en commun leur obligation de statuer par oui ou par un non sur un quelconque élément de l'activité psychique...* » (Green, 1995, p. 26).

Green (1993), distingue deux (02) caractéristiques du négatif qui ne peut se comparer au négatif photographique (c'est-à-dire l'inverse). La première forme de négativité est créatrice, reconnaissant angoisse de perte ou constatant la séparation, le sujet répond par de l'hallucinoire, de la création d'objet, de l'espace potentiel. Et la deuxième forme, dite alors du « *négativisme* », bloque la créativité « *en conférant au manque tous les attributs du mauvais* » (Green, 1993, p. 16). L'objet qui n'est pas là n'est pas symbolisé, il n'est même pas absent, il n'existe plus dans la psyché. L'objet ne compte que dans sa présence. Le travail de ce négatif-là est du « *négatif du négatif, c'est à dire le manque dans l'absence* » (Green., 1993, p. 17). Autrement dit, la négativité est la « *négation de la négation* » (Rosolato, in Missenard, 1989, p. 9-22).

Cette dynamique fait support à une grande détresse psychique, car l'absence ne peut s'appuyer alors sur aucune représentation, ni même celle de l'absence. Le négatif se nie lui-même, il n'y a pas de manque à élaborer, puisque nié. Le vide, le rien, la « *psychose blanche* » (Donnet & Green, 1973), la « *dépression essentielle* » (Marty, 1968), ne sont pas envisagés comme défaut de quelque chose, mais comme défaut tout court. Ainsi, le travail du négatif est l'ensemble de mécanisme psychique inconscient permettant la mise en représentations lors d'un débordement de l'appareil psychique. À ce sujet, la psychanalyse a deux modèles : le pulsionnel avec Freud qui conçoit le travail du négatif à travers les mécanismes psychiques internes, notamment les mécanismes de « *défenses* » et le relationnel avec Winnicott, Bion, Kaës, etc. qui conçoivent le travail du négatif à travers les liens entre sujet- environnement.

### ➤ Le mode pulsionnel

Selon Freud (1895), le psychisme travail toujours et le négatif est ce qui permet le passage vers la barrière de contact, la perte ou l'annulation d'une information (les symptômes). Pourtant le négatif n'évacue pas la tension, elle est mise à l'écart ; un dispositif inhibiteur est chargé de réguler l'excitation, l'appareil psychique doit éviter la montée d'excitation jusqu'à un seuil de douleur (Freud, 1895, p. 25-37). Ainsi, on peut dire que le négatif produit quelque chose ou reçoit quelque chose du fait de son travail : une forme d'élaboration, un effet positif/utile. Il n'est ni synonyme de « *l'inverse de positif* », ni ce qui s'oppose au positif ; mais plutôt ce qui n'est pas, ou ne doit pas être et doit être annulé eu égard d'une présence gênante.

Le négatif n'est donc ni celui du transfert négatif (le transfert étant à la fois « *levier* » et « *résistance* » (Freud, 1912, p. 109), ni celui de la réaction thérapeutique négative (Freud, 1923/1924), ou encore le transfert négatif décrit par Lacan (1948, p. 107) comme une haine agressivement adressée à l'analyste alors que « *c'est la participation à son mal que le malade attend* » mais est plutôt comme une activité de psychisation de la souffrance. Pour Freud, toutes les formes de travail du négatif ont ceci de commun qu'en elles un acte de négation est utilisé par la psyché comme moyen de parer un danger, même si cette parade n'a rien d'une solution idéale. La plupart des mécanismes psychiques sont porteurs de cette ambivalence, pour partie cause de gêne et pour une autre source de soulagement. En dépit du caractère le plus souvent pathogène des négations psychiques, Freud les tient pour des remparts assurant effectivement une certaine sécurité. C'est pourquoi Freud (1899-1900, p. 621) affirme que : « *Dans la censure entre Ics et Pcs, dont le rêve nous impose bel et bien l'hypothèse, il nous faut reconnaître et honorer le gardien de notre santé mentale* ».

L'existence du travail du négatif chez Freud est comprise au travers des mécanismes de défense psychique mobilisés par le « Moi » pour faire disparaître ou rendre inoffensif ce qui la menace. Or, cette opération de négation, de séparation (et au premier chef le fait de séparer la représentation de son affect, c'est-à-dire de sa force, de son énergie) devient le moyen de maintien d'une certaine intégrité psychique. La principale difficulté réside dans une hypothétique distinction entre des défenses psychiques normales et pathologiques. Pourtant, les défenses « normales » n'en opèrent pas moins au moyen d'actes de négation. Aussi, l'insistance avec laquelle Freud soutient l'idée que les lois des fonctionnements psychiques normal et pathologique sont identiques, empêche d'établir un partage clair entre des défenses de nature si différente. Freud souligne de plus en plus le caractère ambivalent de la vie psychique dite « normale ».

### ➤ Le mode relationnel

Contrairement au modèle pulsionnel qui conçoit le travail du négatif à travers les opérations internes, existe également un deuxième regard qui conçoit le travail du négatif au travers du lien. Cette perspective a en son sein plusieurs auteurs parmi lesquels Winnicott, Bion, Kaës & Lecours.

Chez Winnicott (1971 cité par Green., 1993, p. 15) :

Les expériences traumatiques qui ont mis à l'épreuve la capacité d'attente de l'enfant à l'égard de la réponse ardemment souhaitée de la mère, conduisent, faute de cette réponse, à un état où seul le négatif est réel. Qui plus est, la marque de ces expériences serait telle qu'elle s'étendrait à toute structure psychique et deviendrait indépendante, pour ainsi dire, des apparitions et disparitions futures de l'objet ; ce qui signifie que la présence de l'objet ne saurait modifier le modèle négatif, devenu caractéristique des expériences vécues par le sujet. Le négatif s'est imposé comme une relation objectale organisée, indépendante de la présence ou de l'absence de l'objet.

Le négatif tend à marquer la psyché d'une relation d'objet caractérisée par ses manques, défaillances, par le non advenu. On est marqué de ce qui n'a pas eu lieu ; par un traumatisme en creux. Winnicott (1958-1971) voit alors le négatif essentiellement à partir du concept de transitionnalité (il faut en effet s'oublier un peu soi-même pour co-créeer et rencontrer un autre), ou de gel psychique suite à des échanges carencés entre l'enfant et un environnement pas « *suffisamment bon* ». Ainsi, le travail du négatif consiste pour lui à une action de la mère dit « *suffisamment bon* » qui pour permettre l'élaboration ou la maturation de la pensée doit « *désillusionner* » l'enfant.

De son côté, Bion (1967) expose le dilemme auquel la psyché est soumise lors de la frustration : l'élaborer ou l'évacuer. Ce dilemme est au maximum dans les processus relevant de la schizophrénie commune aux personnalités dites psychotiques. Pour Bion (1967, p. 126), les pensées précèdent l'activité de pensée. C'est-à-dire que l'activité de pensée est un développement imposé à la psyché sous la pression des pensées, et non le contraire.

Distinguant la chose absente (représentable) et le rien, univers vide, détruit. Cette conception suggère que le négatif peut être un état de défaut d'appareil à penser face à des pensées (encore non liées), état que le sujet se doit d'équilibrer par une activité de pensée. Une telle construction de l'activité est pourtant une co-construction, qui se fait par le détour avec d'autre(s) qui pensent *via* « *la boucle de la fonction alpha* » (Bion, 1962). Dans cette conception, le négatif pathologique pourrait résider dans les défenses en connaissance négative (-C, qui serait « déprendre » ou « mé-prendre » plutôt que « com-prendre » ou prendre avec). Le facteur C de Bion y est une fonction, de lien entre soi et autre, entre amour et haine (facteurs A et H), entre pré-conception (la « *pensée-vide* ») comme des pensées sans appareil de pensée et conception grâce à un appareil de pensée appuyé sur une fonction de connaissance (Bion, 1962, p. 98-121).

Le négatif est ici défaut de lien, persistance de pré-conception, de pensée vide. Ce point peut être mis en parallèle avec la clinique, où le « non comprendre » est à transformer en du « comprendre » (prendre avec), dans la co-construction d'un appareil de pensée né de la rencontre de deux ensembles de pensées, ceux du patient et du clinicien. Cette co-construction dépend pourtant aussi d'une capacité négative de l'environnement (maternant ou clinique, laisser à l'état de méconnaissance, -C ; une partie de ce qui est reçu dans la boucle alpha). Le travail du négatif consiste donc pour la mère ou le clinicien de faire un « tri » des éléments négatifs ou mécompris pour le renvoyer à l'enfant sous forme conceptualisé (fonction Alpha).

Kaës (2009) a également indiqué la fonction éventuellement structurante du négatif. Il a tenté de discriminer trois (03) diverses formes de négatif selon leurs rôles pour la psyché. La première est la négativité « d'obligation ». Ce type de négatif est plutôt sain, il est contraint car participe à protéger, maintenir l'équilibre psychique. Il permet de ne pas laisser émerger des « représentations inacceptables » qui, pour l'auteur, relèvent de difficultés de lien trans- subjectif. Le refoulement, le déni et le rejet sont des opérations qui préservent l'appareil psychique du trop-plein d'énergie qui envahie. La seconde est la négativité « relative » qui peut s'étayer, permet (mobilité psychique moins menaçante pour la psyché par rapport à la négativité d'obligation) de création de liens là où il n'y en a pas encore ; « ce qui n'a pas été, mais pourrait être » (Missenard, 1989, p. 115). Et la troisième est la négativité « radicale » qui est proche de la compréhension de Freud sur la négation où le travail psychique consiste à nier, cliver, expulser au dehors ce qui serait mauvais ou menaçant pour la psyché là où à l'inverse la négativité « d'obligation » conserve dedans mais le plus en silence possible le contenu psychique. Ainsi, la négativité radicale risque produire des pathologies plus bruyantes, en comparaison aux deux autres qui concerne davantage plutôt une psychopathologie silencieuse.

Tel que décrit dès le début de ce travail, Lecours & Bouchard (1997) ont différencié la mentalisation de la représentation et la symbolisation. Pour eux, la mentalisation passe d'abord par la représentation et ensuite par la symbolisation. Sauf que pour faire son deuil de l'objet il faut pouvoir le représenter et symboliser les conditions de la rencontre avec l'objet. Selon Roussillon (2015), la symbolisation et la mise en représentation n'est pas une donnée automatique du fonctionnement de la psyché, mais résulte d'un véritable travail psychique insuffisamment pensé dans les seuls termes d'une retenue énergétique. Pour lui, il faut plutôt penser cette nouvelle question, l'accent théorique devait donc se déplacer du processus du rêve, processus narcissique, processus auto, à propos duquel un travail avait bien été décrit mais qui ne livre que mal la raison de ses échecs, en direction de ce qui dans la vie diurne le rendrait possible. L'accent se déplace donc en direction du jeu et de la relation aux objets, mais cette fois en direction d'un objet de relation et pas seulement l'objet de l'autoconservation (Roussillon, 2015).

L'évolution de la théorie de la symbolisation selon Roussillon (2015) entraîne un certain nombre de conséquences sur la théorie du processus analytique, et la théorie de la souffrance humaine. En outre, la première théorie de la souffrance psychopathologique part de l'énoncé inaugural de Freud (1895) dans ses études sur l'hystérie : « *On souffre de réminiscence* » où « *on guérit en se souvenant* ». Cette conception selon Crocq (1999) doit évoluer pour « *On souffre du non approprié de l'histoire* » où non-approprié concerne à la fois ce que l'on n'a pas pu s'approprier que ce qui n'était pas approprié à nos besoins psychiques. Et la théorie du soin qui s'en déduit peut alors s'énoncer de la manière suivante : « *on guérit en symbolisant et en s'appropriant subjectivement, en introjectant l'expérience subjective en souffrance* » (Roussillon, 2015).

Le sujet souffre des pans de son histoire subjective qui n'ont pas pu être symbolisés et appropriés en leur temps, ni après-coup ; l'absence ou l'insuffisance du travail de symbolisation bloque le processus d'introjection de l'expérience subjective et des motions pulsionnelles et émotionnelles qui y sont impliquées. Le sujet ne voit plus, ne sent plus ou n'entend plus quelque chose de lui qui pourtant l'habite et hante ses alcôves psychiques. Il s'agit de l'aider à pouvoir se représenter ce qui le hante ainsi, représenté aux trois sens du terme, selon trois axes de la représentation.

D'après Roussillon (2015), représenter, c'est présenter de nouveau, c'est situer dans le temps et dans l'histoire l'expérience subjective ; représenter c'est ensuite permettre que l'expérience émotionnelle et pulsionnelle ne se décharge plus dans la psyché sans lien, qu'elle ne traverse plus la psyché sans être subjectivement liée et reliée à des objets, représenter, c'est déléguer ; enfin

représenter c'est se représenter, c'est permettre d'auto-symboliser l'impact de l'expérience sur la psyché, c'est permettre à celle-ci de s'approprier ce qui la constitue et la manière dont elle traite et transforme ce qu'elle rencontre.

L'un des nouveaux enjeux essentiels du processus analytique va être de rendre l'expérience subjective présente en soi, présente à soi-même. Un nouvel espace de travail se creuse, lié aux écarts entre la trace de l'expérience vécue, la trace qu'elle laisse derrière elle, sa représentation psychique, et enfin son assimilation subjective. Ce qui mérite un retour sur le processus de représentation et de symbolisation pour en déployer plus à fond les procédures.

Le travail de symbolisation est un processus psychique où il est question pour la jeune femme mammectomisée de se représenter les formes, l'ensemble de son corps dans sa psyché et les extérioriser par une parole empreinte de sens (Godfrind, 2016), travail qui la permettra d'établir des aménagements psychologiques et expression de la réalité qu'elle vit. Fort de ces constats, et considérant de plus en plus que le vécu post-opératoire dû au cancer du sein, implique une douleur morale et psychique, et qu'il convient de l'analyser en termes de blessure psychique dont la cicatrisation serait des nécessités. L'on a envisagé une approche des difficultés à l'établissement des aménagements psychiques adéquats chez la cancéreuse du sein que la représentation de la perte d'objet symbolique en mettant l'accent sur la relation d'objet. D'où une remise en cause d'amour de soi et d'étayage pulsionnel extérieur, et qui, pour la jeune femme mammectomisée est devenu des composantes participantes à son Soi le plus intime (l'effet de miroir qui reflète à celle-ci qu'elle est différente).

Dès lors, le travail de symbolisation représente une épreuve, une mise à l'épreuve des capacités d'adaptations à un traumatisme majeur qui renvoie aussi à une insuffisance. Comme toute épreuve et tout traumatisme, il peut être source de complication, voire de pathologies somatiques ou mentales. Car pour Bion (1991), cette négativité aux confins du mental se situe souvent dans les champs du corporel, du comportemental et de l'hallucination. C'est pour cette raison que Lecours (2016), postule qu'il existe trois types d'émotions négatives permettant de tolérer la souffrance physique et psychique à savoir : l'agonie qui entraîne le clivage d'organe, la dissociation structurale et la persécution ; la détresse qui favorise la mise en place du déni et du déplacement ; et la tristesse adaptative qui permet le retour ou la reprise du clivé. La reprise du corps clivé se fait selon Deschamps (1997) lorsqu'on réaffecte des mots (verbalise sur les affectes négatifs) ; supporte la castration réelle et le doute (accepter la perte ou la vulnérabilité et supporter la différence avec les autres) ; réinvesti son corps entre plaisir et souffrance (prendre soin de soi, la propriété du corps, se coiffer) ; et on ravive l'étincelle

(entrer en relation, pratiquer les activités).

## **2.2. CONSTAT THÉORIQUE**

Les analyses précédentes (au chapitre 1 et 2) ont chacun une théorie : celle du traumatisme et celle du Moi-corps. Les deux théories ont les mêmes éléments ou se complètent. Celle sur le traumatisme au premier chapitre montre que le traumatisme peut venir de l'intérieur, c'est-à-dire du corps mais également de l'extérieur, c'est-à-dire groupal à cause de la punition ou des affres du non-respect de la tradition par les ancêtres qui s'abat sur les descendances. Et la théorie du Moi-corps quant à elle présente aussi deux éléments fondamentaux : le corps comme corporéité corporel (schéma corporel) qui est le support des processus de pensée, c'est-à-dire le sujet singulier (Freud, 1893-1925) ; et le corps comme corporéité social (image du corps) qui prend vie à partir des étaies sur l'autre, le groupe ou à partir de la présence de l'autre, c'est-à-dire le sujet pluriel (Kaës, 1990-2009).

En somme, le chapitre 2 qui vient de s'achever avait pour objet la présentation théorique du corps. Nous avons présenté les modèles théoriques qui donnent sens à cette problématique dans le but d'avoir une lecture plus éclairée qui sera utile respectivement à l'analyse des données et à l'interprétation des résultats dans le cadre méthodologique et opératoire de l'étude.

**PARTIE 2 :  
CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE**

## **CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE**

Ce chapitre va s'atteler à la mise en place des façons de faire requise pour la méthode scientifique. Fortin & Gagnon (2016), pensent que la méthodologie est un plan d'ensemble qui précise les activités à accomplir ou les conditions particulières à appliquer dans la conduite de la recherche pour répondre aux questions de recherches ou pour vérifier les hypothèses. Il s'agit donc dans cette démarche de déterminer le type d'étude, la présentation et la description du site de l'étude, la définition des critères de sélection des participantes de l'étude, l'élaboration des instruments de collectes des données et les techniques d'analyses des données. Avant de présenter cette démarche méthodologique, rappelons tout d'abord le problème que veut résoudre cette étude.

### **3.1. RAPPEL DU PROBLÈME DE RECHERCHE**

Etre sain est le meilleur bonheur de la vie, mais qui n'est ni ressenti ni valorisé par l'individu que lorsqu'il est malade. Peu importe que l'atteinte soit de nature corporelle ou psychique, l'important c'est le mal qu'elle fait au sujet qui en est porteur et à ses proches (Deschamps, 1997). Le cancer, et tous ses types, occupent une très grande importance selon le discours de LeyDenbach (2013, p. 35) qui dit « *le cancer représente une double effraction violente dans notre vie : effraction biologique d'une part, au sein du corps réel, et d'autre part effraction dans notre organisation subjective qui nous met brutalement face à l'essentiel* ». Le cancer déclenche les sentiments de peur, d'anxiété, de stress et provoque la dépression. Toutes ces réactions s'associent à une remise en question des relations avec le monde environnant, qu'il soit familial, conjugal, social ou professionnel et avec leur propre corps (Razavi & Delvaux, 2000).

Des modifications corporelles sont généralement vécues comme très déstabilisantes sur le plan psychologique, portant atteinte au schéma et l'image du corps. Malheureusement le traitement chirurgical est le plus adapté pour cette maladie qui est certainement contradictoire à ce que les femmes désirent, c'est un traitement radical consistant en l'ablation du sein, stratégie à la base suite au caractère d'évolution du cancer et que seule cette chirurgie radicale peut contrer (Gaudreault, 1995). L'ablation du sein est souvent vécue comme une catastrophe pour la femme car, elle entraîne la perte d'une partie du corps impliquant le sentiment d'être incomplète.

Pour atténuer le sentiment d'incomplétude, la médecine propose les prothèses comme objet transitionnel au sens de Winnicott (1975). Selon lui, la fonction de l'espace transitionnel est de faire coexister, sans crise ni conflit le déjà-là c'est-à-dire le sein et le non encore advenu c'est-à-dire la prothèse. Cependant, la prothèse engendre un sentiment d'étrangeté plaçant la femme devant un objet non soi. La difficulté de corporisation du corps non corps qu'est la prothèse entraîne une limitation de certaines habilités fonctionnelles (difficultés à se déplacer, altération de la démarche, difficulté à aligner les bras).

En effet, le cancer du sein ainsi que la mutilation liée à la mammectomie modifient l'image du corps de la femme et pose la question de la pérennité de la perception de son image, un problème d'identité, une perturbation de l'image du schéma corporel pouvant être à l'origine d'un sentiment d'étrangeté. La mammectomie est vécue très souvent comme une atteinte à l'image de soi, une menace de l'intégrité du moi, qui va au-delà des simples regrets esthétiques. Le sentiment du pouvoir de séduction est touché et avec lui tout l'investissement narcissique, la vie fantasmatique et la sexualité (Chéné, 1999, p. 177). La perte du sein renvoie à un vécu de castration obligeant la femme à faire le travail du deuil de son sein retiré par rapport à la silhouette antérieure pour s'adapter à une asymétrie et des sensations tactiles pouvant entraîner des répercussions sur la sexualité et la vie conjugale (Deschamps, 1997 ; Reich, 2009).

Le travail du deuil ou la mentalisation dans ce contexte selon Pucheu (2004) sera impulsé par des expériences pulsionnelles chargées d'affects négatifs chez la jeune femme post-mastectomisée (limitation des habilités fonctionnelles entraînant un sentiment de non-rentabilité ainsi que de honte et de culpabilité, l'asymétrie de sa poitrine créant un inconfort et le sentiment d'une identité sexué non-conforme). D'après lui, ces expériences pulsionnelles sont potentiellement désorganisatrices pour le psychisme du fait de la pulsion de mort qui envahira le Moi. Or, nous avons observé (à travers le Rorschach) que malgré cette impulsion pour empêcher le refoulement, le Moi mobilise des mécanismes pour se réorganiser. D'où le problème de la non prise en compte du rôle réorganisateur de la pulsion de mort dans la mentalisation.

De ce fait : « *Comment le vécu post-opératoire retentit-il sur les capacités de mentalisation de la jeune femme Camerounaise atteinte du cancer du sein ?* ».

## **3.2. HYPOTHESES DE L'ETUDE**

### **3.2.1. Hypothèse générale**

L'hypothèse de cette étude est une hypothèse de travail. Elle sert de fil conducteur. L'objectif n'est pas de la vérifier ou de la valider mais de l'éprouver. L'analyse théorique partant de la théorie du Moi-corps et de la relation d'objet a permis d'avancer l'hypothèse selon laquelle : le vécu post-opératoire à travers les blocages de la fonction de filtration de l'environnement, la fonction de présence dans le monde et la fonction d'amour et de relation à l'autre retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme Camerounaise atteinte de cancer du sein.

#### **3.2.1.1. Variables de l'hypothèse générale**

L'hypothèse générale de l'étude met en relation deux concepts, deux faits ou encore deux phénomènes. Afin de réaliser le travail sur le terrain, nous avons procédé à l'identification opérationnelle des variables indépendante et dépendante de notre hypothèse générale. Ainsi, nous avons retenu comme variable indépendante (VI), le vécu post-opératoire et comme variable dépendante (VD) la capacité de mentalisation.

## **3.3. VARIABLES DE L'ÉTUDE**

**Variable Indépendante (VI) : Vécu post-opératoire**

- **Modalité 1** : Blocage des fonctions de filtration de l'environnement
  - **Indicateur 1** : hypervigilance
    - **Indice 1** : sursaut, peur
    - **Indice 2** : attitude d'alerte permanente
  - **Indicateur 2** : ruminations mentales
    - **Indice 1** : Pensées et discours concernant la sensation d'une coupure temporelle
  - **Indicateur 3** : Gestes et conduites répétitifs
    - **Indice 1** : recoquillement
    - **Indice 2** : regard évasif
    - **Indice 3** : répétition du dernier mot de la phrase
- **Modalité 2** : Blocage de la fonction de présence dans le monde

- **Indicateur 1** : Retrait social
  - **Indice 1** : non-participation aux activités habituelles
- **Indicateur 2** : Sentiment d'un avenir bouché
  - **Indice 1** : perte d'espoir en l'avenir
  - **Indice 2** : absence de projets de vie
- **Indicateur 3** : Perte de motivation ou d'ambition
  - **Indice 1** : Découragement pour les activités jadis motivantes
- **Modalité 3** : Blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui
  - **Indicateur 1** : Repli sur soi
    - **Indice 1** : isolement par rapport à l'entourage
  - **Indicateur 2** : Régression narcissique
    - **Indice 1** : Chute d'estime de soi
    - **Indice 2** : dépendance affective
  - **Indicateur 3** : Détachement par rapport aux autres
    - **Indice 1** : Perte de confiance en l'humanité

**Variable Dépendante (VD)** : Capacité de mentalisation

- **Modalité 1** : Narcissisme
  - **Indicateur 1** : Les réponses globales
    - **Indice 1** : Les réponses globales simples
  - **Indicateur 2** : Les déterminants formels
    - **Indice 1** : Les bonnes formes
    - **Indice 2** : Les mauvaises formes
  - **Indicateur 3** : Les déterminants sensoriels et contenu
    - **Indice 1** : Les réponses couleurs achromatiques
    - **Indice 2** : Les réponses contraction de « clair-obscur »

- **Modalité 2** : L'image du corps
  - **Indicateur 1** : Les réponses globales
    - **Indice 1** :
  - **Indicateur 2** : Les déterminants formels
    - **Indice 1** : Les bonnes formes
    - **Indice 2** : Le pourcentage des bonnes formes

**Tableau 1 : SYNOPTIQUE**

<b>Variables</b>	<b>Modalités</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Indices</b>
<b>VI : Vécu post-opératoire</b>	<b>VI1 :</b> Blocage de la fonction de filtration de l'environnement	1) Hypervigilance	Attitude d'alerte permanente, sentiment d'insécurité.
		2) Ruminations mentales	Pensées et discours concernant la sensation d'une coupure temporelle.
		3) Gestes et conduites répétitifs	Recoquillement, regard évasif, répétition du dernier mot de la phrase.
	<b>VI2 :</b> Blocage de la fonction de présence dans le monde	1) Retrait social	non-participation aux activités habituelles.
		2) Sentiment d'un avenir bouché	Perte d'espoir en l'avenir, absence de projets de vie.
		3) Perte de motivation ou d'ambition	Découragement pour les activités jadis motivantes.
	<b>VI3 :</b> Blocage de la fonction d'amour et relation à l'autre	1) Repli sur soi	Isolément par rapport à l'entourage.
		2) Régression narcissique	Chute d'estime de soi, dépendance affective.
		3) Détachement par rapport aux autres	Perte de confiance en l'humanité.
<b>VD : Capacité de mentalisation</b>	Narcissisme	1) Les réponses globales	G
		2) Les déterminants formels	F+ ; F-
		4) Déterminant sensoriel et contenu	Réponses couleurs achromatiques et de contraction « clair-obscur »
	<b>VD2 :</b> Image du corps	1) Déterminants formels couplés aux globalités	Planches II, IV, V, VI
		2) Contenus	

### **3.4. TYPE DE RECHERCHE**

Cette étude est du paradigme compréhensif. Selon Olivier De Sardan (2008) elle privilégie une approche approfondie et de longue durée d'un petit nombre de cas. Dans le même ordre d'idée, Mgbwa & Ngonu (2013) précise que ce paradigme cherche non pas à expliquer la relation de causalité, mais cherche à comprendre le sens de la variable dépendante en rapport avec la variable indépendante. Il s'agit dans ce type de recherche d'étudier de façon intensive les informations reçues des participantes à la recherche afin de comprendre les situations dans lesquelles elles sont impliquées. Dans le cas d'espèce, il s'agit d'examiner comment le vécu post-opératoire potentialisé par les blocages de la fonction de filtration de l'environnement, la fonction de présence dans le monde et la fonction d'amour et de la relation à l'autre retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme Camerounaise cancéreuse du sein.

L'étude de cas constitue un élément idéal qui permet de répondre adéquatement aux questions de l'objet d'étude. L'étude a mis l'accent sur un paradigme compréhensif pour rechercher non plus l'explication causale, mais le sens que cette explication peut en cacher (Desmet & Pourtois, 1997). Dans ce type de recherche, Paillé propose six étapes dans le respect scrupuleux et l'ordre : le choix des cas qui participeront à la recherche, le choix des instruments de collecte de données, le choix des outils d'analyse, la mise en évidence des aspects distinctifs et instructifs, et les traces des implications théoriques et pratiques.

### **3.5. PRÉSENTATION ET DESCRIPTION DU SITE DE L'ÉTUDE**

La présente recherche a eu lieu au sein de la Solidarité Chimiothérapie (SOCHIMIO). La SOCHIMIO est une ONG permettant l'éducation, la prévention, la communication et le support des cancers au Cameroun.

#### **3.5.1. Présentation du site de l'étude**

Pour mener à bien cette étude, nous avons choisi SOCHIMIO. Ce choix pour la collecte des données utile à notre étude se justifie par le fait que, les activités qui y sont menées sont susceptibles de concourir à prise en charge et à l'amélioration des porteurs du cancer ; ceci par le moyen d'offres des médicaments aux prix bas. Parler d'amélioration ou de réhabilitation revient à dire que la SOCHIMIO de par ses activités permet ou vise la réduction des souffrances et du désavantage dont sont confrontés les cancéreux. Or nous nous inscrivons dans la logique selon laquelle le vécu post-opératoire retentit sur la capacité de mentalisation des cancéreuses. Car perdre son sein désaffilie et modifie son lien avec elle-même et son lien à l'autre. De ce fait,

SOCHIMIO est un cadre propice pour notre étude.

### **3.5.2. Création et évolution en ONG**

L'Association Solidarité Chimiothérapie (SOCHIMIO) a été créée le 24 février 1999 à Yaoundé à l'initiative du Docteur Paul NDOM, Responsable du Service d'Oncologie Médicale à l'Hôpital Général de Yaoundé, appuyé par un groupe d'hommes et de femmes composé des malades du cancer, des membres de leurs familles, des amis, des personnels médicaux et paramédicaux et d'autres personnes de bonne volonté. Elle se définit comme une association d'action et de solidarité en vue de la prise en charge des malades du cancer au Cameroun. Depuis cette date, ses multiples actions en faveur des malades du cancer ont amené les pouvoirs publics à lui accorder l'agrément d'une ONG en Janvier 2009.

### **3.5.3. Les objectifs de L'ONG SOCHIMIO**

Les objectifs poursuivis par la SOCHIMIO sont de chercher les voies et moyens pour réduire le coût du traitement du cancer au Cameroun ; collecter les médicaments et le matériel médical et les mettre à la disposition des malades ; faciliter les échanges entre les malades du cancer déjà traités et ceux en cours de traitement ; apporter un soutien psychologique aux malades du cancer ; informer le public sur la maladie cancéreuse à travers des campagnes de sensibilisation et la distribution des dépliants sur le cancer ; éduquer les populations sur la nécessité de la prévention et du diagnostic précoce à travers les séances mensuelles d'Information et d'Education sur le Cancer (IEC) ; accompagner les malades en phase terminale de leur maladie ; plaider auprès des pouvoirs publics pour la prise en charge totale du traitement des malades du cancer au Cameroun ; contribuer si possible à la recherche sur la maladie cancéreuse par la production des statistiques et des activités en partenariat ; et collaborer avec les associations ou personnes poursuivant des buts similaires.

## **3.6. POPULATION DE L'ETUDE**

Les participants à cette étude sont des femmes cancéreuses du sein à l'ONG SOCHIMIO. Il s'agit particulièrement des jeunes adultes âgés entre 30 à 40 ans qui suivent régulièrement leurs traitements au sein de l'ONG. Nous avons choisi de travailler avec les personnes de cette tranche d'âge parce qu'elle est considérée comme étant une période précoce en termes d'atteinte de cancer et aussi parce qu'elle est considérée comme une période d'accomplissement (Institut National Du Cancer-France, Haute Autorité de Santé, OMS, 2004). Évidemment, notre objet

d'étude porte sur le vécu post-opératoire qui est en psychologie un moment crucial tant sur le plan physique, psychologique que sociale où le lien entre le corps et la psyché doit se remettre en construction de l'équilibre psychosomatique. Ainsi, les remaniements psychiques qui s'opèrent dès ce moment peuvent donc avoir un retentissement important dans la réorganisation et le fonctionnement de la jeune femme. Tout notre intérêt s'est trouvé justifié pour l'examen de ces jeunes femmes dans une situation particulière, celle de sauver coûte que coûte les liens avec leur groupe (familial, simultanément social).

### **3.6.1. Mode de recrutement des participantes**

Pour rencontrer les différentes participantes de cette étude, un ensemble de stratégies a été défini. Pour commencer, nous avons déposé auprès du directeur de l'ONG SOCHIMIO une demande de collècte de donnée de recherche constituée de la photocopie de la fiche d'inscription académique et du protocole de recherche. Après avoir obtenu l'accord, nous avons commencé notre investigation au sein de l'institution. Chaque mardi et jeudi matin (jour des consultations), nous allions à SOCHIMIO pour rencontrer les jeunes femmes cancéreuses du sein à travers le Pr MDOM. Et nous profitions de cette occasion pour leur présenter notre étude, en demandant à ceux qui souhaiteraient d'y participer de nous voir à la fin.

A la fin de chaque séance, nous rencontrons au moins deux participantes à qui nous donnons l'échelle d'auto-évaluation du niveau de stress après un premier entretien sur le consentement verbal. Ensuite, nous passons les consignes de remplissage et fixons le rendez-vous pour la récupération. Étant donné que cette échelle allait nous aider à sélectionner nos participantes, après quelques jours, nous avons commencé à appeler les participants pour récupérer les questionnaires, les coter, et les interpréter afin de sélectionner les participantes qui remplissent les critères.

### 3.6.2. Les participantes de l'étude

**Tableau 2 : Caractéristiques des participants**

Participants	Rita	Belle
Age	40 ans	30 ans
Genre	Féminin	Féminin
Score à l'auto-évaluation du stress	98	104
Niveau de scolarité	Bac	Licence
Rang dans la fratrie	2	3
Région d'origine	Centre	Ouest
Ethnie	Béti	Bamiléké
Religion	Catholique	Catholique
Durée de la maladie	9 mois	11 mois

Sur quinze participantes à qui nous avons remis les tests de stress extrait dans « *Vivez sans Stress* » de Melgosa (1999, p. 156-161) à 96 items pour une auto-évaluation, sept ont répondu à tous les items et d'autres l'ont trouvé fastidieux. Nous avons donc récupéré les formulaires chez celles qui l'ont rempli. Le travail de cotation et d'interprétation a été fait. Sur les sept potentielles participantes, après la cotation, quatre ne présentaient pas de niveau de stress significatifs pouvant nous permettre de les inclure dans l'étude. Les trois autres participantes avaient des niveaux de stress significatifs. Nous avons donc retenu celles-là pour notre étude et avons pris rendez-vous avec elles pour la collecte de données. Trois jeunes femmes ont honoré le rendez-vous mais une autre a désisté lors de l'entretien exploratoire. Les raisons du désistement données est liées à l'enregistrement de la collecte des données avec le magnétophone qui pour elle, pourrait être un moyen de l'identifier à travers sa voix et sa signature du formulaire de consentement.

### 3.6.3. Procédure et critères de sélection des participants

Dans le cadre de cette recherche, la population est constituée des jeunes femmes camerounaises atteintes de cancer du sein rencontré à l'ONG SOCHIMIO. Cependant, toutes ces personnes ne sauraient prendre part à l'étude car prendre part implique une prise en compte de certaines conditions. Dans cette disposition, il semble primordial de définir les critères dits de sélection à savoir : les critères d'inclusion et les critères d'exclusion.

### **3.6.3.1. Les critères d'inclusion**

Sont concernées par cette étude :

- Toute jeune femme cancéreuse du sein sans distinction d'obédience religieuse, de groupe ethnique ;
- Toute jeune femme âgée entre 30 à 40 ans ayant subi l'ablation d'un sein et portant une prothèse parce que cette période est marquée par des désirs existentiels tels que : avoir un travail, avoir des enfants et même se marier etc.
- Avoir rempli le test de niveau de stress et ayant un niveau de stress significatif ;
- Savoir lire et écrire le français ou avoir fait au minimum la classe de 3<sup>e</sup> car l'autoévaluation nécessite au moins la connaissance et la compréhension des éléments de base de la langue française ;
- Toute personne ayant donné son consentement libre et éclairé.

### **3.6.3.2. Les critères d'exclusion**

Sont exclues dans cette étude :

- Toute jeune femme ayant un autre type de cancer ;
- Les femmes cancéreuses du sein ne se retrouvant pas entre 30 à 40 ans parce qu'après cette tranche d'âge, certains désirs existentiels réalisés pourraient favoriser la mentalisation ;
- Celles remplissant les critères d'inclusion mais n'ayant pas accepté que l'on enregistre leur verbatim lors de la collecte des données n'ont pas été retenues ;
- Toute celle ayant eu un niveau de stress insignifiant ;
- Toute celle n'ayant pas terminé de cocher le test d'auto-évaluation du niveau de stress ;
- Toute celle ayant abandonné la suite de l'entretien ou refusé de signer la fiche du consentement.

### **3.6.3.3. Diagnostic des participantes**

Melgosa (1999) a décrit six (6) éléments pouvant renseigner sur le niveau de stress. A cet effet, une échelle d'auto-évaluation de stress a été construite. Cette échelle est destinée à évaluer le niveau de stress chez les sujets allant de 25 ans à 65 ans (Melgosa, 1999, p. 159). Elle contient 96 items repartis en six modes de seize items à savoir : le mode de vie ; le mode environnement ; le mode symptômes ; le mode emploi ou occupation ; le mode relations ; et le

mode personnalité. Pour chaque item, le sujet devrait choisir entre quatre (4) éléments de réponse proposé, notamment : jamais (0) ; presque jamais (1) ; souvent (2) ; et presque toujours (3).

La détermination du niveau de stress du sujet se fait d'abord, à partir de la sommation des points enregistrés par chaque sujet pour les six modes que l'échelle évalue. Ensuite, on consulte la zone du stress d'après le graphique de localisation du niveau de stress qui présente au total cinq zone à savoir : la Zone 1 allant de point 0 à 47 ; la Zone 2 allant de point 48 à 71 ; la Zone 3 allant du point 72 à 95 ; la Zone 4 allant du point 96 à 120 ; la Zone 5 allant du point 120 à 144 (Melgosa, 1999, p. 160-161). Selon ce graphique, la Zone 1 indique un niveau de stress dangereusement pauvre ; la Zone 2 indique que le sujet jouis d'un niveau bas de stress, c'est-à-dire la tranquillité et la paix ; la Zone 3 indique un niveau normal du stress ; la Zone 4 indique un niveau de stress élevé, c'est-à-dire alarmante ; et la Zone 5 indique un niveau de stress dangereux. Ainsi, les Zones 1, 4, et 5 les niveaux significatifs du stress tandis que les Zones 2 et 3 indiquent des niveaux insignifiants du stress. Pour des raisons éthiques, nous nous efforçons de voiler l'identité de nos participantes dans cette étude. Dans cette même logique, nous avons abrégé le nom des cas retenus pour la présente recherche dans le tableau ci-dessus.

### **3.7. OUTILS DE COLLECTES DE DONNÉES**

Il existe plusieurs instruments permettant de collecter des données en Sciences Humaines tels que : le questionnaire, la grille d'observation, le guide d'entretien, le focus group, les tests projectifs, etc. Mais le chercheur se doit de choisir l'instrument qui correspond à sa recherche. C'est dans cette perspective que Grawitz (2001, p. 14), déclare :

Dans la recherche, la nature même des informations qu'il convient de recueillir pour atteindre l'objectif commande les moyens pour le faire.

On ne classe pas les hameçons avec les papillons (...). Il est indispensable d'approprier l'outil à la recherche, de bien le choisir, l'objectif à atteindre détermine le choix de l'étude.

Ainsi, nous avons choisi comme outil de collecte de données sur le terrain l'entretien opératoire et le test de Rorschach.

### **3.7.1. L'entretien clinique exploratoire**

L'entretien clinique a été défini par Blanchet (1987, p. 81) comme « *un entretien entre deux personnes (un intervieweur et un interviewé) conduit et enregistré par l'intervieweur dans l'objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewer sur un thème défini dans le cadre d'une recherche* ». Cet entretien selon Castarède (1983) repose sur deux facteurs de réflexion appelés : degré de liberté et niveau de profondeur. Le degré tient compte du nombre de questions posées ainsi que de leur nature. Cela va des questions ouvertes aux questions fermées standardisées (par exemple des questionnaires). Ainsi, l'auteure considère que plus le niveau de liberté est grand, plus le sujet a la possibilité d'avoir des réponses riches.

Un entretien clinique de recherche peut poursuivre des visées exploratoires, de validation ou d'illustration et donc être plus ou moins directif. Lorsque la visée est exploratoire l'entretien tente, à partir d'une question préliminaire, de balayer le champ des significations et des actes de langages possibles relatifs à cette question. L'entretien non directif est donc le mieux adapté. Cet entretien permettra notamment d'éprouver la pertinence de la question de recherche. Lorsque c'est la validation d'une hypothèse qui est recherchée, l'entretien devient une technique de recueil de données (les faits de parole) s'inscrivant dans une méthodologie explicite (Fernandez & Pedinielli, 2006, p. 49). L'entretien clinique est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. Ainsi, nous avons mené des entretiens exploratoires à visé pédagogique pour non seulement avoir l'adhésion de nos participantes mais aussi leur préparer par rapport à la passation du test de Rorschach.

### **3.7.2. Le test de Rorschach**

L'utilisation d'un seul entretien de recherche nous semblait nécessaire mais pas suffisante dans le cadre de cette étude. En effet, les éléments latents pouvaient rester inaccessibles. Nous avons donc décidé d'utiliser le test projectif du Rorschach de façon complémentaire à l'entretien afin d'accéder à d'autres éléments du fonctionnement psychique. L'hypothèse centrale qui justifie l'utilisation du Rorschach est que « les opérations mentales mises en œuvre au cours de la passation des épreuves projectives sont susceptibles de rendre compte des modalités de fonctionnement psychique propres à chaque sujet dans leur spécialité mais aussi dans leur articulation singulière » (Chabert, 2013, p. 7), la projection étant le processus psychique permettant d'accéder au mode de fonctionnement inconscient du sujet.

Le but de l'utilisation de ces tests n'est pas, bien évidemment, de « pathologiser » la population mammectomisée, il s'agit plutôt de permettre d'objectiver et de mettre en perspective les éléments du discours des sujets. Notre méthode d'analyse et de dépouillement se place dans la perspective de « l'école de Paris » (Catherine Chabert, Michelle Emmanuelli, Catherine Azoulay). Cette école d'analyse des tests projectifs utilise le modèle psychanalytique comme épistémologie de référence de l'appareil psychique.

Le test de Rorschach est pré- figuratif, étant marqué au niveau manifeste par une double dimension à la fois structurale et sensorielle. La dimension structurale est indiquée par la construction formelle des planches et la dimension sensorielle par les couleurs renvoyant le sujet à une dimension plus affective (Chabert, 1997, p. 38). Le test se compose de dix images figurant chacune sur un support cartonné communément appelé « planche » qui renvoie à différentes problématiques centrées sur la dimension narcissique d'une part, et relationnelle, d'autre part. Les images sont en fait des taches d'encre symétriques, aux teintes diverses : grises et noires pour les (I, IV, V, VI, VII) ; noires et rouges pour les (II, III) et colorées pour les trois dernières planches (VIII, IX, X) ; le fond est toujours blanc, chaque planche est numérotée de I à X, correspondant à l'ordre de leur présentation pendant l'administration. Elles sont présentées au sujet testé dans un même sens bien précis (Richelle, 2009, p. 20). Au niveau latent, le test de Rorschach permet de par son ambiguïté perceptive, de faire émerger le travail projectif associé à des représentations (Chabert, 2013, p. 50).

#### ➤ **La consigne**

Au niveau de la consigne, nous nous sommes appuyées sur celle proposée par Chabert (2007) qui remet à l'avant-plan de la tache la notion d'imagination en disant : « *je vais vous montrer dix planches et vous me direz ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches* ». Suivant la logique de sa formulation, nous avons au moment de la consigne préciser qu'il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponses (au sens des réponses attendues lors d'un test d'efficacité intellectuelle), et que le sujet a la possibilité de donner autant de réponses qu'il le souhaite (Chabert, 2007, p. 23).

#### ➤ **La passation**

La passation s'est faite individuellement, planche par planche. Nous invitons les participantes à dire « *tout ce que l'on pourrait voir dans ces taches* » ; et nous prenons en compte les réponses verbales et non-verbales, le temps mis pour la première réponse et pour chaque planche, l'orientation de la planche. De plus, une enquête suivit afin d'avoir des précisions sur la nature des

réponses et leur cotation (Chabert, 2013).

### ➤ **La méthode d'analyse du protocole du Rorschach**

La technique d'analyse du Rorschach est basée sur la cotation qui vise principalement l'établissement du psychogramme. C'est ainsi que le Rorschach repose sur l'analyse quantitative à partir du psychogramme et ensuite sur l'analyse qualitative à partir des significations affectives, psychologique des contenus des réponses aux planches fondé sur la métapsychologie. D'où la nécessité de présenter la cotation et le psychogramme.

#### • **La cotation**

La cotation a été réalisée manuellement pour chaque réponse produite. L'apport d'une feuille de dépouillement, d'un livret de cotation (Beizmann, 1966) et enfin d'un logiciel pour établir le psychogramme. Nous avons pris en considération des critères généraux et quatre critères spécifiques à chaque réponse (localisation, déterminants, contenus, facteurs additionnels). Les critères généraux concernent le nombre total de réponses et le temps moyen par réponse.

La localisation indique quelle partie de la planche est décrite par le sujet. Ce dernier peut en effet proposer une réponse qui concerne la totalité de la tache (réponse globale ou G), un détail normal et bien délimité (D), un détail rare (Dd), un détail original ou oligophrénie (Do), un détail dans le blanc renversant le rapport figure-fond (Dbl). L'analyse des localisations permet de saisir le rapport au réel du sujet et la nature de ses processus intellectuels.

Le déterminant renvoie à la réponse du sujet : est-ce la forme (cotation f+, f-, + /-, en fonction de la qualité de la réponse), le mouvement (cotation K, kp, kan, kob), la couleur (C, CF ou FC), l'estompage ou le clair-obscur (E, FE, EF, Clob) (Richelle, 2009, p. 87).

Le contenu est un critère qualitatif qui prend en compte l'analyse des réponses produites : réponses animales (A, Ad, les plus fréquentes), humaine (H, Hd), anatomiques, sexuelles, contenus divers (exemple : éléments, fragments, contenus géographiques, symboliques, objets, etc.).

Les facteurs additionnels intègrent les « réponses banales », les « chocs » (réactions émotionnelles fortes), les refus de répondre, le symbolisme spatial et la succession des différentes réponses (Richelle, 2009, p. 88).

#### • **Le psychogramme**

Le psychogramme est une synthèse quantitative de différentes observations précédentes (critères généraux et spécifiques). Il regroupe sous forme de pourcentages ou de quantités un certain nombre d'indices relatifs au type d'appréhension (localisations dominantes), aux déterminants (F%, F+%, etc.) et aux contenus (A%, H%, etc.) (Richelle, p. 89).

- **L'analyse quantitative**

Nous avons recensé toutes les réponses par catégorie en les confrontant aux normes admises (la valeur supérieure à la norme est dite « soulignée » et celle inférieure à la norme est dite « surlignée »).

- **L'analyse qualitative**

Il s'agit de prendre en compte la verbalisation, la participation émotionnelle et fantasmatique, les conduites défensives, etc. Noter la variété des réactions aux différentes planches (latence, production, remarques, processus associatifs, etc.) et la réactivité à des planches spécifiques. Ces données vont être confrontées aux données quantitatives pour permettre une analyse globale sur les conduites dominantes du fonctionnement psychique des participantes.

Parvenu au terme de ce troisième chapitre, la méthodologie de cette étude a été définie et affinée. Nous avons fait usage de la démarche qualitative (méthode clinique) et principalement l'étude de cas. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à fournir une analyse approfondie des phénomènes réels dans leur contexte (Bioy, 2021). La recherche qualitative qui a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication voire de leur donner un sens a été notre type de recherche. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, deux participantes ont été sélectionnées, une jeune femme âgée de 40 ans et une autre âgée de 30 ans. Les données ont été collectées à travers l'entretien exploratoire et le test de Rorschach, et la technique d'analyse de contenu des relevés psychiques axée sur le repérage des aspects métapsychologiques significatifs a été utilisée pour l'analyse des résultats.

## **PARTIE 3 : CADRE OPERATOIRE DE L'ÉTUDE**

## **CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNEES**

Dans le chapitre qui précède, on a défini la méthodologie de cette étude. Dans le présent chapitre nous aborderons la présentation et l'analyse des données. La première section est dédiée à la présentation des participants et de ce qui ressort de l'entretien exploratoire et du test de Rorschach. La deuxième sur la présentation et analyses des résultats de l'étude. Et la troisième s'intéressera à la synthèse des analyses de cas afin de dévoiler le fonctionnement de la réalité inconsciente de ces sujets.

### **4.1. COMPTE RENDU DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE**

Comme nous l'avons mentionné plus haut, deux participantes ont pris part à cette étude. Ces participantes ont été dotées des pseudonymes dans le but de préserver l'anonymat d'après les considérations éthiques. Nous présenterons donc dans cette section : la participante Rita et la participante Belle.

#### **4.1.1. La participante Rita**

##### **4.1.1.1. Entretien exploratoire avec Rita**

Agée de 40 ans, Rita est l'unique fille d'une famille Béti (du centre) de deux enfants. En ce sens, Rita veut faire exister et pérenniser le nom de leur famille. Pour elle, le sein est la maternité. Elle dit par exemple : *« ce qui m'avait beaucoup énervé c'est qu'on allait couper mon sein, or je voulais faire mon dernier enfant cet année, je voulais faire encore un enfant »*. Elle est mariée, chrétienne catholique, mère de trois enfants (deux filles et un garçon) et institutrice dans une école publique à Yaoundé VI. Le facteur religieux est un aspect nécessaire pour la mentalisation. Rita dit : *« Bon c'est vrai qu'à l'église on m'a beaucoup remonté, on a fait beaucoup de prière et ça m'avait donné un peu de force »*. Elle a été diagnostiquée cancéreuse du sein gauche au Chracerh après qu'elle ait senti des douleurs atroces depuis neuf mois. Elle explique : *« je découvre que j'ai un cancer lors de la visite, au fait on a lancé un contrôle de dépistage par la première dame »*. Elle explique le vécu douloureux de l'après diagnostique en ces termes : *« c'était très difficile, très difficile. J'ai commencé à pleurer, j'ai compris pourquoi il me demande ça, en fait je pleure »*. Et ajoute :

quand j'étais sorti de là, j'étais hors de moi parce que j'ai pleuré  
du Chracerh jusqu'à la maison, j'ai beaucoup pleuré, j'ai  
beaucoup pleuré pleuré pleuré pleuré beaucoup pleuré parce que

j'ai pas eu le courage de rentrer chez moi, je suis resté là en bordure de route à l'hôpital général.

En effet, l'après diagnostic a fait émerger la pulsion de mort chez Rita. Elle était déjà habitée par la mort. Elle déclare : « *je pensais que j'allais les abandonner, j'allais partir* ». Cette situation traumatique a réactivé les anciennes blessures non cicatrisées chez Rita. Elle se remémore de la mort de son père :

Ce qui m'a beaucoup marqué c'est que mon histoire est particulière, je sors d'une famille des cancéreux ; mon père est mort d'un cancer d'un organe là dans le nez, mon grand frère que je suivais est mort d'un cancer et c'était pratiquement à la même âge, donc je savais que j'allais seulement mourir, c'est vrai que mon père est mort un peu plus jeune mais mon grand frère est mort à cet âge [...] donc c'était un peu ça, c'était très difficile.

La mammectomie a eu lieu un mois plus tard après le diagnostic. Mais Rita n'était pas favorable à l'ablation de son sein car cela devrait toucher son identité maternelle et sa capacité d'être mère. Elle explique : « *ce qui m'avait beaucoup énervé c'est qu'on allait couper mon sein, or je voulais faire mon dernier enfant cet année, je voulais faire encore un enfant, donc quand on m'a dit ça j'ai encore beaucoup pleuré* ». L'ablation du sein a provoqué une effraction non seulement psychique mais aussi biologique. En effet, l'entretien laisse percevoir une difficulté d'intégration de ce nouveau corps abîmé et non conforme, l'image du corps est touchée dans ces représentations les plus narcissiques. Rita déclare : « *c'était difficile de savoir qu'on m'a coupé cet organe parce que je savais que je n'étais plus une femme même si tu as un certain âge, c'est difficile, tu ne peux pas l'imaginer, même à présent je ne suis plus trop comme j'étais avant, je me sens diminué en fait, c'est vrai que c'est une grâce de Dieu si je suis même encore vivante mais je me sens diminuée* ». Elle ajoute : « *C'est trop difficile pour moi de savoir qu'une maman comme moi n'a plus d'organe* ».

Tout ce qui précède laisse apercevoir un vécu post-opératoire traumatique pour Rita. En effet, l'entretien avec elle suggère l'idée de l'altération des fonctions du sein. Le Rorschach pourra nous aider à mieux percevoir la mise en place de la dynamique psychique.

#### 4.1.1.2. Feuille de cotation du Rorschach

Nom : Rita

Age : 40 ans Sexe : Féminin

Pl.	PASSATION	ENQUETE	COTATION
I	<p><b>06''</b></p> <p>1. C'est comme une sorte de chauve-souris qui a des ailes déployées et qui a de longues pattes en avant.</p> <p><b>0'59''</b></p>	<p><i>Parce qu'elle est noire.</i></p>	<p><i>G C'kan A Ban</i></p>
II	<p><b>06''</b></p> <p>2. Je vois comme deux mains qui font « Amen ! »</p> <p>3. Il y aussi comme si c'est deux choses différentes qui se toistent la main. En tout cas, ils ne sont pas comme des personnes. C'est comme des animaux. Je vois comme des lapins.</p> <p>4. Bon, la chose rouge-ci, je ne comprends pas ce que c'est. Mais c'est comme si ça avait des visages, mais qui disparaissaient déjà. Des visages animaux qui s'effacent déjà.</p> <p><b>01'44''</b></p>	<p><i>Des mains humaines (Pointe médiane supérieure)</i></p> <p><i>Curieusement, quand je regarde je deux lapins. Ce sont les lapins (les deux parties latérales noires)</i></p> <p><i>(Rouge haut extérieur)</i></p>	<p><i>D kp+ Hd</i></p> <p><i>D kan A</i></p> <p><i>D CF- Ad</i></p>
III	<p><b>31''</b></p> <p>5. (Eloignement) ça ressemble bizarrement à une sculpture africaine qu'on voit souvent. Comme des sculptures, genre il y a une personne ici, il y a une personne là-bas et chacun est en train d'arrêter quelque chose.</p> <p>6. Deux personnes qui sont en train d'arrêter quelque chose côte à côte.</p> <p>7. Ça c'est comme, je dirais, ça ressemble à un truc qui les unit. Ce truc-là ressemble à un papillon qui n'a pas de tête.</p> <p>8. Ça c'est quoi ? Je vois ça... Bon, moi je dis ce que mon cerveau voit. Bizarrement ça ressemble à des, je ne sais pas comment expliquer. Mais moi quand j'ai vu ça, j'ai pensé à des petits lions que chacun d'entre eux a derrière lui ; je ne sais pas si je dirais l'ange gardien de chacun ; comme celui qui fait ma force, qui me protège. Je ne sais pas comment je vais expliquer ça. Assurer les arrières de chacun quoi !</p> <p><b>03'09''</b></p>	<p><i>Ça, ça me fait penser aux sculptures. C'est toujours comme deux (les deux parties noires latérales sans partie noire inférieure médiane)</i></p> <p><i>C'est un peu comme la forme. Genre la personne a envoyé ses fesses derrière (les deux parties noires latérales + partie noire inférieure médiane)</i></p> <p><i>Détail papillon (Rouge médian)</i></p> <p><i>Quand j'ai regardé du coup, ça me fait penser aux lions. C'est la forme (rouge extérieur en haut)</i></p>	<p><i>D F+ Obj</i></p> <p><i>D K+ H Ban</i></p> <p><i>D F+ A Ban</i></p> <p><i>D F+ A</i></p>

IV	<p>04''</p> <p>9. J'ai d'abord pensé à un taureau, parce que les cornes.</p> <p>10. Je vois un truc farouche, un taureau qui est fâché et méchant.</p> <p>11. Ça ressemble aussi à un nuage noir.</p> <p>01'06''</p>	<p><i>Je vois les cornes ci. C'est un peu bizarre. C'est noir et ça a les cornes.</i></p> <p><i>Ça m'a aussi fait penser au nuage. C'est surtout la forme.</i></p>	<p>D/G C'F- A</p> <p>G Fclob A</p> <p>G FC'+ Frag</p>
V	<p>02''</p> <p>12. Comme une sorte d'insecte.</p> <p>13. Ou alors un oiseau noir qui a déployé ses ailes et ses pattes partent jusqu'en bas.</p> <p>0'47''</p>	<p><i>Je pense que j'avais dit chauve-souris. c'est un gros papillon. C'est la forme.</i></p> <p><i>Tout ça. C'est la forme car il a des pattes.</i></p>	<p>G F+ A Ban</p> <p>G C'kan A</p>
VI	<p>08''</p> <p>14. Hum, c'est un peu bizarre (long silence). Je vois ça toujours comme ; je ne sais pas si je vais dire insecte ou... puisque je vois la moustache. Un animal, parce que ses moustaches.</p> <p>0'58''</p>	<p><i>Voici les moustaches que je vois ici. On voit plus ça dans les dessins.</i></p>	<p>D/G F- A</p>
VII	<p>01''</p> <p>15. Hum, je vois comme deux petits chiots qui sont placés sur quelque chose face à face et qui se regardent et leurs oreilles sont soulevées. Ça ressemble à une image miroir.</p> <p>0'44''</p>	<p><i>Voici un ; voici l'autre. Les chiots s'arrêtent ici. Là en bas ce n'est pas ça. Voici le nez, sa petite bouche. L'image est miroir (1<sup>er</sup> et 2<sup>è</sup> tiers)</i></p>	<p>D kan- A</p>
VII I	<p>02''</p> <p>16. C'est toujours une image miroir. Je vois ; ça c'est comme ; ils sont comme des animaux ça ! comment est-ce que je peux les appeler ? des choses qui ressemblent au rongeur (rat, souris) et qui sont en train de grimper sur une branche et en bas un pied posé sur une pierre. C'est comme si la plupart des choses que j'ai vues est miroir. Donc le côté ci, c'est nettement le côté-là.</p> <p>02'05''</p>	<p><i>Dans ma tête, voici une tête, voici une patte. Ce sont des rongeurs en fait. C'est comme si c'est ça et ça c'est le reflet de ça.</i></p>	<p>Go kan</p> <p>A/bot/Frag</p>
IX	<p>20''</p> <p>17. (Silence) D'abord, le côté ci est net comme celui-ci. Les trucs ci me font penser aux cornes d'un animal sauvage.</p> <p>18. Ça là me fait penser aux narines d'un animal sauvage dans la forêt.</p> <p>01'20''</p>	<p><i>La forme (projections brunes médianes, en haut)</i></p> <p><i>Quel animal a les cornes dans la forêt ? Je dirais le buffle. Quand tu mets le rouge, ils veulent seulement venir vers toi. Ils sont méchants. La forme (fente à la base de la lacune centrale)</i></p>	<p>D F- Ad</p> <p>Ddbl F- Ad</p>

<b>X</b>	<b>18''</b>		
	<b>19.</b> Hum, je dis n'importe quoi qui me vient à l'esprit ? ça-là me fait penser aux crabes, je ne sais pourquoi.	<i>C'est ça qui me fait penser aux crabes. La forme (bleu latéral)</i>	<i>D F+ A Ban</i>
	<b>20.</b> Bizarrement, vous voyez quand le bébé est en train de se former dans le ventre ? ça me fait penser à deux embryons, deux bébés dans le ventre reliait par quelque chose. Le truc ci les lie au niveau de la bouche.	<i>C'est la forme. Ils ne sont pas encore développés (rose latérale avec bleu médian)</i>	<i>D K+ H</i>
	<b>21.</b> Bizarrement il y a un truc comme un insecte dans le dos de chaque bébé.	<i>C'est ça ! la forme (gris brun de côté)</i>	<i>D F+ A</i>
	<b>22.</b> Et aussi au niveau de la tête de chacun, je vois comme une sorte d'insecte.	<i>C'est toujours la forme (gris latéral en haut)</i>	<i>D F+ A</i>
<b>23.</b> Ça aussi, je vois comme des yeux ici. Comme une sorte de... je vois la tête d'un lapin avec les yeux et les oreilles en l'air, les oreilles qui montent.	<i>Ici en bas. Voici la tête ! voici les yeux. À cause de la forme (vert médian entier en bas)</i>	<i>D F+ Ad</i>	
	<b>02'43''</b>		

Nombre de réponses : <b>23</b>	Temps de passation : <b>16mn 58secs</b>	Temps moyen de latence : <b>09secs</b>
<b>Planches (+) :</b>		<b>Planches (-) :</b>
<b>Pl. III :</b> Parce que ce sont des lionceaux qui sont en train de protéger chacun.		<b>Pl. IV :</b> Parce que l'image est noire, c'est comme un truc méchant.
<b>Pl. VII :</b> Parce qu'avec les oreilles en l'air, il a plutôt l'air content.		<b>Pl. V :</b> C'est bizarre. Comme une chose de sorcellerie.

#### 4.1.1.3. Psychogramme

### PRODUCTIVITE

R = 23

T = 16mn 58sec

TL moyen = 09''

### TYPE D'APPREHENSION

G  30, 43 %

D  65,21 %

Dd  0 %

Dbl  4 %

G = 7

D = 15

Dd = 0

Ddbl = 1

G% = 35

D% = 61

Dd% = 0

Ddbl% = 4,34

## DETERMINANTS FORMELS

F = 11                  F+ = 8                  F- = 3                  F+/- = 0  
F% = 47,83 %          F+% = 72,73%

---

## FACTEURS AFFECTIFS

CF = 1                  FC = 0                  C = 0                  Fclob = 1                  E = 0  
C'F = 1                  FC' = 1                  C' = 0                  ClobF = 0                  EF = 0  
K = 2                  kob = 0                  kan = 5                  kp = 1                  FE = 0  
TRI = 2K/0C ; RC % = 34,78 %

---

## CONTENUS

H = 2                  Hd = 1                  (H) = 0                  H% = 13,04 %  
A = 15                  Ad = 4                  (A) = 0                  A% = 82,61 %  
Obj = 1                  Anat = 0                  Elem = 0                  Sang = 0                  Bot = 1  
Géo = 0                  Arch = 0                  Pays = 0                  Sexe = 0                  Frag = 2

---

## FACTEURS ADDITIONNELS

**IA = 0    Ban = 5    Choix + : III et VII                  Choix - : IV et V**

### **4.1.1.4. Dynamique de la passation**

La productivité est normale (R = 23). Les commentaires sont présents. La passation est normale et le traitement du matériel parfois spontané, parfois lent. Les réponses sont données avec des précautions verbales, de doute (c'est comme... ça ressemble à... je dirais...). La relation avec le psychologue reste bonne, confiante mais avec plus d'étayage.

### **4.1.1.5. Interprétation**

#### **4.1.1.5.1. Processus de la pensée et investissement de l'intelligence**

L'activité cognitive est diversifiée (A, Obj, Frag, Bot). Le mode d'appréhension comprend un éventail assez varié correspondant aussi bien aux capacités d'intuition immédiate d'activité de synthèse (G%), de sens logico-pratique (D%) que d'activité exploratoire (Ddbl%). Rita montre de bonnes capacités d'élaboration mentale, dispose d'une capacité à s'adapter à la réalité extérieure (Ban), a une intelligence supérieure, un espace psychique propre et de bonnes potentialités créatrices. Néanmoins, la qualité de ses processus rationnels est diminuée par l'importance de la vie pulsionnelle (F% diminué).

#### **4.1.1.5.2. Facteurs de socialisation ou rapport au réel**

Les capacités d'adaptation socialisante sont, dans l'ensemble maintenues de manière acceptable (Ban). Rita est capable d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui (2K). Mais, sollicitée par des éléments d'ordre pulsionnel ou émotionnel, elle ne dispose pas toujours d'une adaptation et d'un maintien suffisants du contrôle rationnel (F% et F+% légèrement abaissés). Les représentations de relations montrent quant à elles une bonne capacité à investir positivement l'autre (H%).

#### **4.1.1.5.3. Dynamique affective**

Le TRI est légèrement introtensif (2K/0C). Rita fait preuve d'une réactivité émotionnelle parfois avec une certaine labilité affective (CF+C> FC) mais pondéré en partie par des facteurs de mentalisation (2K). On relève également des attitudes régressives et infantiles de par la présence de kan et d'un A% élevé.

#### **4.1.1.5.4. Approche dynamique**

Rita est capable à s'adapter à la réalité extérieure (« C'est comme sorte de chauve-souris qui a des ailes déployées et qui a de longues pattes en avant », Pl. I). Elle est capable de mobiliser ses ressources psychiques pour faire face à une situation inconnue tout en laissant passer dans un deuxième temps une certaine fragilité de son narcissisme (« Parce qu'elle est noire », Pl. I). La deuxième planche suscite beaucoup d'anxiété chez le sujet (choc). Elle parvient à surmonter le choc face au rouge et au blanc et à mettre en place des mécanismes adéquats renvoyant ici à une capacité de mentalisation et d'élaboration des besoins (K). La représentation de soi est intègre et entière, la relation à l'autre peut s'instaurer dans une identification dont l'appartenance sexuée est non déterminée. L'identité de base ne semble pas bien structurée. On pourrait suspecter une fragilité des assises identitaires à travers une réponse qui traduit le recours à un mécanisme projectif sensoriel (« *un oiseau noir qui a déployé ses ailes...* »).

## 4.1.2. La participante Belle

### 4.1.2.1. L'entretien exploratoire avec Belle

Belle est une jeune femme Bamiléké chrétienne/catholique cancéreuse du sein de 30 ans, originaire de la région de l'ouest et du département du Ndé. Elle est mariée, a 2 enfants et est enseignante de profession. Elle habite avec son mari et ses enfants à Yaoundé. Elle est issue d'une famille monogamique et est dernière né dans une fratrie de trois. C'est au 6<sup>ème</sup> mois de gros sexe de son 2<sup>ème</sup> enfant qu'elle ressent une « boule » et une douleur au niveau de son sein. Après un mois d'accouchement avec des examens, on l'annonce qu'elle est atteinte du cancer du sein.

Elle explique son vécu douloureux de l'après diagnostique en pleurant sous ces termes : « *aussi tôt je savais qu'on allait me couper le sein* ». En effet, l'après diagnostic a fait émerger la pulsion de mort chez Belle. Elle était déjà habitée par la mort. Elle déclare : « *Je ne pensais qu'à ça et aussi à la mort* ». Elle ajoute : « *j'étais triste et je pensais que j'allais mourir et laisser ma famille. Je pleurais tout le temps. Je mangeais seulement quand on me forçait* ». Cette situation traumatique a bouleversé la vie de Belle au point où elle dit : « *j'avais honte parce que les gens allaient maintenant me regarder différemment. Ce n'est pas facile* ».

La mammectomie a eu lieu quelques mois après son accouchement. Elle raconte des moments difficiles de ruptures avec son identité maternelle et sa capacité d'être mère. Elle explique : « *après l'accouchement je n'avais pas allaité. Mon mari dépensait beaucoup et je ne pouvais pas l'aider. J'étais devenu incapable de jouer mon rôle. Au fait, je ne dormais pas et je ne m'occupais même pas de mon enfant ...* ». L'ablation du sein a provoqué une effraction non seulement biologique mais aussi psychique. Cela est aussi perceptible par l'atteinte de l'image du corps et de ses représentations narcissiques. Belle déclare : « *ça faisait mal et son volume augmentait nor. Je ne portais plus de soutient et je ne sortais plus. J'avais honte !* ».

La mammectomie a fait vivre Belle des sensations dont elle s'est sentie seul et incomprise. Ses capacités de dénégation a été altérée d'autant plus que l'enveloppe psychique a été abimée. Elle ne parvenait plus à lire les désirs et les sentiments des autres. Belle dit : « *mon mari, mes sœurs et mon grand-frère ; même le médecin. J'ai vraiment subi avec cette maladie. Et tout le monde ne me comprend pas* ».

D'après l'analyse de l'entretien, on peut conclure que Belle est traumatisée par cette ablation. On a constaté qu'elle est dans l'angoisse et durant l'entretien passé elle ne nous a pas donné assez d'informations. Pour cela, le Rorschach a été utilisé.

#### 4.1.2.2. Feuille de cotation du Rorschach

Nom : **Belle**

Age : **30 ans**

Sexe : **Féminin**

Pl.	PASSATION	ENQUETE	COTATION
<b>I</b>	<b>16''</b>		
	0. Les antennes, deux.	<i>Les antennes d'un insecte. Il y a un animal qui ne (petites saillies médianes supérieures)</i>	<i>D F+ Ad</i>
	1. Les ailes.	<i>Les ailes du papillon (D latéral).</i>	<i>Do F+ Ad</i>
	2. L'abdomen.	<i>L'abdomen d'un animal, du cafard (moitié inférieure du D4 médian)</i>	<i>D F+ Ad</i>
	3. La queue.	<i>La queue animale (extrémité inférieure médiane)</i>	<i>Dd F- Ad</i>
	4. √ je vois les arbres.	<i>(petite saillie du bord latéral inférieur)</i>	<i>Dd F+ Bot</i>
	5. √ les petits oiseaux.	<i>(petites tâches, éclaboussures extérieures)</i>	<i>Dd F+/- A</i>
6. √ je vois aussi un visage. <i>Beaucoup de points noirs.</i>	<i>Le visage humain. il a le nez, la bouche ; il est de profil (petite tâche sur extrémité inférieure médiane)</i>	<i>Dd F- Hd</i> <i>→C'n</i>	

	<p>7. Je vois un gros insecte.</p> <p><b>01'50''</b></p>	<p><i>C'est le cafard.</i></p>	<p><i>G F- A</i></p>
<b>II</b>	<p><b>09''</b></p> <p>8. Je vois les taches rouges dans les taches noires.</p> <p>9. Je vois un insecte.</p> <p>10. C'est une sorte de cheval en rouge.</p> <p><b>11.</b> √ un volcan.</p> <p>12. √ le visage du masque.</p> <p>13. (<i>Long silence</i>) Une sorte de poumon-cœur avec deux reins.</p> <p><b>02'48''</b></p>	<p><i>Du sang.</i></p> <p><i>Tout le noir. C'est un insecte sans abdomen (les deux parties latérales noires).</i></p> <p><i>Parce qu'il y a les pattes arrière. C'est pas le cheval, mais une sorte de cheval (rouge haut extérieur)</i></p> <p><i>(Rouge bas)</i></p> <p><i>Il y en a même deux des deux côtés (extrémités de la saillie latérale inférieure)</i></p> <p><i>Ça ce sont les poumons, ça c'est le cœur. Les poumons sont en haut et le cœur en bas. Je ne sais pas si c'est le poumon de l'homme ou de l'animal. Ça peut être le poumon d'un animal. Ça peut être les reins d'une personne.</i></p>	<p><i>Dd C Sang</i></p> <p><i>D F- A</i></p> <p><i>D F C A</i></p> <p><i>D CF+ Frag</i></p> <p><i>→kob</i></p> <p><i>Dd F+/- (Ad)</i></p> <p><i>→Clob</i></p> <p><i>G F- Anat</i></p>
<b>III</b>	<p><b>07''</b></p> <p>14. Je vois deux femmes qui tiennent deux marmites.</p> <p>15. Je vois les pieds en sabots.</p> <p>16. Je vois un organe rouge.</p>	<p><i>Voilà une femme avec une marmite, voilà l'autre avec une marmite (les deux parties noires latérales)</i></p> <p><i>Les pieds du cheval (extrémité du détail côté inférieur extrémité de la jambe D5 habituelle)</i></p> <p><i>Deux poumons ou reins d'un être humain (rouge médian).</i></p>	<p><i>D K H Ban</i></p> <p><i>Dd/D F+ Ad</i></p> <p><i>D F+ Anat</i></p>

	<p>17. Une sorte de cheval qui a une longue queue en rouge.</p> <p>18. √ le bassin d'une femme</p> <p><b>02'08''</b></p>	<p><i>C'est même deux. C'est la couleur et la forme. La forme vient avant la couleur. C'est comme s'ils galopaient (rouge extérieur en haut).</i></p> <p><i>(Toute la partie noire inférieure médiane)</i></p>	<p><i>D F<sup>+</sup>C A</i></p> <p><i>D F+ Anat</i></p>
<b>IV</b>	<p><b>15''</b></p> <p>19. Une sorte d'insecte noire avec des ailes et quatre antennes.</p> <p>20. J'aperçois deux femmes.</p> <p>21. Des arbres.</p> <p>22. (long silence) √ je vois deux lézards.</p> <p><i>Une nuance de deux couleurs : il y a le gris et le noir noir. Le noir a tendance à se coucher.</i></p> <p><b>02'32''</b></p>	<p><i>Tout ça ! voici les antennes un, deux, trois, quatre. Cet insecte est bizarre</i></p> <p><i>C'était même où encore ? Ici, voilà les cheveux. Elles essaient de sortir de quelque chose en attrapant autre chose ; parce que ce n'est qu'une partie d'elles.</i></p> <p><i>Tout ce qui est en périphérie. C'est la forme et non pas la couleur.</i></p> <p><i>(Saillie latérale supérieure)</i></p> <p><i>Voici le tout noir, ici il y a le gris là, là, là.</i></p>	<p><i>G F C' A</i></p> <p><i>→Clob</i></p> <p><i>Dd/Ddbl F- A</i></p> <p><i>→K</i></p> <p><i>Dd F- Bot</i></p> <p><i>D F+ A</i></p> <p><i>→Cn</i></p>
<b>V</b>	<p><b>07''</b></p> <p>23. Je ne sais pas si c'est la libellule ou le papillon avec les ailes, deux antennes et deux queues.</p> <p>24. Je vois aussi comme une cuisse de crocodile, deux.</p> <p>25. (Eloignement, rapprochement, long silence) &lt; quatre montagnes.</p>	<p><i>C'est entre la libellule et le papillon. Ce n'est ni la libellule ni le papillon.</i></p> <p><i>C'est ici ! Les cuisses arrières là, quand il fait comme ça (D latéral).</i></p> <p><i>Une, deux, trois, quatre (premier et deuxième saillie latérale du bord supérieur).</i></p>	<p><i>G F+ A Ban</i></p> <p><i>D F+ Ad</i></p> <p><i>Dd F+ Géo</i></p>

	<b>02'27''</b>		
<b>VI</b>	<p><b>14''</b></p> <p>26. (<i>C'est bizarre, sourit</i>) c'est comme l'intérieur d'un être humain ; il y a deux poumons, il y a le rectum.</p> <p>27. (<i>Rapprochement de la planche</i>) c'est une sorte d'animal mais ça n'a pas de nom. Parce que je vois la bouche en haut et le pied en bas.</p> <p>28. √ j'ai l'impression de voir deux bébés qui tendent les mains.</p> <p><b>02'50''</b></p>	<p><i>A partir de l'œsophage jusqu'au rectum. De l'être humain (toute la ligne médiane entière).</i></p> <p><i>Voici la bouche, voici le pied. C'est tout ça. Je ne sais pas quelle sorte d'animal (.</i></p> <p><i>Voilà un, voici ses mains, voici son visage, voici sa tête. C'est la tache grise-ci (bordure latérale inférieure).</i></p>	<p><i>Dd/D F+ Anat</i> →<i>Affect</i></p> <p><i>D/G Dd/G F- A</i></p> <p><i>Dd K H</i></p>
<b>VII</b>	<p><b>20''</b></p> <p>29. Deux visages qui se regardent.</p> <p>30. Je vois aussi deux visages de cochons.</p> <p>31. En bas, c'est un papillon.</p> <p>32. C'est comme la radiographie du ventre d'une femme.</p> <p>33. √ Deux éléphants.</p> <p><b>01'56''</b></p>	<p><i>Des gens, des êtres humains (1<sup>er</sup> tiers y compris D5 des deux côtés).</i></p> <p><i>Ici, le nez les yeux et la bouche (2<sup>e</sup> tiers)..</i></p> <p><i>(3<sup>ème</sup> tiers entier)</i></p> <p><i>(3<sup>ème</sup> tiers entier)</i></p> <p><i>Il y a les trompes, la tête et les yeux ici (2<sup>ème</sup> tiers des deux côtés).</i></p>	<p><i>D kp Hd</i></p> <p><i>D F+ Ad</i></p> <p><i>D F+ A</i></p> <p><i>D F- Radio</i></p> <p><i>D F- A</i></p>
<b>VII I</b>	<p><b>08''</b></p> <p>34. Je vois deux tigres rouges qui montent.</p> <p>35. Je vois le thorax.</p>	<p><i>La forme, ils ont les pattes, la tête (partie rose latérale).</i></p> <p><i>Le thorax d'un humain (gris et bleu 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup>)</i></p>	<p><i>D kan<sup>+</sup> C A</i></p> <p><i>D F- Anat</i></p>

	<p>36. Je vois aussi les taches orange qui veulent dominer les taches roses. Je distingue quatre couleurs. Les taches orange qui veulent dominer les roses-là, il y a d'autres tâches qui sortent pour fuir ; certaines taches vont colorer celles en vert. Lui sera aussi coloré. Je vois l'autre tâche va colorer celle en gris. Mais c'est le gris qui dominera.</p> <p>37. Je vois l'utérus.</p> <p>38. (Silence) √ je vois un insecte, je vois deux insectes qui essaient de communiquer par les antennes.</p> <p>39. √ une sorte de rivière, deux rivières.</p> <p>40. √ les arbres.</p> <p><b>04'26''</b></p>	<p><i>Ici, là elles sont comme des... un insecte (orange et rouge bas).</i></p> <p><i>D'un humain (rose du 3<sup>ème</sup> tiers)</i></p> <p><i>Voici le premier insecte, voici le deuxième ; ils essaient de communiquer (rose du 3<sup>ème</sup> tiers et vert du 2<sup>ème</sup> tiers).</i></p> <p><i>(lacune médiane dans le bleu en haut).</i></p> <p><i>Les arbres c'est là. Il y a aussi la couleur verte. La couleur et la forme. D'abord la couleur (2<sup>ème</sup> tiers).</i></p>	<p><i>D CF A</i></p> <p><i>D CF- Anat</i></p> <p><i>Ddbl/D kan A</i></p> <p><i>Dbl F+ Elem</i></p> <p><i>D CF Bot</i></p>
IX	<p><b>11''</b></p> <p><i>Je vois trois couleurs.</i></p> <p>41. Je vois deux insectes qui essaient de communiquer, ils ne se touchent pas mais ils envoient des signaux qui se touchent.</p>	<p><i>Voici un insecte, voici l'autre. La forme (brun en haut).</i></p>	<p><i>D kan A</i></p>
	<p>42. Deux masses rouges.</p> <p>43. (Silence) Le squelette, voilà le squelette.</p> <p>44. √ je vois les arbres.</p>	<p><i>Deux masses rouges dans le corps humain. je ne sais pas (brun en bas sur le côté).</i></p> <p><i>Le squelette humain. donc ici là jusqu'en bas (partie inférieure de la lacune centrale en globant les anneaux).</i></p> <p><i>(vert latéral).</i></p>	<p><i>D F C Obj</i></p> <p><i>Ddbl F+ Squel</i></p> <p><i>D C Bot</i></p>

	45. √ la tête d'un insecte.	<i>(partie inférieure de la lacune centrale).</i>	<i>Dd F- Ad</i>
	46. √ je vois deux reins malades.	<i>Les reins d'un humain (bosse à la base du brun latéral D3).</i>	<i>Dd CF- Anat</i> <i>→Défect.</i>
	47. (Silence) √ je vois le volcan, une montagne en volcan.	<i>Voici la montagne, voici son volcan.</i>	<i>D kobCF Géo</i>
	48. Je vois une sorte de lame, comme l'épée. Une sorte d'épée.	<i>Ça c'est la manche, ça c'est l'épée (grand axe médian)..</i>	<i>D F+ Obj</i>
	49. < je vois deux crocodiles malformés.	<i>Voici la tête, voici le corps ; c'est découpé mais le reste du corps descend encore en zigzag..</i>	<i>Dd F- A</i>
	50. < le coucher du soleil.	<i>(brun en haut).</i>	<i>D CF<sup>-</sup> Elem</i>
	51. < la mer.	<i>(grande lacune centrale).</i>	<i>Dbl CF Elém</i>
	<b>05'22''</b>		
<b>X</b>	<b>08''</b> <i>Beaucoup de couleurs !</i>		<i>→Cn</i>
	52. Je vois les papillons.	<i>(bleu latéral, gris brun de côté, vert latéral en haut et brun latéral).</i>	<i>D F+/- A</i>
	53. Je vois les fleurs jaunes.	<i>Ça c'est une fleur ; c'est l'orchidée. Je connais la fleur-ci (jaune latérale).</i>	<i>D FC Bot</i>
	54. Je vois aussi les arbres.	<i>Tout ça (vert latéral en bas). .</i>	<i>D F- Bot</i>
	55. La tête d'un insecte.	<i>(gris médian entier).</i>	<i>D F- Ad</i>
	56. Je vois deux insectes retournés, mais qui crachent du feu. Deux fourmis en fait.	<i>Voici son abdomen, voici sa tête, voilà le feu (gris brun de côté).</i> —	<i>Dcont kan+ A/Elém</i>
	57. Je vois la trachée (gorge).	<i>C'est pour l'humain. Du haut jusqu'en bas. Ça commence d'abord avec pour l'homme (toute la</i>	<i>Ddbl F- Anat</i>

		<i>lacune centrale, entre gris en haut t rose latéral).</i>	
58. Je vois deux poumons, et les poumons là sont malades parce qu'il y a du noir.		<i>Les poumons sont en rouge (rose latéral).</i>	<i>D C'F- Anat →Défect</i>
59. Je vois les feuilles vertes.		<i>(vert latéral en haut).</i>	<i>D FC+ Bot</i>
60. Je vois la mer.		<i>(bleu latéral).</i>	<i>D CF- Elém</i>
61. Je vois le coucher du soleil, la couleur du coucher du soleil sur la mer.		<i>Quand il y a l'eau, la couleur orange tinte l'eau (brun latéral en bas).</i>	<i>D CF- Elém</i>
62. Je vois les os du dos, l'omoplate, du dos.		<i>Deux. C'est la forme (bleu médian).</i>	<i>D F- Anat</i>
63. √ je vois un enfant avec des ailes qui descend.		<i>Voilà les ailes, voilà l'enfant qui descend sur le trône (vers en bas médian).</i>	<i>D K+ H</i>
64. √ En bas, il y a une sorte de siège, c'est comme une sorte de podium.		<i>Le trône (bleu médian).</i>	<i>D F- Obj</i>
65. √ je vois deux taches rouges dans le jaune.		<i>Les gouttes de sang. C'est d'abord la couleur (petite tache ronde dans le jaune médian)..</i>	<i>Dd CF Sang</i>
<b>05'45''</b>			

Nombre de réponses : <b>66</b>	Temps de passation : <b>33mn</b> <b>17secs</b>	Temps moyen de latence : <b>11secs</b>
<b>Planches (+) :</b>		<b>Planches (-) :</b>
<b>Pl. III :</b> Parce que je vois les deux femmes qui se regardent avec la marmite et les deux poumons rouges qui ne sont pas malades ; on dirait qu'elles s'entendent.		<b>Pl. II :</b> Parce que le cœur malade, comment les poumons peuvent être noirs ? Ça fait ressentir une laideur. C'est laid !
<b>Pl. X :</b> Parce que les nuances de couleurs sont jolies ; il y a la mer, le coucher du soleil, les arbres, il y a aussi l'enfant.		<b>Pl. IV :</b> Parce qu'elle est très bizarre, la représentation du noir et sa forme, ça fait penser au malheur et cette femme qui sort du noir et les lézards qui sont aux alentours. C'est effrayant !



A = 18	Ad = 09	(A) = 00	(Ad) = 01	A% = 42,42%
Obj = 03	Anat = 10	Scène = 00	Sang = 02	Bot = 07
Géo = 02	Arch = 00	Pays = 00	Sexe = 00	Frag = 01
Elem = 05	Abst = 00	Sc = 00	Art = 00	Arch = 00
Radio = 01	Squel = 01	A/Elem = 01		

---

#### FACTEURS ADDITIONNELS

IA = 18.18	Ban = 2	Cn = 03	Chocs R: 05	Amput. : 00
Ref. pers = 00	Eq. Choc : 02	Clob = 02	→Confab = 00	Defect = 02

#### 4.1.2.4. La dynamique de la passation

La productivité de Belle est excessive (R = 66) avec très peu de commentaires. La passation est rapide (moins d'une heure) avec un traitement du matériel plus ou moins spontané. Les réponses sont données sans aucune précaution verbale, mais davantage avec certitude. La relation avec le psychologue semble très bonne et confiante.

#### 4.1.2.5. Interprétation

##### 4.1.2.4.1. *Processus de pensée ou investissement de l'intelligence*

Au vu de divers indices, il semble que Belle intériorise très peu les processus de pensée (G% faible). La présence de F% et F+% assez faible indique que le recours aux mécanismes d'ordre rationnel ne se fait pas toujours de manière adéquate mais sans que l'on révèle une faille majeure. Cependant la présence de K dénote une richesse de mentalisation et de vie intérieure.

##### 4.1.2.5.1. Facteurs de socialisation ou rapport au réel

Belle est capable de tenir compte de la réalité et de faire preuve d'une adaptation sociale satisfaisante. Elle n'éprouve pas trop de difficultés dans le contact avec autrui (A% normal, présence de H et le rapport H/Hd est satisfaisant). La relation d'objet reste totale malgré la forte présence de l'angoisse du protocole (IA = 18.18).

#### 4.1.2.5.2. Dynamique affective

Chez Belle, l'affectivité est tournée vers l'intérieur (TRI introtensif), ce montre qu'elle planifie avant de se décider et en même temps favorise son adaptation sociale. Elle est davantage soumise à son vécu émotionnel et affectif. Elle peut être qualifiée d'émotionnelle et d'instable et présente davantage de suggestibilité.

#### 4.1.2.5.3. Approche dynamique

L'identité de base est instable avec une mauvaise capacité d'adaptation à une situation nouvelle : « *Je vois un gros insecte... le cafard* » (Pl. I). On note une réactivation de l'angoisse de castration chez Belle à travers cette réponse : « *Je vois les tâches rouges dans les tâches noires... Du sang* » (Pl. II). Les capacités d'identification à l'espèce humaine (identification primaire) sont acquises : « *Je vois deux femmes qui tiennent deux marmites* » (Pl. III). L'identité de base et les assises identitaires sont également mises à l'épreuve. La figure paternelle est vécue dans sa dimension dysphorique, bizarre : « *Une sorte d'insecte noire avec des ailes et quatre antennes* » (pl. IV). La représentation de soi chez Belle ne semble pas bien structurée. La réponse qu'elle donne à cette planche n'est pas satisfaisante : « *Je ne sais pas si c'est la libellule ou le papillon...* » (Pl. V).

Le rapport de Belle à la figure paternelle se réveille une fois de plus dans sa dimension répugnante : « *C'est une sorte d'animal mais ça n'a pas de nom. Parce que je vois la bouche en haut et le pied en bas* » (Pl. VI). L'identité sexuée reste imprécise « *deux visages qui se regardent... le visage d'une personne* », traduisant un certain malaise par rapport à la féminité. Le sujet n'a donc pas accédé à la différence de sexe et de génération et donc n'a pas pu élaborer la problématique œdipienne (Pl. VII). Présence d'une bonne adaptation face au monde extérieur et des capacités à intégrer et canaliser les affects : « *Je vois deux tigres rouges qui montent* » (Pl. VIII). Cette planche réactive chez Belle un fonctionnement limite à travers des thèmes projectifs d'angoisse concernant l'intégrité du corps : « *Je vois deux reins malades* » (Pl. IX). L'angoisse concernant l'intégrité apparaît une seconde fois à cette planche : « *Je vois deux poumons, et les deux poumons sont malades parce qu'il y a du noir* » (Pl. X).

Bonne différenciation entre le soi et l'autre, entre la tâche et le fond « *Je vois un gros insecte* » (Pl. I) ; « *Une sorte d'insecte noir avec des ailes et quatre antennes* » (Pl. IV) ; « *Je ne sais pas si c'est la libellule ou le papillon avec des ailes, deux antennes et deux queues* » (Pl. V). Belle reconnaît son appartenance à l'espèce humaine ; elle est capable de s'identifier à une image humaine. Belle ne reconnaît pas son appartenance au sexe féminin. L'absence de contenus différents sous-tendus par un symbolisme masculin ou féminin en fonction de ces

caractéristiques « *Une sorte d'insecte noir avec des ailes et quatre antennes* » (Pl. IV) ; « *Une sorte d'animal mais ça n'a pas de nom. Parce que je vois la bouche en haut et le pied en bas* » (Pl. VI) et la difficulté à préciser le genre de personnages perçus dans certaines tâches « *Deux visages qui se regardent* » (Pl. VII). Elle n'a pas pu accéder à la problématique œdipienne.

La figure maternelle est vécue comme menaçante et destructurante : « *C'est une sorte de cheval en rouge ; le visage du masque* » (Pl. II) ou « *Je vois le volcan, une montagne en volcan ; je vois deux crocodiles malformés* » (Pl. IX). La figure paternelle est également vécue comme menaçante et destructurante : « *Une sorte de gros insecte noir avec des ailes et quatre antennes... C'est bizarre !* » (Pl. IV) ou « *C'est une sorte d'animal mais ça n'a pas de nom. Parce que je vois la bouche en haut et le pied en bas* » (Pl. VI).

La relation d'objet chez Belle est totale. En effet, malgré que le H% ne soit pas dans la norme, le rapport H/Hd reste satisfaisant. Cette relation est marquée par des mouvements pulsionnels libidinaux bien assumés « *Deux femmes qui tiennent deux marmites* » (Pl. III), tantôt par des mouvements pulsionnels libidinaux réprimés « *Deux visages qui se regardent* » (Pl. VII) ou encore par des mouvements pulsionnels libidinaux refoulés « *Deux éléphants* » (Pl. VII). La relation à l'imago maternelle prégénitale est teintée de d'horreur : « *Je vois un gros insecte* » (Pl. I). Le narcissisme chez Belle est associé à une image de soi et à une estime de soi dévalorisée : « *Je vois un gros insecte... c'est le cafard* » (Pl. I) ; « *Une sorte d'insecte noir avec des ailes et quatre antennes... c'est bizarre* » (Pl. IV).

#### **4.1.3. Synthèse des données de l'examen psychologique**

Dans l'ensemble, les sujets présentent des caractéristiques différentes dans les trois catégories de présentation du psychogramme. Premièrement, sur le plan affectif, la réponse Dbl de Belle (planche II : « un volcan »), indique une émotion de colère dans la mesure où l'intégration du rouge va réactiver les problématiques pulsionnelles car le sujet va essayer de se défendre contre ses impulsions par le retournement de la planche et un long silence aux perceptions suivantes de la même planche (donc, c'est une résistance) ; ou celle de Rita (planche VII : « c'est comme si la plupart des choses que j'ai vues est miroir. Donc le coté ci, c'est nettement le côté-là. », renseigne sur une enveloppe corporelle poreuse qui ne joue pas sa fonction de filtre. De plus, le nombre total de réponses formelles (F%) indique un mauvais rapport à la réalité chez Rita avec (F%=47,83) et un rapport à la réalité satisfaisante chez Belle avec (F%=58). Les indices de contrôle CF+C>FC montrent une certaine labilité émotionnelle chez Rita et Belle mais pondéré en partie par les facteurs de mentalisation 2K chez Rita et 3K chez Belle. Ainsi, Rita et Belle ont un type de résonance intime introversif (TRI : K/C, 2/0 et 3/2) qui montrent qu'elles sont prudentes et envisagent toutes les

possibilités avant de prendre une décision.

Deuxièmement, sur le plan cognitif, les protocoles de Rita et Belle présentent tant une richesse avec un nombre élevé de réponses ( $R=23$  ;  $R=66$ ) construites ; et un bon nombre de réponse élevé de D par rapport à G ( $65,21>30,43$  ;  $62,12>06,06$ ) mobilisant un niveau de satisfaction de l'élaboration de la pensée.

Troisièmement, sur le plan social, les protocoles de Rita et Belle révèle des réponses formelles pures associées à la réponse banale. Le contenu animal supérieur au contenu humain ( $A\%>H\%$ ) met en jeu des supports identificatoires et de mentalisation. Pour ce qui est de cette étude, nous prenons en considération en analyse les facteurs tels que le narcissisme, la fragilisation de la représentation de soi, l'image du corps et la mentalisation.

## **4.2. PRÉSENTATION ET ANALYSES DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE**

Deux variables ont permis d'élaborer et d'organiser la collecte des données. Il s'agit des données relatives au vécu post-opératoire et les données relatives aux capacités de mentalisation. Ainsi, la présentation des différentes analyses à partir de ces variables est nécessaire pour le pragmatisme de l'étude.

### **4.2.1. Le blocage des fonctions de filtration de l'environnement**

Le trauma psychique est la réponse que produit l'ablation du sein chez la jeune femme. Face à la cicatrice et au vide sur sa poitrine, la jeune femme n'arrive pas à affronter la violence de l'événement, ce qui la laisse sidéré sur le plan psychologique. La rencontre tragique avec sa poitrine plate du fait de la mammectomie, agresse son intégrité mentale et paralyse également son appareil psychique. Elle ne sait plus filtrer les stimuli venant de l'extérieur, dans son environnement, elle se renferme car elle ne supporte pas tout ce qui peut lui rappeler son état. On observe chez elles des symptômes d'évitements, qui se manifestent par des états d'hypervigilance, des réactions de sursauts et d'alerte permanentes. Rita raconte :

Au départ, je n'avais rien j'allais peut-être m'écrouler un jour mais sinon je n'avais rien. Maintenant, je réfléchi beaucoup, parfois je reste comme ça j'ai des sursauts et je me dis aussi que Dieu n'aime pas ça.

Aujourd'hui j'ai peur, j'ai peur, j'ai beaucoup peur, je n'aime même pas en parler...vous voyez même, ça veut couler les larmes, au fait j'ai peur. Je suis de nature quelqu'un de négligeant, et c'est pour cela que je pense que j'aurai pu éviter cette maladie en évitant le cube et en consommant des fruits (rire)... je fais attention à tout maintenant et je sensibilise mes

enfants, je leur force même de manger, ils n'aiment pas beaucoup manger...

Malgré les prises en charge médicales reçues et l'usage des seins artificiels, la jeune femme se sent en insécurité et en danger. La jeune femme est angoissée et constamment en état d'alerte. Elle est dans une grande phase de remise en cause et d'inquiétude, ce qui la pousse à avoir peur de mourir. Elle a peur pour sa vie et à l'impression de courir un danger en permanence, raison pour laquelle elle est très vigilante sur ce qui se passe autour d'elle, surveille son environnement avec suspicion et évite tout ce qui peut lui rappeler la survenue du cancer ou pouvant lui faire revivre son calvaire tel des situations extrêmes impliquant la proximité avec la mort ou une perte qui provoque une blessure indélébile et la transforme radicalement. Elle développe des gestes et conduites répétitifs qui ont pour elle une valeur défensive afin de retrouver son équilibre.

Le surinvestissement de cette dernière lors de la passation du Rorschach, reflété par l'accrochage prononcé aux détails les plus prégnants perceptivement et les plus communément appréhendables, soulignerait la tendance défensive de Rita et Belle « *décidant* » de « *s'agripper* » au réel sans doute afin d'éviter ou de s'éloigner (le plus possible) de ce qui serait de l'ordre du fantasme et de sa vie intérieurement fait d'émois, d'affects et de représentations.

La perte d'un objet réel et d'amour qui se serait normalement attaché à cet objet conduisent la jeune femme dans une profonde souffrance. Les conséquences de cette souffrance sont visibles dans les récits des participantes. Cela se ressent lorsque Rita nous raconte que :

J'éclate encore en sanglot, je pleure et ce qui m'avait beaucoup énervé c'est qu'on allait couper mon sein, c'était je voulais faire mon dernier enfant cet année, je voulais faire encore un enfant, donc quand on m'a dit ça j'ai encore beaucoup pleuré.

Belle nous dit : « *mon mari, mes sœurs et mon grand-frère ; même le médecin. J'ai vraiment subi avec cette maladie. Et tout le monde ne me comprend pas* ».

Ce blocage de la fonction de filtration de l'environnement s'observe à travers les données de Rorschach. Chez Rita, la relation avec l'environnement montre en général un effet de miroir qui peut être visible aux planches VIII, IX et X. A la planche VIII elle dit :

*C'est toujours une image miroir. Je vois ; ça c'est comme ; ils sont comme des animaux ça ! comment est-ce que je peux les appeler ? des*

choses qui ressemblent au rongeur (rat, souris) et qui sont en train de grimper sur une branche et en bas un pied posé sur une pierre. *C'est* comme si la plupart des choses que j'ai vues est miroir. Donc le côté ci, c'est nettement le côté-là (Pl. VIII).

Ces sujets se perçoivent comment inférieur. La perception de Rita est d'autant rabaissant ici tout comme les animaux dont elle cite sont de race inférieur (« le rongeur, le rat, la souris ») et le miroir traduisant la façon dont elle se voit. Par ailleurs, chez Belle nous notons des réponses choque à chaque fois que sa perception fait référence à l'environnement ou la nature. Elle dit à la planche VIII : « *(Silence) √ je vois un insecte ; je vois deux insectes qui essaient de communiquer par les antennes ; √ une sorte de rivière, deux rivières ; √ les arbres* ». En effet, Belle retourne la planche et reste silencieuse avant de donner la réponse, ce qui démontre une certaine difficulté avec les situations environnementales.

À la planche IX, Rita ajoute :

(Silence) D'abord, le côté ci est net comme celui-ci. Les trucs ci me font penser aux cornes d'un animal sauvage. Ça là me fait penser aux narines d'un animal sauvage dans la forêt.

À cette planche, sa réponse renvoie également à un effet de ressemblance mais sauf que cette fois ci imbibée d'éléments agressifs ou dévastateurs. Traduisant déjà dès le départ avec le silence un comportement phobique et d'évitement. Toutefois, chez Belle il y'a encore des réponses choque mais cette fois ci accompagnées des perceptions anatomiques animales et humaines en défaut qui sont dévastatrice et amputables avec l'épée, ceci traduisant le transfert des stimuli désagréables sur l'environnement et la peur d'en être confronté. Et à la planche X, Rita dit :

Hum, je dis n'importe quoi qui me vient à l'esprit ? ça-là me fait penser aux crabes, je ne sais pourquoi. Bizarrement, vous voyez quand le bébé est en train de se former dans le ventre ? ça me fait penser à deux embryons, deux bébés dans le ventre relier par quelque chose. Le truc ci les lie au niveau de la bouche. Bizarrement il y a un truc comme un insecte dans le dos de chaque bébé. Et aussi au niveau de la

tête de chacun, je vois comme une sorte d'insecte. Ça aussi, je vois comme des yeux ici. Comme une sorte de... je vois la tête d'un lapin avec les yeux et les oreilles en l'air, les oreilles qui montent.

À cette planche, nous voyons encore à quel point Rita donne des réponses renvoyant à la précocité, la conception, à l'anatomie et à la fragilité comme une sorte de fantasme originaire de la vie intra-utérine. Traduisant la régression à la vie intra-utérine, c'est certainement le seul environnement jadis sécurisant pour elle. Chez Belle les réponses sont toujours anatomiques mais cette fois-ci accompagné des perceptions environnementales comme pour dire qu'ils sont semblables, c'est-à-dire affreux.

#### **4.2.2. Le blocage dans les fonctions de présence au monde**

Au cœur des expériences émotionnelles, la perte d'un organe significatif constitue un contexte particulièrement frustrant où l'ensemble de ressources psychiques peuvent être en écart avec la réalité. Pour cette raison, il s'agit d'un événement catalyseur du monde qui est un contexte propice à l'étude de la problématique de l'après coup ou après mammectomie. Ainsi, le blocage de la fonction de filtration de l'environnement provoque comme conséquence un défaut de la présence dans le monde. Les stigmatisations (le fait de ne plus s'habiller comme avant pour faire certaines choses) amènent la jeune femme à perdre confiance en elle et à prendre à contre-pied les idées reçues de ce monde. La cancéreuse devient vulnérable et hébétée, elle se désintéresse peu à peu à toutes interactions sociales, évite toute activité impliquant l'autre et perd ainsi tout intérêt et curiosité pour tout ce qui l'entoure. Rita s'exprime :

J'ai la gêne de fois de ne pas pouvoir faire certaines choses comme avant. Je ne peux plus porter t-shirt même à la maison et même quand il fait chaud [...] je réfléchis beaucoup, parfois je reste comme ça j'ai des sursauts et je me dis aussi que Dieu n'aime pas ça.

Chez Belle, les sentiments qui l'animent au vu de l'ablation sont en lien avec le regard de l'autre. Elle dit : « *j'avais honte parce que les gens allaient maintenant me regarder différemment. Ce n'est pas facile* ». En effet, le monde devient un miroir à travers lequel elle se mire et se voit à chaque fois exclue car elle se sent désormais hors norme et incomplète.

Au Rorschach, l'absence au monde peut être appréhendé à travers la planche I et V. Rita prend 53 secondes pour fournir une seule réponse à la planche I. Ce qui traduit une absence totale dans le monde. Elle dit : « *C'est comme une sorte de chauve-souris qui a des ailes*

*déployées et qui a de longues pattes en avant » (Pl. I). A la planche V, elle reste dans le doute avec deux perceptions : « Comme une sorte d'insecte. Ou alors un oiseau noir qui a déployé ses ailes et ses pattes partent jusqu'en bas » (Pl. V).*

Chez Belle, nous relevons des chocs et une durée assez prolongée respectivement d'une minute quarante-deux secondes et deux minutes vingt secondes à la planche I et V. Ce qui traduit des souffrances permanente à chaque fois que celle-ci veut entrer en contact avec le monde. Elle voit : « *Les antennes, deux ; Les ailes ; L'abdomen ; La queue ; √ je vois les arbres ; √ les petits oiseaux ; √ je vois aussi un visage. Beaucoup de points noirs ; Je vois un gros insecte » (Pl. I). Et : « Je ne sais pas si c'est la libellule ou le papillon avec les ailes, deux antennes et deux queues ; Je vois aussi comme une cuisse de crocodile, deux ; (Eloignement, rapprochement, long silence) < quatre montagnes » Pl. V).*

Ces différentes perceptions de Belle sont pleines de retournements, de long silence, de contenus animaux et anatomiques, traduisant en quelque sorte un déni du monde qui l'entoure.

#### **4.2.3. Blocage de la fonction d'amour et relation à l'autre**

Le vécu post-mastectomie est marqué par la modification de l'image et du schéma corporelle de la jeune femme l'exposant ainsi à l'exclusion identitaire. Cette faille du Moi active le conteneur suffisamment castrateur et persécuteur de la jeune femme, la fait se sentir mise à l'écart, mauvaise et banni du groupe des femmes. Ce qui va la conduire au retranchement et à l'inhibition de sa fonction d'amour et de sa relation par rapport à son prochain : c'est l'altération de la vie relationnelle et sociale. C'est un désétayage social qui a pour effet de réactiver le traumatisme initial, les symptômes de reviviscence et de chronicisation de la psychopathologie.

Aux planches de Rorschach, l'altération de la fonction d'amour et de la relation à autrui est appréhendé à partir des planches indiquant le rapport du sujet avec lui-même, l'angoisse de castration du sujet, sa relation à l'autre, son identification à l'espèce humaine, sa relation à la figure paternelle, sa relation précoce et présente à la mère et ses assises identitaires (Pl. I ; II ; III, IV et VI ; IX, VII et V). Chez Rita, on note qu'elle est capable de mobiliser ses ressources psychiques pour faire face à une situation inconnue tout en laissant passer dans un deuxième temps une certaine fragilité de son narcissisme (« *Parce qu'elle est noire* », Pl. I). La deuxième planche suscite beaucoup d'anxiété chez le sujet (choc). La représentation de soi est intègre et entière, la relation à l'autre peut s'instaurer dans une identification dont l'appartenance sexuée est non déterminée. L'identité de base ne semble pas bien structurée. On pourrait suspecter une fragilité des assises identitaires à travers une réponse qui traduit le recours à un mécanisme projectif sensoriel (« *un oiseau noir qui a déployé ses ailes...* », Pl. V).

Chez Belle, on voit par exemple que l'identité de base est instable avec une mauvaise capacité d'adaptation à une situation nouvelle : « *Je vois un gros insecte... le cafard* » (Pl. I). On note une réactivation d'angoisse de castration chez elle à travers cette réponse : « *Je vois les tâches rouges dans les tâches noires... Du sang* » (Pl. II). Les capacités d'identification à l'espèce humaine (identification primaire) sont acquises : « *Je vois deux femmes qui tiennent deux marmites* » (Pl. III) mais l'identité de base et les assises identitaires sont mises à l'épreuve. La figure paternelle est vécue dans sa dimension dysphorique, bizarre : « *Une sorte d'insecte noire avec des ailes et quatre antennes* » (pl. IV). La représentation de soi chez Belle ne semble pas bien structurée. La réponse qu'elle donne à cette planche n'est pas satisfaisante : « *Je ne sais pas si c'est la libellule ou le papillon...* » (Pl. V). Le rapport de Belle à la figure paternelle se réveille une fois de plus dans sa dimension répugnante : « *C'est une sorte d'animal mais ça n'a pas de nom. Parce que je vois la bouche en haut et le pied en bas* » (Pl. VI). L'identité sexuée reste imprécise « *deux visages qui se regardent... le visage d'une personne* », traduisant un certain malaise par rapport à la féminité. Le sujet n'a donc pas accédé à la différence de sexe et de génération et donc n'a pas pu élaborer la problématique œdipienne (Pl. VII). Cette planche réactive chez Belle un fonctionnement limité à travers des thèmes projectifs d'angoisse concernant l'intégrité du corps : « *Je vois deux reins malades* » (Pl. IX). L'angoisse concernant l'intégrité apparaît une seconde fois à cette planche : « *Je vois deux poumons, et les deux poumons sont malades parce qu'il y a du noir* » (Pl. X).

Belle reconnaît son appartenance à l'espèce humaine ; elle est capable de s'identifier à une image humaine. Belle ne reconnaît pas son appartenance au sexe féminin. L'absence de contenus différents sous-tendus par un symbolisme masculin ou féminin en fonction de ces caractéristiques « *Une sorte d'insecte noir avec des ailes et quatre antennes* » (Pl. IV) ; « *Une sorte d'animal mais ça n'a pas de nom. Parce que je vois la bouche en haut et le pied en bas* » (Pl. VI) et la difficulté à préciser le genre de personnages perçus dans certaines tâches « *Deux visages qui se regardent* » (Pl. VII). Elle n'a pas pu accéder à la problématique œdipienne. La figure maternelle est vécue comme menaçante et déstructurante : « *C'est une sorte de cheval en rouge ; le visage du masque* » (Pl. II) ou « *Je vois le volcan, une montagne en volcan ; je vois deux crocodiles malformés* » (Pl. IX). La figure paternelle est également vécue comme menaçante et déstructurante : « *Une sorte de gros insecte noir avec des ailes et quatre antennes... C'est bizarre !* » (Pl. IV) ou « *C'est une sorte d'animal mais ça n'a pas de nom. Parce que je vois la bouche en haut et le pied en bas* » (Pl. VI). Le narcissisme chez Belle est associé à une image de soi et à une estime de soi dévalorisée : « *Je vois un gros insecte... c'est le cafard* » (Pl. I) ; « *Une sorte d'insecte noir avec des ailes et quatre antennes... c'est*

*bizarre* » (Pl. IV).

#### **4.2.4. Les capacités de mentalisation**

Décrites comme les processus mentaux menant à la transformation des expériences émotionnelles négatives en celles de positives, la mentalisation permet de comprendre comment certains sujets soumis à des difficultés existentielles ou à des évènements traumatogènes, parviennent à renouer les liens avec eux-mêmes et ensuite avec les autres. La mentalisation est à la fois la résistance à la destruction et la capacité psychique à se construire une vie après la perte d'un organe cher pour l'identité sexuelle. Elle consiste alors en la possibilité de la jeune femme à surmonter l'après opération de cancer du sein, à y faire face sans que cela ne détruise ou modifie son identité ou sa personnalité. L'état dépressif dans lequel elle se trouve la plonge dans une situation de deuil de cette partie intime d'elle. A l'intérieur d'elle, dans ses pensées, dans son vécu intérieur l'organe continu à exister. Elle le voit et continu à l'investir. Ce « *sein imaginaire* » est aussi nécessaire à l'évolution du deuil ou pour se détacher et continuer sa vie sans en être encore affecté. Avec le Rorschach, les capacités de mentalisation s'évaluent à travers trois grandes modalités : l'adaptation cognitive, l'adaptation affective et l'adaptation sociale.

##### **4.2.4.1. L'adaptation cognitive**

L'approche cognitive demande de prendre en compte la qualité de la productivité et de l'élaboration de la pensée à travers le mode d'appréhension et surtout la  $\Sigma R$ . Nos participantes présentent tout de même une richesse dans ce sens, avec  $\Sigma R=23$  et  $\Sigma R=66$  respectivement chez le cas Rita et le cas Belle. La localisation (globalité, détails) est le reflet projeté de l'approche intellectuelle du sujet, de la façon dont il perçoit la réalité (Rorschach, 1947). Les réponses globales (G) sont généralement interprétées comme un signe d'intelligence. C'est à priori l'indice du fait que, dans une situation donnée, le sujet se montre capable de faire la synthèse des éléments qui s'offrent à lui, en maîtrisant l'intégralité. Les réponses détails ordinaires (D), indiquent le sens du réel ; c'est l'intelligence pratique. Lorsqu'elles dépassent 65% des réponses du sujet, elles indiquent une forte tendance à l'observation pratique, le désir de s'en tenir aux aspects habituels des choses, voire à stagner dans une situation sans chercher à en intégrer les éléments.

Dans le cas d'espèce, Rita se situe à la valeur normale et Belle ne répondent pas à ce principe car ayant  $D=65,21\%$  pour le cas Rita et  $D=62,12\%$  pour le cas Belle. Les détails inhabituels ou originaux (Dd) quant à eux exprimant la tendance qu'a l'individu en question d'aller au fond des choses, ou de manifester son intérêt pour l'observation minutieuse. Chez le

cas Rita, nous notons une absence de Dd, contrairement au cas Belle avec un  $Dd\%=20$ . Les détails intermaculaires (Ddl) traduisent le désir de modifier le milieu à son avantage, de le rendre conforme à ses aspirations personnelles. Ils trahissent souvent une tendance à l'opposition ou un esprit de contradiction, correspondant quelque fois à un vif sentiment d'infériorité. Les détails intermaculaires sont très faiblement représentés chez nos participantes, notamment chez le cas Rita et le cas Belle qui ont respectivement  $Ddl=04\%$  et  $06\%$ .

#### **4.2.4.2. L'adaptation sociale**

L'approche de la socialisation quant à elle privilégie la prise en compte des réponses formelles pures associées à la réponse Banales et au contenu animal dans le **A%**. La perception du cas Rita est en dessous de la norme formelle avec  $F\%=47,83\%$  et celle du cas Belle est comprise dans la norme formelle avec  $F\%=58\%$  (par rapport au nombre normal des réponses formelles (**F %**) qui selon Chabert (1997) et Rausch de Traubenberg (1970) doit être compris entre 55 et 65%). Les banalités indiquent la participation à la pensée commune, en un mot à l'adaptation sociale. Elles y sont également rares avec  $Ban=05$  et  $Ban=02$  respectivement chez le cas Rita et le cas Belle. Une faible quantité de réponses banales coïncide très souvent avec une rébellion contre les idées reçues, un refus des conventions. En revanche, l'excès de banalités exprime soumission, passivité, conformisme. Le contenu des réponses de nos participantes est à forte prépondérance animale contre les réponses humaines. Nous avons  $A\%=82,61 > H\%=13$  et  $A\%=42,42 > H\%=7,58$  respectivement chez le cas Rita et chez le cas Belle.

#### **4.2.4.3. L'adaptation affective**

L'approche de la dynamique affective met à contribution le rapport des Kinesthésies avec les réactions sensorielles. C'est le TRI qui permet d'évaluer les tendances affectives au Rorschach. Le type extratensif ( $K < C$ ) réagit essentiellement en fonction des circonstances extérieures, sans pouvoir prendre distance par rapport aux évènements. D'où des comportements qui manquent de vigueur et de cohérence. C'est le cas des deux participantes de l'étude qui ont une résonance intime de type extratensif. Chez le cas Rita on note un TRI légèrement extratensif avec (2K/2.5) et chez le cas Belle on note un TRI purement extratensif avec (3K/17C). Le type introversif ( $K > C$ ) se retrouve chez des sujets dont la pensée est tournée vers l'extérieur et qui ont tendance à s'isoler du monde extérieur, à s'écarter de leur entourage, avec des rapports affectifs difficiles, voire médiocre. Le type coarté (F prédominant, K & C infimes). Il s'agit des sujets vulnérables, qui manquent de souplesse affective, qui ont un contact pauvre, conventionnel avec le monde extérieur. Ils sont souvent crispés, anxieux, moroses. Formalistes, objectifs, ils se refrenent leur imagination. Le type ambivalent ou ambiéqual ( $K=C$ ), c'est le sujet normal, doté d'une personnalité équilibrée, tant sur le plan intellectuel qu'affectif.

### 4.3. SYNTHÈSE DES ANALYSES

Au terme de cette analyse qualitative, on comprend que les jeunes femmes mastectomisées vivent un deuil. Cependant, elles parviennent tout de même à reprendre leur Moi-corps abîmé à la suite de la mastectomie. Autant on peut percevoir la résonance individuelle (schéma corporel) comme le confirme Freud (1923, p. 270) : « *Le Moi est avant tout un Moi corporel ...* ». Autant on peut aussi percevoir la résonance collective (image du corps) qui se développe sur la base des formations groupales dans lesquelles le sujet est inséré, vie et contribue en tant que maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti comme serviteur, bénéficiaire et héritier. Il convient également de révéler que Rita n'a perçu aucune réponse sensorielle couleur ( $\Sigma C=0$ ). Ce qui traduirait que la perte de son sein n'a pas réduit ses capacités à maîtriser ses émotions agréables et désagréables.

Aussi, l'existence de limites psychiques différenciatrices et souples correspondent à une représentation perçue dans leur contour, intègre et unitaire. Les réponses G chez les deux participantes Rita et Belle, se présentent respectivement comme suit  $G\% = 30,43$  et  $G\% = 06,06$ . La rareté des G simples atteste de l'absence d'une identité dans un environnement reconnu comme une réalité externe. Le  $F+ \%$  relate du type de contour dominant des représentations données. Il nous renseigne sur l'efficacité de cet investissement (vague, positif, négatif). La fragilité d'un  $F+ \%$  va dans le sens d'un défaut préoccupant de délimitation soi/non-soi. L'excès de F et  $F+$  renvoie au surinvestissement défensif. Dans le cas d'espèce, nous notons chez le cas Rita un score de  $F+\%=73$  et chez le cas Belle un score de  $F+\%=49$  traduisant respectivement au surinvestissement défensif chez Rita et au défaut de délimitation soi/non-soi chez Belle.

Ainsi, la présentation de cette analyse permet de comprendre que la jeune femme mammectomisée d'une manière ou d'une autre vit des bouleversements psychique qui potentialisent leurs capacités de mentalisation. Reste maintenant à discuter ces résultats à la lumière des théories convoquées à cet effet.

## **CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES THÉORIQUES**

Dans ce chapitre, on abordera l'interprétation des résultats obtenus et des perspectives de la recherche. Toutefois, on va d'abord faire le rappel des données théoriques et empiriques ; puis, les résultats seront interprétés à la lumière de la théorie sur laquelle s'étaye cette étude ; présenterons la discussion, et la perspective théorique de l'étude. Ainsi, il est question de donner un sens, une signification aux résultats obtenus suite à l'analyse des données de recherche.

### **5.1. RAPPELS DES DONNÉES THÉORIQUES ET EMPIRIQUES**

#### **5.1.1. Rappel des données théoriques de l'étude**

Le cadre théorique de cette recherche s'est bâti à partir de deux modèles théoriques complémentaires à savoir : la psychanalyse dans son versant pulsionnel et la psychanalyse dans son versant relationnel. Le modèle pulsionnel a permis d'aborder la construction de l'objet interne de l'appareil psychique ainsi que le rapport de cet objet aux exigences pulsionnelles. Inspiré de Freud (1895,1923) avec le dualisme pulsionnel, ce mode permet de comprendre que la jeune femme cancéreuse du sein est partagée entre deux pulsions : la pulsion de vie et la pulsion de mort. Les deux types de pulsions se trouvent liées dans un état d'équilibre où la pulsion de mort se manifesterait désormais bien que ce ne soit vraisemblablement que d'une manière partielle sous la forme de pulsion de destruction retourné contre soi ou tournée contre le monde extérieur.

Cet état d'équilibre de l'appareil psychique entre les deux types de pulsions est produit d'un travail qui n'est jamais définitivement accompli. Dans des situations défavorables à cet équilibre économique, sous l'influence de certains facteurs de nature à le bouleverser, pulsions de vie et pulsions de mort sont susceptibles de se délier. Cette déliaison produit selon Freud une déchirure chez le sujet, une douleur qui sera vécue avec toute l'intensité dans l'après-coup tout au long du suivi médical et se manifestera par des somatisations ou limites son Moi dans l'impossibilité d'élaborer leurs angoisses archaïques d'où les inhibitions conduisant le sujet dans un sentiment de vulnérabilité et de limites corporelles.

Pour Freud (1895), le Moi est une frontière entre le monde intérieur et le monde extérieur ayant la fonction de pare-excitation, troisième zone de frontière qui s'exerce entre le monde extérieur et la « *surface* » de l'appareil psychique, c'est-à-dire le système Conscient. Sa fonction est un peu celle de filtre : éviter l'irruption à l'intérieur du psychisme de stimuli trop

violents qui ne pourraient être maîtrisés d'où son nom de pare-excitation. En 1923, il présente une délimitation de l'appareil psychique en montrant que le Moi est comme une entité correspondant à la projection d'une surface. Il dit : « *Le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, c'est-à-dire à la surface du psychisme mais il est lui-même la projection d'une surface (celle du corps)* » (Freud, 1923, p. 270).

Selon Freud (1923), le Moi est dans une relation de dépendance tant à l'endroit des revendications du Ça que des impératifs du Surmoi et des exigences de la réalité. Autrement dit, pour Freud (1923) la vie psychique du « sujet particulier » se développe sur la base des désirs, fantasmes, souvenirs ainsi que leur rapport avec l'interdit et la réalité. Bref, cet angle d'analyse permet de comprendre que les enveloppes psychiques ou le Moi-corps est d'abord perçu comme corporéité corporelle, c'est-à-dire que l'énergie ne vient que de l'intérieur et que le vécu se conçoit en termes de corporéité corporelle individuelle. Mais cette question du lien sera reprise par Anzieu (1995) et Kaës (2009) dans ce qu'ils appellent modèle groupal ou relationnel.

En tant que chef de fil de la seconde perspective, Kaës axe sa réflexion sur « *le groupe et le sujet de groupe* » comme constituant d'une entité spécifique, dotée de processus et de formations propres, irréductibles à celui des sujets qui le constituent, capables de caractériser une « *âme collective* ». Il définit le lien comme ce qui se constitue de par la présence de l'autre, ce qui naît des effets psychiques de la présence (et non de l'absence), des restrictions que cette présence impose. Ce qui reste en dehors de cette restriction forme l'inconscient du lien. Le pouvoir ou du moins l'imposition mutuelle sont inhérents au lien, ils appartiennent à la structure du lien. Selon lui, le sujet en groupe se manifeste dans son double statut, corrélatif, de sujet de l'inconscient et de sujet de groupe, où certaines de ses formations sont structurées comme des groupes du « *dedans* ». Car, en prolongeant les travaux d'Anzieu sur le Moi-peau, Kaës (1990) précise que le groupe a une fonction de contenant pour les liens des membres d'un groupe (familial, simultanément social). A travers l'idée d'existence d'un étayage multiple, Kaës (1990, p. 11-12) déclare :

Le psychisme se construit à travers l'étayage groupal, que certaines de ses formations sont structurées comme des groupes du dedans ; que ce groupe présente des représentations qui sont un objet d'investissement

du psychisme. Les représentations se trouvent organisées par un certain nombre de formations psychiques inconscientes aux propriétés remarquables ; ces formations sont l'image du corps, l'imgo de la psyché, les imagos et les complexes familiaux, les réseaux identificatoires, les fantasmes originaires.

Ces deux perspectives se complètent. Le groupe intersubjectif, les formations et les processus de la réalité psychique dont il est le lien et l'organisateur, sont partie prenante dans la genèse et dans la résolution des crises individuelles (changement brusque dans le cours d'un processus, d'une maladie, etc.) : comme la culture et les institutions, le groupe et le sujet du groupe « *constituent un appareil de liaison de la réalité psychique, de sa transformation et de sa transmission ; ils prédisposent des significations que chaque sujet pourra trouver et créer pour contenir et créer son expérience de la crise* » (Kaës et al., 1990, p. 6). En d'autres termes, le conflit n'est pas en soi dans la crise psychique, mais un processus qui implique l'ensemble des facteurs intra subjectifs. La vie psychique est déjà engagée dans les liens qui précèdent et l'environnent le sujet. Le conflit, mais aussi la crise est à comprendre comme un enchaînement des mouvements critiques, qui organisent et désorganisent le sujet, dans les dépassements qui reviennent régulièrement. La vie psychique est ouverture de fondation même dès avant la venue au monde du sujet, dans l'ensemble de l'environnement psychique dans lequel le sujet se développe.

De même, Kaës (1993), reprenant les analyses d'Aulagnier (1975) en ce qui concerne le contrat narcissique signale que « *le contrat narcissique a comme signataires l'enfant et le groupe. L'investissement de l'enfant par le groupe anticipe sur celui du groupe par l'enfant* » (cité par Jaroslavsky, 2013, p. 1). En effet, dès la venue au monde de l'enfant, le groupe investit l'infans en tant que voix future à laquelle il demandera de répéter les énoncés d'une voix morte et de garantir ainsi la permanence qualitative et quantitative d'un corps qui s'autorégénérerait de manière continue. Quant à l'enfant il demandera, en contrepartie de son investissement du groupe et de ses modèles, qu'on lui assure le droit d'occuper une place indépendante du seul parental, qu'on lui offre un modèle idéal que les autres ne peuvent renier, sans par là même renier les lois de l'ensemble, qu'on lui permette de garder l'illusion d'une persistance atemporelle projetée sur l'ensemble, et, avant tout, sur un projet de l'ensemble que ses successeurs sont supposés reprendre et préserver. Ainsi, la relation sujet

particulier/groupe et sujet de groupe ou individu/groupe (familial, simultanément social) repose sur l'existence d'attentes mutuelles entre les deux parties ou signataires nommée contrat psychologique (Rousseau, 2001).

### **5.1.2. Rappel des données empiriques de l'étude**

Les données empiriques de l'étude révèlent dans l'ensemble que les sujets présentent des caractéristiques différentes sur les trois catégories de présentation du psychogramme. Les localisations dans les réponses globales (G) représentent dans les valeurs normales admises par l'école de Paris 20 à 30% des réponses (Baliaba, 2014). Aucun des sujets de cette étude ne s'inscrit dans cette marge. Rita et Belle ont respectivement 35% et 06% dans le G. Ces valeurs dont l'une est surlignée et l'autre soulignée ont sans doute une répercussion en analyse qui renverrait inévitablement à des problèmes d'élaboration de la pensée sous la modalité précoce et rigide. Toutefois, cela se confirme plus loin dans la pauvreté de réponses Banales, avec cinq (05) banalités chez Rita et deux (02) chez Belle et le manque d'identification aux figures humaines réelles ou symboliques. Les sujets marquent respectivement  $H = 02$  pour Rita et  $H = 05$  pour Belle.

Aux déterminants, les valeurs normales admises montrent que F% doit être compris entre 55 et 65% et F+% compris entre 70 et 80%. Les valeurs en-dessous doivent être soulignées. Celles situées au-dessus doivent être surlignées. En ce qui concerne les participantes de cette étude, on a observé chez Rita et Belle respectivement :  $F\% = 48\%$  et  $F\% = 58\%$ . Il en est de même pour le F+% chez les deux sujets qui sont de 73% et 49% respectivement. La majorité des protocoles des deux jeunes femmes sélectionnées dans cette étude affichent un nombre élevé des contenus animaux que nous pouvons facilement repérer dans les A% comparé au H% ( $A\% = 78/H\% = 13$  et  $A\% = 42/H\% = 08\%$ ) respectivement chez Rita et Belle.

## **5.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE**

Dans cette section, nous allons interpréter les résultats en rapport avec nos trois hypothèses qui ont constituées la réalisation empirique de ce travail à la lumière de notre support théorique, la psychanalyse. Dans la présente étude, cette théorie va s'appliquer à la compréhension du trauma, au saisissement des stratégies développées par les jeunes femmes cancéreuses du sein pour remédier à l'agonie, la détresse, aux changements survenus dans leur vie et la compréhension du vécu post-diagnostic du sujet.

### 5.2.1. Du blocage de la fonction de filtration de l'environnement du cancer du sein à la capacité de mentalisation

La jeune femme cancéreuse du sein confrontée à la perte d'un organe cher se voit imposé une nouvelle réalité : celle du sujet désormais malade, dont l'angoisse, l'obsession, l'effroi de la mort altère constamment la personnalité sous l'impact du trauma (la mammectomie). Elle n'est plus dorénavant capable de filtrer dans son environnement ce qui est dérangeur de ce qui est inoffensif. Selon l'approche psychanalytique, deux réalités différentes sont identifiées : la réalité extérieure et celle intérieure. De plus, les niveaux du vécu post-opératoire renseignent sur l'idée des limites du Moi intérieur et d'un moi extérieur définissant le Moi comme frontière entre le monde intérieur et le monde extérieur (Freud, 1895). Ce vécu, selon Freud (1923) montre que le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, c'est-à-dire à la surface du psychisme ; mais il est lui-même la projection d'une surface (celle du corps).

Selon les études d'Exner (1959, 1962), le nombre de réponses aux planches chromatique est significativement élevé que celui suscité par la version achromatique des mêmes planches. Il considère que ce fait traduit la capacité du sujet à réagir ou à être réceptif, de façon accrue, à des stimuli émotionnellement chargés. Cette réactivité ne se vérifie pas au Rorschach dans les réponses à déterminant couleur (C). En nous situant dans un plan perceptif et génétique, nous savons que la première forme de déterminant couleur au Rorschach est « *la nomination de couleur* » (Cn) qui correspond au fait que le jeune enfant est pris par la couleur sans être capable d'y ajouter ou associer une expérience personnelle, ou bien sans pouvoir recourir aux fonctions mentales liées à la formation d'une représentation (Leichtman, 1996, p. 285). C'est pour cette raison qu'un Cn, dans le protocole d'un adulte est un signe grave de dysfonctionnement. Les trois autres déterminants de couleur (C, CF et FC) indiquent le degré d'intensité de la participation de la couleur selon un ordre décroissant. Dans le contexte de cette étude, on note une prégnance de la couleur chez Belle au détriment de Rita avec respectivement C=02, CF=12, FC=06 et C=00, CF=01, FC=00 soit RC%=48% contre RC%=34,78%.

Pris absolument, cette réalité donne une mesure de la labilité affective, d'impressionnabilité, de l'excitabilité, perméabilité, de syntone (des sentiments harmonieux) et l'extraversion. Néanmoins, l'analyse faite sur la réalité extérieure des participants révèle un attachement obstiné à l'aspect chromatique des planches, marque de l'exploitation défensive

qui vise essentiellement à éviter le surgissement des représentations gênantes. De ce fait, le surinvestissement de la couleur et la focalisation sur des contenus naïf et superficiels participent de mécanismes de l'ordre du refoulement : les représentations et les fantasmes qui les nourrissent sont mis à l'écart.

Cependant, « *l'absence de réponses utilisant la couleur peut inquiéter par le retrait ou le désintérêt pour le monde extérieur qui risque de la sous-tendre* » (Chabert, 1997, p. 167). En effet, il s'agit souvent de la mise en place des barrières plus ou moins solides par des sujets qui tentent de se dresser contre l'impact des excitations externes et/ou contre les pressions internes qu'elles déclenchent. Ainsi, la méconnaissance ou la non évocation des couleurs, marque du déni témoignant une insensibilité minimale à la réalité extérieure. Preuve que celle-ci est vécue dans une ambiance agréable ou désagréable, se prêtant ou non à des associations en résonance avec la réalité extérieure ou bien entraînant une désorganisation mettant à nu la fragilité des barrières de protection qui sauvegardent le Moi du sujet. Toute chose qui montre que certaines jeunes femmes cancéreuses à l'instar de Rita n'est pas capable d'utiliser la couleur comme médiation, surface de rencontre entre le dedans et le dehors : la réalité externe fait effraction, du fait de l'insuffisance de cette coque qui devrait entourer la réalité psychique de l'individu.

Concernant la réalité intérieure portant sur la motricité (kinesthésie), elle relève des mouvements ou déplacements pulsionnels qui traduisent les potentialités créatrices des sujets, et notamment leur aptitude à pouvoir jouer avec leur intelligence. C'est dire qu'ils rendent compte de l'intelligence, du dynamisme de base, de la maturité, de l'imagination créatrice et des mécanismes de défense contre l'angoisse des jeunes femmes devenues cancéreuses du sein. Donc la présence des kinesthésies humaines (K) témoigne chez Rita une activité physique débordante. Par ailleurs, la présence des kinesthésies animales (kan) évoquée aux planches (II, VII et VIII) traduisent un infantilisme sur le plan affectif et un niveau de stimulation instinctive inférieur à son âge mental et chronologique. C'est-à-dire traduisent un infantilisme de la pensée, des désirs de la participante qui n'ont pu trouver satisfaction du fait du cancer. Les mises en scène sont très anthropomorphes, l'engramme animal autorise l'expression de mouvements pulsionnels tout en niant l'appartenance à une représentation humaine favorisant l'identification. Celles-ci, traduisent le compromis défensif qui laisse passer à minima le retour du refoulé (la représentation humaine conflictuelle est écartée de la scène mentale, et remplacée par un contenu animal qui sert de porte-parole aux pressions fantasmatiques et

pulsionnelles considérées comme gênantes).

Bien plus, associée aux réponses globales de 35% et détaillées de 61% chez Rita, la réalité intérieure traduit chez les sujets leur capacité, non pas de réagir, mais de se représenter, de différer leur réponse, capacité de jouer avec leur espace transitionnel. Bref, elles témoignent une bonne maturité et du contrôle des affects pour compenser le cancer, et la capacité à dominer cette situation. C'est dire que des jeunes femmes cancéreuses du sein éprouvent peu de désir qui n'ont pas pu trouver satisfaction du fait de la chronicité de la maladie et qu'elles ont une activité physique débordante. Toutes choses qui marquent des désirs pulsionnels et émotionnels d'une part et d'autre part, que tous processus de pensée ont une origine corporelle. C'est donc la spécificité des vécues corporelles qui va se traduire par la spécificité des processus de pensée et, par les angoisses et les inhibitions correspondantes.

### **5.2.2. Du blocage de la fonction de présence au monde à la capacité de mentalisation**

Au blocage des fonctions de filtration de l'environnement s'en suit directement celui de la présence au monde. En effet, la jeune femme ayant perdu un organe cher de socialisation se voit inconforme au reste des femmes. Ainsi, le doute s'installe en elle car ne sachant plus si elle est encore femme ou pas, elle se renferme et entre en conflit avec son monde au point d'y arrêter toute interaction.

Pour comprendre ce comportement dépressif chez la jeune cancéreuse, Deschamps s'inspire des théories de Klein (1921-1945) au sujet des mécanismes de défenses et note que ce n'est ni l'intensité, ni la violence de certains mécanismes de défense qui devrait nous inquiéter, mais la sclérose, l'enkystement dans ceux-ci y compris, ce qui n'est pas toujours vécu comme inquiétant, l'absence de réactions affectives, derrière l'attitude du malade idéal. Dolto élabore les différentes positions psychiques du tout petit enfant dans son rapport à l'autre qu'elle distingue des « stades » du développement. Ce sont les positions d'équilibre que la psyché adopte à différents moments de son existence en fonction de ce qu'elle vit et rencontre, et auxquelles elle peut toujours revenir en cas de difficultés. Ces positions psychiques peuvent être le ressort de positions pathologiques graves, ou au contraire représenter des ressources profondes et des moyens d'accrochage, de survie et de rebondissement devant les difficultés de l'existence, ce qui est bien le cas pour le cancer.

L'angoisse dépressive provoquée par le cancer peut être vécue comme une terreur sans nom, et le sujet se replie dans la position narcissique la plus archaïque, en une sorte de rigidification autistique, qui tente de le protéger du morcèlement implosif, du démantèlement

psychique. Dans cette optique, Meltzer (1971) souligne l'importance du temps en disant que :

C'est au sein de l'expérience rythmique répétée de destruction et de restauration, de désespoir et d'espoir, de douleur et de joie psychique, que prend forme l'expérience de la gratitude, à partir de laquelle se forge le lien d'amour et de solitude envers les bons objets.

Pour lui, la position dépressive est liée à la perte de cet objet (le sein). Ainsi, le malade reste alors enfermé dans ce que Winnicott (1974) appelle ces « *agonies primitives* », cette crainte de l'effondrement liée à des angoisses corporelles très primitives, qui amènent parfois à des « *faillites de résidence dans le corps* », et à la perte du sens du réel. Le cancer du sein de la jeune femme serait le réveille de cette agonie primitive et du clivage pour faire face. Mais aussi l'angoisse du cancer peut être vécue, ressentie comme une amputation du soi, et il se passe un aménagement vers la position schizoïde, où l'on tente de maîtriser, d'assimiler l'émotion au moyen du clivage et de l'identification projective.

Face aux planches VIII et IX (planches de la rencontre avec le monde extérieur, planches de l'avenir), les participantes de cette étude ont toutes présentées un certains conflit (chocs, pauvretés de réponses, doutes etc.). En effet, chez Rita comme chez Belle, les perceptions qu'on note à ces deux planches sont des *F-*, *Ad*, *frag*, *bot*, *kan*, *Anat*, *A* etc. mais aucun *H*. Ce qui traduit une rupture avec le réel, le monde et ce qui dans ce monde nous rapproche du mauvais objet. Ces deux jeunes femmes au regard de la multiplicité des actions et contacts que la vie exige d'eux, en présence seraient comme coupé du monde.

### **5.2.3. Du blocage dans les fonctions d'amour et de relation à autrui à la capacité de mentalisation**

Devant l'ordre cancéreux où la nature prolifère et où se resignifie à l'infini du « même » dans un corps métastasé, il y a un engloutissement du sens qui ne peut s'apaiser que dans la rencontre humanisée par le pacte « *Tu es toi, quoi qu'il arrive, je t'aimerai quoi qu'il arrive, je serai là quoi qu'il arrive* ». C'est le seul antidote à la fascination horrifiée du regard, à la réduction de l'être anéanti par son image. Aulagnier (1975) pense que le corps dont le sujet hait « la souffrance qu'il lui impose reste un corps qu'il ne peut pas perdre, un objet dont il ne peut pas se détacher et par là un objet qu'il demande à un autre de réparer, de soigner ». Ainsi,

l'essentiel semble résider dans la confiance de base, cette certitude plus ou moins forte d'être, d'exister dans cette « *mêmeté d'être* » dont parle Dolto. Elle est liée à des mémorisés sensoriels, affectifs, psychiques, passés et présents, qui impriment, engramment, enracinent ou non la foi en soi et en l'autre, quoi qu'il arrive, à la foi en amour. C'est elle qui permet à un être humain de traverser des épreuves qu'un autre ne supporterait pas. A partir des planches II (rapports mère-enfant), IV (rapport au père), VI (planche sexuelle par excellence), et VII (rapport au sexe opposé), ces rapports sont défailants aussi bien chez Rita que chez Belle.

Rita perçoit : « Je vois comme deux mains qui font « Amen ! » (*Des mains humaines (Pointe médiane supérieure)*) ; « Il y aussi comme si c'est deux choses différentes qui se toastent la main. En tout cas, ils ne sont pas comme des personnes. C'est comme des animaux. Je vois comme des lapins (*Curieusement, quand je regarde je deux lapins. Ce sont les lapins (les deux parties latérales noires)*) » ; « Bon, la chose rouge-ci, je ne comprends pas ce que c'est. Mais c'est comme si ça avait des visages, mais qui disparaissaient déjà. Des visages animaux qui s'effacent déjà (*Rouge haut extérieur*) ». (*Pl. II*). « J'ai d'abord pensé à un taureau, parce que les cornes (*Je vois les cornes ci. C'est un peu bizarre. C'est noir et ça a les cornes*) » ; « Je vois un truc farouche, un taureau qui est fâché et méchant » ; « Ça ressemble aussi à un nuage noir (*Ça m'a aussi fait penser au nuage. C'est surtout la forme*) ». (*Pl. IV*). « Hum, c'est un peu bizarre (long silence). Je vois ça toujours comme ; je ne sais pas si je vais dire insecte ou... puisque je vois la moustache. Un animal, parce que ses moustaches (*Voici les moustaches que je vois ici. On voit plus ça dans les dessins*) ». (*Pl. VI*). « Hum, je vois comme deux petits chiots qui sont placés sur quelque chose face à face et qui se regardent et leurs oreilles sont soulevées. Ça ressemble à une image miroir (*Voici un ; voici l'autre. Les chiots s'arrêtent ici. Là en bas ce n'est pas ça. Voici le nez, sa petite bouche. L'image est miroir*) ». (*Pl. VII*).

Et Belle voit : « Je vois les taches rouges dans les taches noires (*Du sang*) » ; « Je vois un insecte (*Tout le noir. C'est un insecte sans abdomen*) » ; « C'est une sorte de cheval en rouge (*Parce qu'il y a les pattes arrière. C'est pas le cheval, mais une sorte de cheval*) » ; « √ un volcan (*Rouge bas*) » ; « √ le visage du masque (*Il y en a même deux des deux côtés*) » ; « (Long silence) Une sorte de poumon-cœur avec deux reins (*Ça ce sont les poumons, ça c'est le cœur. Les poumons sont en haut et le cœur en bas. Je ne sais pas si c'est le poumon de l'homme ou de l'animal. Ça peut peut-être le poumon d'un animal. Ça peut être les reins d'une personne*) ». (*Pl. II*). « Une sorte d'insecte noire avec des ailes et quatre antennes (*Tout*

ça ! voici les antennes un, deux, trois, quatre. Cet insecte est bizarre) » ; « J'aperçois deux femmes (C'était même où encore ? Ici, voilà les cheveux. Elles essaient de sortir de quelque chose en attrapant autre chose ; parce que ce n'est qu'une partie d'elles) » ; « Des arbres. Tout ce qui est en périphérie (C'est la forme et non pas la couleur) ; « (long silence) ∨ je vois deux lézards (*Saillie latérale supérieure*) » ; « Une nuance de deux couleurs : il y a le gris et le noir. Le noir a tendance à se coucher (*Voici le tout noir, ici il y a le gris là, là, là*) ». (Pl. IV). « (C'est bizarre, sourit) c'est comme l'intérieur d'un être humain ; il y a deux poumons, il y a le rectum (*A partir de l'œsophage jusqu'au rectum. De l'être humain*) ; « (*Rapprochement de la planche*) c'est une sorte d'animal mais ça n'a pas de nom (*Parce que je vois la bouche en haut et le pied en bas. Voici la bouche, voici le pied. C'est tout ça. Je ne sais pas quelle sorte d'animal*) » ; « ∨ j'ai l'impression de voir deux bébés qui tendent les mains (*Voilà un, voici ses mains, voici son visage, voici sa tête*) ». (Pl. VI). « Deux visages qui se regardent (*Des gens, des êtres humains*) » ; « Je vois aussi deux visages de cochons (*Ici, le nez les yeux et la bouche*) » ; « En bas, c'est un papillon » ; « C'est comme la radiographie du ventre d'une femme » ; « ∨ Deux éléphants (*Il y a les trompes, la tête et les yeux ici*) ». (Pl. VII).

Deschamps (1997), aborde l'expérience catastrophique de la perte que signe l'apparition d'un cancer. Pour elle, le cancer réveille des pertes réelles et futures, pertes imaginaires ou projetées par rapport aux pertes passées. Il réveille des pertes successives de petits bouts d'intégrité, de petits bouts d'autonomie, de relations effilochées, perte d'identité, de positions sociales, familiales... pertes de petits ou de grand bout de corps, jusqu'à être bouté de la vie, le cas échéant ! pertes subjectives creusées ou non par l'expérience réelle de deuils récents, qui peuvent précipiter à la catastrophe. En outre, l'émergence de l'angoisse de mort, désespoir et haine, amène aux frontières de l'innommable, et rend pour beaucoup de personnes cette souffrance a priori non-envisageable, impensable. Dans les mécanismes de défense, on note le clivage du moi et de l'autre et l'identification projective. Le clivage des affects permet de reconnaître, de s'approprier, décharger de violences terrorisantes par le biais de la projection et le passage dans l'autre. Ces émotions si insoutenables ressemblent à ce que Bion appelle « éléments beta », ces « protopensées » primitives du nourrisson, qui sont des éprouvés émotionnels et impressions sensorielles incompréhensibles par lui.

De ce fait, l'identification projective est donc selon Bion (1982) une forme précoce et essentielle de l'activité de pensée, d'être. Elle prépare la formation des symboles, qui seule permet de supporter la séparation et la perte. Mais dans « *l'impossibilité d'utiliser ce*

*mécanisme, soit parce que la mère refuse d'être dépositaire des sentiments du nourrisson, soit parce que la haine et l'envie font que celui-ci ne laisse pas la mère exercer cette fonction, conduit à la destruction du lien entre le nourrisson et le sien... ».*

En outre, les fonctions d'amour et de relation à autrui dépendent de la relation mère-enfant. Cette relation étant conforme en ce sens que la mère transforme les éléments incompris par l'enfant (Béta) en éléments compris ou doués de sens (Alpha) pour une mise en pensée qui vont devenir plus tard des sources de maintien et d'adhésion à des relations d'amour. Dans le cas de nos deux participantes, cette dimension a fait défaut et laisse prétendre leur démentalisation. Toutefois, vu la présence de K, A et H, l'on peut dire qu'elles parviennent à mettre en place les processus de mentalisation et à s'adapter. À la suite du chapitre des interprétations des résultats obtenus, les perspectives sont dégagées.

### **5.3. PERSPECTIVES**

Dès l'entame de ce travail, la plupart des prédictions que l'on a formulé se trouvent vérifiées. La considération de ses résultats permet de suggérer quelques pistes de réflexion sur les plans théoriques et cliniques.

#### **5.3.1. Perspectives théoriques**

Les trois niveaux d'expressions du vécu post-opératoire tirés du cadre théorique de cette recherche à savoir le blocage de la fonction de filtration de l'environnement, le blocage de la fonction de présence et le blocage de la fonction d'amour et de la relation à autrui sont vérifiés avec un point d'orgue sur la troisième modalité. Le blocage de la fonction d'amour et de la relation à autrui sont plus marqués dans les perceptions des sujets. Plus précisément, le blocage des fonctions de filtration de l'environnement retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme camerounaise après sa mammectomie (HR1) ; le blocage des fonctions de présence au monde retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme camerounaise après sa mammectomie (HR2) ; et le blocage dans les fonctions d'amour et de relation à autrui retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme camerounaise après sa mammectomie (HR3).

Le blocage dans les fonctions de l'environnement renvoi à la mise en mal des objets bien perçus au test du Rorschach, c'est-à-dire à la faible fréquence (défaut de limitation soi/non soi) ou l'excès (surinvestissement défensif) de F+. Selon Croq (1999), le blocage dans les fonctions de filtration de l'environnement (traduit au Rorschach par la faible perception de F+) conduit aux états d'hypervigilance, d'insécurité permanente, de sommeil léger,

d'évitement des stimuli rappelant le trauma. En outre, la faible perception de bonne forme chez la jeune femme mammectomisée implique une menace de mort ou d'intégrité physique et suscite des sentiments intenses de peur, d'effroi, d'angoisse, de honte et de culpabilité. Ce phénomène dans le modèle de Winnicott différencie le vide pathologique du manque et de l'absence. Selon Winnicott (1989), le vide primaire recèle une double image de cassure et de chute, contenue dans le terme de « breakdown ».

Winnicott (1989) relie le vide pathologique à un défaut du regard de la mère, à une mère non bonne ou à un défaut de la fonction subjectivante de l'environnement primaire. Il propose une formule extrêmement éclairante pour caractériser ce processus : « *là où il aurait dû se produire quelque chose, rien ne s'est produit* ». Les jeunes femmes mammectomisées sont confrontées au trauma que Winnicott (1989) qualifie d'« itératif » procédant à la répétition d'empiétements sur la psyché maternelle, et plus largement, de l'environnement primaire, sur la psyché du sujet.

Sur le terrain, l'évitement s'est fait plus ressenti chez Rita alors que chez Belle, on a plutôt l'hypervigilance. En effet, on a chez Rita une forte fréquence de F+% associé à un faible H% qui démontre l'évitement de se rappeler qu'on n'est plus entier tandis que chez Belle on a une faible fréquence de F+% associé à un faible H% montre qu'il y'a un défaut de reconnaissance de soi/non soi qui conduit souvent aux réactions de sursaut et aux alertes permanentes.

Le blocage de la fonction de présence au monde renvoie à la mise en mal ou à la faible perception des choses telles qu'elles sont en termes de banalité lorsqu'on est soumis au test de Rorschach, c'est-à-dire que la forte présence de réponses banales traduit un bon sens prosaïque et une disposition à faire comme tout le monde et sa rareté, un sujet socialement maladroit ou « *dans les nuages* » selon Bohm (cité par Bolzinger, 1982), un anticonformiste ou à une volonté de prendre le « *contre-pied des idées reçues* » selon Anzieu (1960). Ce que confirme Croq (1999) qui inspire le cadre théorie de cette recherche. En effet, le blocage de la fonction de présence au monde se manifeste chez la jeune femme après sa mammectomie par la perte d'intérêt pour les activités et loisirs, une impression de monde lointain et un avenir bouché.

Sur le terrain, l'on note une rareté de réponses banales et l'absence de H aux planches VIII et IX chez les deux participantes de l'étude. Elles perçoivent plutôt à ces planches des F-, Ad, frag, bot, kan, Anat, A etc. Ce qui traduit qu'elles sont frustrées et menacées par la réalité

externe du fait que le monde leur confronte aux autres et au fait qu'elles sont différentes. Elles se sentent très souvent marginalisées et ont l'impression d'être dans un monde qui ne les attendait pas. Cependant, sachant ce que la mammectomie représente pour la jeune femme, on pourrait encore comprendre le blocage de la fonction de présence au monde par la théorie du deuil selon Freud (1917). D'après cette théorie, les jeunes femmes mammectomisées vivent le deuil de l'objet qui se caractérise par « *une humeur profondément douloureuse, un désintérêt pour le monde extérieur* » et bien d'autres.

Le blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui est perceptible à travers la rareté de contenu H du Rorschach qui renvoi à l'affectivité, au sujet lui-même (au narcissisme) ou à l'identité du sujet dont la faible présence des H traduit le blocage de la reconnaissance de soi. Chez les deux participantes de cette étude, on note un faible nombre de perception de H au test de Rorschach car les jeunes femmes n'arrivent plus à se reconnaître du fait de leur narcissisme ou « *miroir brisé* » (Lacan, 1936). Elles ne se regardent plus voir dans leur continuité narcissique vu que la relation avec l'autre n'est que la projection de la propre relation avec soi. Ces jeunes femmes entrent alors en relation avec elle-même mais en retirant la libido de leur Moi (Freud, 1917, p. 20).

S'appuyant sur Croq (1999), on retrouve chez les jeunes femmes post-mammectomie des sentiments de détachement par rapport aux autres, une attitude de régression narcissique avec dépendance affective, une incapacité d'aimer et de comprendre les autres. Pour lui, le vécu post-opératoire a la capacité de modifier de manière radicale à la fois l'état de santé, mais aussi le sentiment de continuité de l'identité. Ce dont souffre ces jeunes femmes post-mammectomie est le vécu de la rupture existentielle entre l'avant et l'après trauma (le cancer) et le changement profond de leur équilibre (la perte). Tout de même, cet aspect aurait pu être exploré selon les analyses de Fenichel (1945) portant sur la régression narcissique.

Selon Fenichel (1945), le trauma provoque une blessure du moi et de l'amour-propre et a pour effet un retrait de la libido sur le moi. Les sujets traumatisés deviennent narcissiques et développent une attitude de détresse et de dépendance passive, avec caractéristiques orales comme au temps où ils étaient encore enfants et attendaient de l'aide des adultes. Pour lui, la personnalité des sujets traumatisés est totalement réorganisée par le traumatisme sous la forme d'une dépendance affective accrue, d'une régression et d'une forte ambivalence. Il souligne la dimension d'altération de la personnalité qui renvoie au blocage de la fonction du moi ou encore, le blocage de la fonction d'amour et relation à l'autre. Toute l'énergie des

sujets est concentrée uniquement sur une tâche. Il s'agit de l'énergie défensive pour maîtriser l'excitation envahissante, ce qui a pour effets de bloquer les autres fonctions comme la perception ou l'aperception et empêcher tout traitement de nouvelles excitations.

Le blocage de la fonction de présence au monde et le blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui s'expriment chez nos deux participantes, par ce fait ils sont les variables les plus lourdes de significations dans la capacité de mentalisation chez les jeunes femmes camerounaises post-mammectomie. Ainsi, l'approche psychanalytique a permis de montrer que le vécu post-opératoire signe une perte qui retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme.

Pour ce faire, l'intérêt de la présente recherche était uniquement focalisé sur la jeune femme atteinte du cancer du sein. Ce qui signifie qu'on a valorisé l'individu au détriment de son groupe (famille). Compte tenu de la présence et la prégnance du contenu animal (A) dans le protocole de nos participantes, renvoyant à l'immersion de l'individu dans la nature où l'on ne voit vraiment pas la séparation du sujet avec la nature. Les recherches futures pourront dans ce cas, prendre en compte l'aspect totémique qui est présent et très abondant dans ce travail en intégrant l'approche ethnopsychanalytique (le contexte socio anthropologique).

### **5.3.2. Perspectives cliniques**

Les prédictions formulées au début de ce chapitre se trouvent pour la plupart vérifiées. Cette étude a donc répondu à la question de comment le vécu post-opératoire retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme camerounaise. Entant que miroir, le test de Rorschach est un espace dans lequel le sujet doit habiter (Roman, 2022). Autrement dit, c'est un corps ou une maison dans lequel le sujet doit habiter pendant la passation où si le corps du sujet est poreux, le Rorschach apparait comme une carapace qui va le protéger pendant cette période. C'est pourquoi le test de Rorschach convient aussi bien pour le diagnostic que pour une perspective clinique (thérapeutique) d'expulsion d'affects méconnus ou non reconnus en soi.

Suite à de nombreuses réticences des participantes, il a été difficile de constituer un échantillon composé de plus de deux participantes. Pour pallier cette difficulté, on pourra dans les prochaines investigations étendre l'étude sur les institutions hospitalières et d'autres ONG.

Sur le plan pratique, les résultats obtenus pourront amener à envisager des séances d'analyse psychanalytique après la prescription de la prothèse mammaire aux patientes pour une reconstruction identitaire ou une coexistence pacifique avec la prothèse.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce mémoire intitulé « *vécu post-opératoire et capacité de mentalisation chez la jeune femme camerounaise atteinte de cancer du sein* » a été abordé sous l'angle de la psychopathologie et la psychologie clinique. Selon le constat fait sur les études antérieures (Freud, 1914 ; Kaes, 1990), le corps est un espace intermédiaire entre le sujet et l'autre où le bien-être d'un sujet est fonction de l'autre en termes de réalisation du désir commun. Mais, la jeune femme atteinte de cancer du sein est dans une situation où son bien-être passe par des traitements qui modifient son apparence et la prive d'un organe important pour son identité sexuelle.

Dans ce contexte, le cancer du sein devient traumatique et impose des changements dans l'apparence du sujet, dans son rapport à l'ensemble, et remet en cause les enjeux du contrat narcissique. Ce qui met en mal les alliances inconscientes telles que démontré par les travaux de Freud (1919) qui le souligne à travers « *l'inquiétante étrangeté* ». Lorsqu'il s'agit de rupture ou de désaffiliation, le pacte dénégatif est requis pour traiter le négatif qui menacerait le lien. L'ablation du sein entraînent la perte de la fonction contenante du Moi, sa consistance même et de lieu d'étayage narcissique. Le cancer du sein ne concerne plus seulement la jeune femme mais aussi le groupe qui lui donne une image de souillure. On n'est plus le seul à vivre la maladie, on est en train de se regarder voir, de remettre en cause les liens (à soi et à l'autre) et par ricochet le Moi-corps (mentalisation) : le Moi est coincé. À cet instant, l'individu fait face à un double piège :

Premièrement, elle n'arrive pas à refouler parce que l'autre le sait déjà. La jeune femme est dans une situation d'agonie ou d'angoisse de mort. Et deuxièmement, le fait que le refoulement ne passe pas aggrave la situation et induit chez elle la honte qui n'est pas une simple honte mais la honte traumatique. La honte est liée au sentiment d'être incomplète non rentable et non conforme. La jeune femme va mettre en avant la culpabilité écran, c'est-à-dire qu'elle va nous donner l'impression que tout va bien alors qu'à l'intérieur elle est incendiée. Pour atténuer le sentiment d'incomplétude, la médecine propose les prothèses comme objet transitionnel tel que décrit par Winnicott (1975). Selon lui, la fonction de l'espace transitionnel est de faire coexister, sans crise ni conflit le déjà-là c'est-à-dire le sein et le non encore advenu c'est-à-dire la prothèse. Or, ce travail d'incorporation consistant à faire corps avec la prothèse n'est pas observé chez les jeunes femmes laissant persister le sentiment d'incomplétude, d'inconfort et même de non-conformité.

La question pour la jeune femme n'est pas la substitution du sein par la prothèse, encore faut-il qu'elle engage un travail du négatif qui consiste à faire corps avec la prothèse, à faire en

sorte que la pulsion de mort puisse mettre à son service la pulsion de vie. Sans ce travail d'intrication pulsionnelle, la prothèse reste un objet ambigu et la jeune femme va s'engluer. Ainsi, la suture ou le travail du négatif comme processus n'est plus possible. Ce qui va se manifester par de nombreux signes tels que : la tristesse, la difficulté à aller au travail, à établir les interactions avec les autres, l'hypervigilance, etc. Cette préoccupation nous a emmené à poser la question de recherche suivante : Comment le vécu post-opératoire retentit-il sur la capacité de mentalisation de la jeune femme atteinte de cancer du sein ? Autrement dit, comment une femme atteinte de cancer du sein fait-elle malgré la perte de son sein pour surmonter, retisser, maintenir et surtout lier les pulsions de mort aux pulsions de vie pour les liens aux autres et pour elle-même ?

En s'appuyant sur l'approche psychanalytique, nous avons formulé l'hypothèse que le vécu post-opératoire à travers le blocage des fonctions de l'environnement, de présence et d'amour, et de relation à autrui retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme atteinte de cancer du sein. L'objectif général poursuivi dans cette étude était donc de comprendre comment le vécu post-opératoire à travers le blocage des fonctions de l'environnement, de présence et d'amour, et de relation à autrui retentit sur les capacités de mentalisations de la jeune femme camerounaise après tout diagnostic de cancer du sein. De manière spécifique, cette étude visait à :

**Objectif spécifique 1 :** Appréhender comment le vécu post-opératoire de cancer du sein à travers le blocage de la fonction de l'environnement retentit sur les capacités de mentalisation de la jeune femme camerounaise.

**Objectif spécifique 2 :** Saisir comment le vécu post-opératoire de cancer du sein à travers le blocage de la fonction de présence retentit sur les capacités de mentalisation de la jeune femme camerounaise.

**Objectif spécifique 3 :** Repérer comment le vécu post-opératoire de cancer du sein à travers le blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui retentit sur les capacités de mentalisation de la jeune femme camerounaise.

En outre, nous avons passé en revue la problématique psychopathologique oncologique (l'étiologie du cancer, le vécu de l'effraction et le traumatisme), le corps, schéma corporel, image du corps et le mécanisme de reprise du Moi-corps. Concernant la problématique psychopathologie oncologique, nous avons montré que la honte et culpabilité sont des filles du trauma qui altèrent le Moi/la personnalité dès l'atteinte du cancer du sein à l'après opération. La psychanalyse dans ces deux pôles, nous a permis de voir le traumatisme non seulement

comme rupture du lien avec soi mais aussi avec l'autre. Concernant le corps, nous l'avons abordé, du point de vue de la biologique, anthropologique et psychanalytique avec Freud et les postfreudiens. Par ailleurs, nous avons dégagé d'une part que le concept du schéma corporel correspond à la conscience de l'unité du corps ; qui réalise la synthèse des impressions thermiques, tactiles et pulsionnelles provenant du corps dans sa totalité ; et d'autre part que l'image du corps est l'image de notre corps intérieur ; autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même (Schilder, 1950). Quant à la reprise du moi-corps et la capacité de mentalisation, nous avons expliqué à travers la psychanalyse comment les phénomènes psychiques sont pensés en termes d'organisations libidinale et objectale en faisant émerger les deux systématisations des pulsions. A travers ces investigations, nous nous sommes dirigés vers l'approche qui pouvant mieux guider notre étude.

Aussi, dans la section réservée aux approches théoriques de cette étude, nous nous sommes référés aux travaux psychanalytiques portant sur la problématique de l'avant coup et de l'après coup (ou du lien). En passant en revue l'évolution de la pensée psychanalytique, l'on peut se rendre compte qu'elle peut s'analyser selon deux perspectives psychanalytiques : la première étant fondée sur l'hypothèse du « sujet particulier » avec pour chef de fil Freud ; et la seconde perspective centrée sur l'hypothèse du « groupe et du sujet de groupe », avec pour chef de fil Kaës.

Selon la première perspective psychanalytique axée sur l'hypothèse du « *sujet particulier* », c'est-à-dire le sujet de désir, fantasme ou phantasme, souvenir, Freud (1895) présente l'idée de limites du Moi, d'un dedans et d'un dehors du moi en définissant le Moi comme frontière entre le monde intérieur et le monde extérieur, et ayant la fonction de pare-excitation, troisième zone de frontière qui s'exerce entre le monde extérieur et la « *surface* » de l'appareil psychique, c'est-à-dire le système Conscient. Sa fonction est un peu celle de filtre : éviter l'irruption à l'intérieur du psychisme de stimuli trop violents qui ne pourraient être maîtrisés d'où son nom de pare-excitation. D'après lui, c'est le corps du sujet seul qui permet la mise en pensée.

La seconde perspective est centrée sur le « *groupe et le sujet du groupe* », définit par Kaës (2010) comme une entité spécifique dotée de processus et de formations propres, irréductibles à celui des sujets qui le constituent, capables de caractériser ce que Freud (1921) nommait « âme collective ». Il s'agit pour Kaës (2010) de montrer que l'appareil psychique groupal a pour travail de lier, d'accorder, d'appareiller et de transformer les contributions psychiques de ses sujets. Dans le lien, les sujets entretiennent des relations d'accordage, de conflit, d'écho et de miroir, de résonance avec leurs propres objets internes inconscients et avec

ceux des autres. La situation groupale met en jeu les rapports que le sujet entretient avec ses propres objets inconscients, mais aussi avec les objets inconscients des autres. Elle éprouve également les objets communs et partagés qui existent déjà, hérités par le sujet, et ceux qui se présentent et se construisent dans la situation de groupe. En d'autres termes, l'individu se construit et ne se développe qu'en n'étant en groupe.

De ce travail psychique émerge donc le sujet de l'inconscient, inéluctablement assujéti à un ensemble intersubjectif des sujets de l'inconscient. Cette intersubjectivité est l'un de trois espaces du groupe, commun, partagé et différencié dans lequel la réalité psychique groupale émerge ; marque la question de l'inconscient groupal où la vie psychique (désirs, fantasmes, souvenirs) ne pourrait se développer que sur la base des formations méta psychiques ou groupales dans lesquelles le sujet est inséré et où il va contribuer. Car Kaës (2010, p. 11) fait le constat que l'intersubjectif, les formations et les processus de la réalité psychique dont il est le lien et l'organisateur sont impliqués dans la genèse et dans la résolution des crises individuelles. Comme la culture et les institutions, le groupe et le sujet de groupe constituent un appareil de liaison de la réalité psychique, de sa transformation et de sa transmission ; ils prédisposent des significations que chaque sujet pourra trouver et créer pour contenir et créer son expérience de la crise (Kaës, 1990). En d'autres termes, le conflit n'est pas dans la crise psychique, mais un processus qui implique l'ensemble des facteurs intrasubjectifs. Néanmoins, la vie psychique est déjà engagée dans les liens en termes d' « alliances inconscientes » qui précèdent et meublent l'environnement du sujet.

Pour Kaës (1976), en plus de l'espace intersubjectif, s'ajoute deux autres espaces de la réalité psychique groupale : l'espace intrapsychique qui est à la fois celui du sujet de l'inconscient et du sujet de groupe. C'est l'espace des objets inconscients propre au sujet, ce qui implique par ricochet la relation qu'il noue avec les autres membres de son groupe (familial, simultanément social). Il est le résultat de l'intégration des différents objets. Enfin, s'agissant de l'espace transpsychique, c'est celui de l'ensemble vu comme une entité spécifique qui décrit des formes et des processus psychiques à l'œuvre tant dans la foule que dans les institutions.

Selon Anzieu (1999) dans l'illusion groupale, les participants se donnent un objet transitionnel commun, le groupe, qui est pour chacun à la fois réalité extérieur et substitut ou mieux, simulacre du sein. Dans la même logique le groupe est « une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus » (Anzieu, 1999). Toute vie de groupe est prise dans une trame symbolique. La survie du groupe dépend donc de la croyance à cette idéologie dans ce sens que l'on ne peut pas croire seul, il faut que chacun y croie (ou fasse semblant d'y croire) pour

que chacun continue à y croire (à faire semblant d'y croire). Le pacte dans la croyance commune protège de la désillusion et du deuil de l'objet de la croyance. On observe aussi l'angoisse qui se manifeste avec intensité lorsque les croyances sont menacées et la haine qui s'empare du sujet lorsque se rétablit un autre rapport à la réalité.

Ceci dit, nous avons opté pour la méthode qualitative, en nous basant principalement sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à fournir une analyse profonde des phénomènes dans leur contexte d'émergence ; suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion : être une jeune femme cancéreuse du sein. Deux participantes ont été retenues pour cette étude. Ces participantes sont entre autres une jeune femme de 40 ans et une jeune femme de 30 ans rencontrée à l'ONG SOCHIMIO situé à la descente SED, dans la ville de Yaoundé, région du Centre. Après avoir sélectionné les participantes grâce à un test de diagnostic du niveau de stress, nous avons mené deux séances d'entretien à visée méthodologique ou pédagogique avec chacun des sujets en vue d'obtenir leur consentement ou collaboration. Les données ont été collectées au travers du test de Rorschach. Après la transcription des verbatim, deux niveaux de la technique d'analyse à l'instar de celle du psychogramme axé sur les aspects quantitatifs (Baudin, 2007 ; Chabert, 2005 ; Rausch de Traubenberg, 1992) ; et l'analyse de contenu des relevés psychiques axée sur l'explication psychologique, significative et scientifique à chaque contenu de données recueillies a été utilisé pour l'analyse des résultats.

Après analyse et interprétation des résultats, il en ressort de ce travail que :  
premièrement, face à l'inattendu notamment à la perte d'un objet libidinal (l'annonce de diagnostic positif de cancer du sein et aux traitements), la jeune femme est affecté et bloque la fonction de filtration de l'environnement. Ce blocage suscite sans vigueur et cohérence chez la jeune femme cancéreuse du sein. Cette situation est visible au Rorschach par le faible nombre de F+ qui à l'absence des objets bien perçu. Selon Croq (1999), c'est une preuve de reviviscence des scènes traumatique. Deuxièmement, le sens que la maladie a pour la jeune femme du point de vue physique (« je ne suis plus comme les autres femmes ») marqué par des frustrations, bloque sa fonction de présence au monde qui se manifeste au Rorschach par un nombre insuffisant de banalités. Selon Bohm cité par Bolzinger (1982), le faible nombre de banalité traduit un mauvais sens prosaïque et une mauvaise disposition à faire comme tout le monde. Ainsi, le blocage de la fonction de présence au monde se manifeste par la perte d'intérêt pour les activités et les loisirs, une impression de monde lointain et d'avenir bouclé, et le retrait social (Croq, 1999). Et troisièmement, être cancéreuse du sein c'est perdre son sein et ne plus pouvoir réaliser certains désirs qui favorisent les liens à l'autre. N'étants plus possible de le faire

du fait de l'absence du sein, la jeune femme bloque sa fonction d'amour et de relation à autrui qu'on peut percevoir au Rorschach à travers la rareté du contenu H dans leur protocole.

L'hypothèse étant vérifiée, nous parvenons à la conclusion selon laquelle le vécu post-opératoire retentit sur la capacité de mentalisation de la jeune femme atteinte de cancer du sein. En effet, les jeunes femmes cancéreuses du sein ayant perdu un organe cher pour leur identité féminine qui les désaffilient ont pu trouver des stratégies pour surmonter cette situation. C'est donc à partir de ce vécu post-diagnostic qu'elles adoptent des stratégies telles que la tristesse adaptative, la détresse et l'agonie. C'est sur ces stratégies que les participantes s'étaient pour sauver leur lien avec les autres. Comprendre le comportement de la jeune femme cancéreuse du sein revient donc à appréhender la manière dont elle fait face à la maladie, aux douleurs, aux traitements prolongés, aux situations difficiles et extrêmes à risques et les ressources qu'elle mobilise pour s'y adapter et s'en sortir.

De manière pratique, les résultats de cette étude peuvent constituer un support pour les personnes cancéreuses et permettre l'ouverture des hôpitaux aux psychologues à la suite des diagnostics des maladies chroniques. Cette étude montre donc qu'il est nécessaire d'impliquer le psychopathologue et clinicien dans le suivi du cancéreux. Car la prise en compte du vécu du malade (ou de l'être) est aussi indispensable tout comme la maladie (ou l'avoir) l'est également. Autrement dit, cela amènerait à ne plus refuser l'opération ou à ne pas se suicider. Une telle considération peut permettre d'enrichir les mécanismes de suivi psychosocial en oncologie.

Cette exquise brosse, il apparaît évident que notre étude affiche une pertinence psychopathologique et clinique. Comme perspective, nous envisageons continuer l'étude cette fois-là sur les adolescentes cancéreuses du sein ; ainsi, envisageons-nous la continuer postérieurement en questionnant leur aspect anthropologique.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ait-Kaci Fazya. (2014). La parole à l'épreuve des dommages corporels en phase avancée du cancer. *Presses Universitaires De Grenoble*, 3(118), 49-58.  
[Httpd://doi.org/3917/jalmalv.1118.0049](http://doi.org/3917/jalmalv.1118.0049)
- Almudena Sanahuja., Cuynet., & Mariage. (2012). Réaménagement de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse, pendant sa perte de poids. *Bulletin de psychologie*, 2(518), 159-180.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of American Psychological Association : The official guide to APA style* (7<sup>th</sup> ed.).
- André Martins. (2005). Pulsion de mort : cause ou effet ? *Figures de la psychanalyse*, 12(2), 165-178.
- Anzieu, D., & Chabert, C. (1983). *Les méthodes projectives*. PUF.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Dunod 1995.
- Anzieu, D., Houzel, A., & Missenard. (1987). *Les enveloppes psychiques*. Dunod.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation, du pictogramme à l'énoncé*. PUF.
- Barazer, C. (2000). *Hontes sans issue*. In Documents & Débats, [Bulletin Intérieur de APF].
- Baliaba, S-P. (2014). *Surmoi et réinsertion sociale. Etude clinique du vécu du délinquant en situation carcérale à travers le Rorschach et une série d'entretiens* [Thèse de doctorat en psychologie, Université de Yaoundé 1, Yaoundé].
- Baudin, M. (2007). *Clinique projective : Rorschach et TAT*. Hermann.
- Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Dunod.
- Barthelemy, C. (2008). *L'annonce du diagnostic d'une maladie incurable et la relation soignant-soigné* [Institut de formation en soins infirmiers d'AGEN].
- Beizmann, C. (1966). *Livret de cotation des formes du Rorschach*. Centre de Psychologie Appliquée.

- Bion., W- R. (1962). *Une théorie de l'activité de pensée*. PUF.
- Bion., (1979). *Aux sources de l'expérience*. PUF.
- Bioy, A. (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et Psychopathologie*. Dunod.
- Bonnet, C., Bromberg, M., Chantier, N., Crépault, J., Deleau, M., Ghiglione, R., IONESCU, S., Jakobi, J-M., Lambert, J-F., Matalon, B., Moro, M-R., Tobie, N., Netchine, S., Richard, J-F., & Ricardeau, L. (2020). *Cours de psychologie*. Dunod.
- Bogaert, E. (2009). Le diagnostic est une écriture. *Sud/Nord*, 24(1), 43-45.
- Bokanowski, B. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 66(3), 745-757. <https://doi.org/10.3917/rfp.663.0745>.
- Bokanowski, T. (2012). Le concept de pulsion de mort : bibliographie critique des analystes français. *Les Lettres de la SPF*, 28(2), 183-205.
- Bolzinger, A. (1982). Intérêt des réponses banales au test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 35(354), 295-298.
- Bonnet, A., & Fernandez, L. (2017). *23 grandes notions de psychopathologie*. Dunod.
- Branchard, L. (2011). À la recherche du psychomotricien... la parole aux psychomotriciens. *In Thérapie psychomotrice et recherches*, 108-118.
- Branchard, L., & Pirlot, G., (2014). Le travail d'empêchement de l'effraction sensorielle. *In Adolescence*, 32(4), 835-846.
- Castarède, M- F (1983). *L'entretien clinique à visée de recherche*. Dunod.
- Ciccone, A., & Ferrant, A. (2020). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Dunod.
- Coon, D. (2005). *À la découverte de la psychologie*. Reynald Goulet Inc.
- Cours du cancer (2011-2012). Histoire naturelle du cancer [Collège Français des pathologistes (CoPath)].
- Chabert, C., & Verdon, B. (2011). *Psychologie clinique et psychopathologie*. PUF.
- Chabert, C (1983). *Le Rorschach en clinique adulte*. 3e éd, Dunod (2012).

- Chabert, C. (2013). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Dunod.
- Chéné, P-A. (1999). *Sophrologie : champs d'application*. Paris, Ellébore.
- Civilotti, C. (2015). Dissociative symptomatology in cancer patients. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00118>.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob.
- Comité National de Lutte Contre le Cancer (2007). Guide d'information.
- Cyrułnik, B. (2012). *La mémoire traumatique* [Conférence Universitaire de Nantes : France. 29 novembre].
- Daligand, F. (1997). La thérapie des victimes au risque de la violence. *Les cahiers de l'Actif*, 77-249.
- Deschamps, D. (1997). *Psychanalyse et cancer*. L'Harmattan.
- Desmarais, V-D. (2010). Comment améliorer le bien-être psychologique au travail ? *Gestion*, 35(3), 69-77. <https://doi.org/10.3917/riges.353.0069>.
- Dimitriadis, Y. (2013). Sur certains enjeux du diagnostic de « catatonie ». *Dans Topique*, 2(123), 125-138. <https://doi.org/10.3917/top.123.0125>.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Le seuil.
- Hortobagyi, G-N., Connolly, J-L., & D'Orsi, C-J. (2017). In: Amin MB, Edge SB, Greene FL et al., eds. *AJCC Cancer Staging Manual*, 8<sup>th</sup> edition. Springer. p. 589-628.
- Domart, A & Bourneuf, J. (1989). *Nouveau Larousse Médical*.
- Doron, R., & Parot, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. PUF.
- Dyer, R. (1993). *The matter of Images: Essays on Representations*. Routledge.
- Enow & al., (2012). Current Cancer incidences and trends in Yaoundé, Cameroun.
- Freud, S. (1893). *Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques, Résultats, idées, problèmes*. Tome 1, PUF.
- Freud, S. (1893). *Etude sur l'hystérie*. PUF.

- Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. PUF, 1996.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. La bibliothèque du XXème siècle, 1992.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Folio essais, Gallimard, 1989.
- Freud, S. (1909). *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : le président Schreber : in cinq psychanalyses*. PUF.
- Freud, S (1910). *Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique, Névrose, psychose et perversion*. PUF.
- Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1915). *Pulsions et destin des pulsions : in Métapsychologie*. PUF.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Quadrige / PUF, 2010.
- Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça*. Petite bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. PUF.
- Freud, S. (1933). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Gallimard.
- Freud, S. (1952). *Métapsychologie*. Gallimard.
- Gagnon, Y-C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Sainte-Foy, [Presses Universitaires du Québec].
- Gagnon, A. (2018). *Le vécu des femmes à la suite d'un diagnostic et de traitements du Cancer du sein* [Université du Québec à CHICOUTIMI].
- Globocan. 2008, 2012. Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base.
- Godfrind, J. (2016). Le moi inconscient et l'agir. *Revue Française de Psychanalyse*. 81(5), 1613-1618.
- Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Les éditions de Minuit.
- Green, A. (1995). *Propédeutique : La métapsychologie revisitée*. Champ Vallon.
- Green, A. (2005). *Jouer avec Winnicott*. PUF.
- Green, A. (2006). *Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique, le dedans et le dehors*. PUF.

- Giuliano, A-E., Connolly, J-L., Edge SB et al. (2017). *Breast Cancer-Major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual*. *Ca Cancer J Clin*. 67(4), 290-303.
- Gurevich, M., & al. (2002). *Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues*. *Psychosomatics*.
- Jaroslavsky, E-A. (2013). Vocabulaire : Le contrat narcissique. *Revue internationale de psychanalyse de couple et de la famille*, 1(13), 9. <https://doi.org/2105.1038>.
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 3(2), 185-194.
- Jung, C-G. (1919). *Psychogénèse des maladies mentales*. Albin Michel.
- Klein, M., & RIVIERE, J. (1968). *L'amour et la haine. Le besoin de réparation*. Petite Bibliothèque Payot.
- Konlack, L-J., Mgbwa, V & Konlack, M-A. (2019). *Enfant en deuil, professionnel de l'éducation et institution*. Editions Universitaires Européenne.
- Labouret, O. (2009). Le Codage obligatoire du diagnostic par la CIM-10 : est-il compatible avec l'éthique du soin psychiatrique ? *Sud/Nord*, 24(1), 69-71.
- Lacan, J. (1953). *Fonction et champs de la parole et du langage en psychanalyse*. Rapport du Congrès de Rome, 26-27 sept 1953.
- Laplanche, J. (1989). *Vie et mort en psychanalyse*. Flammarion.
- Larousse, P. (2000). *Le petit Larousse Grand Format*. MEF.
- Larousse, P. (2008). *Dictionnaire Larousse Illustré*. MEF.
- Lebigot, F. (2000). La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'évènement. *Rev Francoph Stress Trauma*, 1(1), 21-25.
- Lebigot, F. (2004). Traumatisme psychique. *Rev Francoph Stress Trauma*, 4(1), 5-11.
- Le Breton, D. (2008). *Anthropologie du corps et modernité*. PUF.
- Le Breton, D. (2005). *La sociologie du corps*. Paris, P.U.F.

- Lecordier, D. (2012). Corps dans les concepts en sciences infirmières. 129-133.
- Lecours, S. (2016). Niveaux de mentalisation de la souffrance en Clinique : agonie, détresse et tristesse adaptative. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 235-257.
- Marmion, J-F (2012). L'antipsychiatrie : l'escroquerie de la folie. *Histoire de la psychologie*, 141-143. <https://doi.org/10.3917/rfp.679.0534>.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Les Empêcheurs.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénomène de la perception*. Tel Gallimard (2005).
- Mgbwa, V., Youwa, M. & Ngonu O. (2013). Phobie scolaire chez les enfants de la rue au Cameroun ou décalage entre habitus social et habitus scolaire ? *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 62, 3544. <https://doi.org/10.3917/nras.062.0035>.
- Mielke, D. (1999). Strategies to cope with negative social identity: Predictions by social identity theory and relative deprivation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 229-245. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.229>.
- Mignonac, C. (2011). Le cancer du sein chez la femme avant 50 ans. [Mémoire d'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Université Française de Médecine de Limoges].
- M'Uzan, M (1984). *Les esclaves de la quantité*. In *La Bouche de l'inconscient*. Gallimard.
- OMS, 2014, profils des pays pour le Cancer. <https://doi.org/Who.Int>.
- Panés, S. L. (2008). *Petits pratiques*. Hachette Pratique, 62. <https://doi.org/978.2-01-621102-1>.
- Pireyre, E-W. (2011). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.
- Pirlot, G. (2014). Alexithymie et pensée opératoire. *Hermès*, 68(1), 73-81.
- Pontalis, J. et Pontalis, B. (1967/2002). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.
- Pucheu, S. (2004). La guérison psychique du cancer ou le retour à l'harmonie du « moi ». *Revue-Francophone-de-Psycho-Oncologie*, 61-64. <https://doi.org/10.1007/s10332-004-0021-7>.
- Rachel Ferrere. (2015). *Les enjeux psychologiques de la maladie cancéreuse chez la femme en période périnatale : le devenir mère à l'épreuve du cancer* [Thèse de doctorat en

- Psychologie, Université de Sorbonne].
- Razali, S. (2018). *Suivi d'une population sous chimiothérapie* [Master en sciences biologiques, Université Abdelhamid Ibn Badis-Mostagame, République Algérienne Démocratique et Populaire].
- Dejonghe, M., Malempré, M., & Richelle, J. (2007). Apport du test de Rorschach dans l'évaluation diagnostique et pronostique d'adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel. *Psychologie clinique et projective*, 1(13), 347-369.
- Ronson, A. (2005). Réponses post-traumatiques et dissociation en oncologie. *Revue Francophone de Psycho-oncologie*, 4(1), 53-59. <https://doi.org/10.1007/d10332-005-0056-4>.
- Rousseau, D-M. (2001). Schema, promise and mutuality: The building blocks of psychological contract. *Journal of Occupational and Organisational Psychology*. 511-541.
- Sarradon-Eck, A. (2002). Les représentations populaires de la maladie et de ses causes. *Rev Prat Med Gen*, 16(566), 358-363.
- Saillot, I. (2018). PTSD post-diagnostic du cancer : « déni » ou amnésie dissociative ? *Europe Journal of trauma & Dissociation*, 4 (2), 197-205.
- Schneider, M. (1980). *Blessures et mémoire*. Gallimard.
- Schilder, P. (1950). *L'image du corps*. Gallimard.
- Schulz, E. (2016). *Sociologie d'une controverse scientifique*. Raisons d'agir.
- Sillamy, N. (1967). *Le dictionnaire de la psychologie*. Larousse.
- Sillami, N. (1983). *Dictionnaire usuel de psychologie*. Bordas.
- Silva, D-R., & M, L-G. (2018). L'effet de la couleur sur la production de réponses au Rorschach chez des enfants non consultants : Une étude génétique. *Dans Psychologie clinique et Projective*, 1(14), 221-232.
- Widiger, T. A., & Trull, T-J. (1991). Diagnosis and clinical assessment. *Annual Review of psychology*, 1(42), 109-133. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.42020191.000545>.

Winnicott, D-W. (1971). *Le corps et le self*. In Nouvelle revue de psychanalyse-III, Printemps.

Vatz-Laaroussi (2007). Approches qualitatives et recherche interculturelle : Bien comprendre pour mieux intervenir. *Association pour la recherche qualitative, Université de Sherbrooke*, 1(4), 2-13. ISSN : 1715-8702.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Autorisation des collectes de données



# ONG SOCHIMIO

SOLIDARITE CHIMIOThERAPIE  
Union Contre le Cancer

Tél : 242 65 41 17/ 222 22 59 22 E-mail : sochimio2008@yahoo.fr  
Site web : www.sochimio.org

Yaoundé, le 02 Juin 2022

**Le Président de l'ONG  
SOCHIMIO**

A

Monsieur NJIAWOUO MOUNDEN  
Mohamed/ étudiant en master 2  
psychopathologie et clinique.  
UYD I

Objet : autorisation de recherche.

Monsieur,

Faisant suite à votre courrier du 25 mai 2022 relatif à l'objet porté en marge, j'ai l'honneur de vous marquer l'accord de la SOCHIMIO pour effectuer vos travaux de recherche au sein de cette ONG. Nous vous souhaitons d'y trouver des données utiles pour mener à bien l'étude intitulée : « **vécu post-diagnostic et capacités de mentalisation chez la femme camerounaise atteinte de cancer du sein** »

Toutefois, vous devrez déposer une copie de votre mémoire à l'ONG SOCHIMIO à la fin de vos travaux et vous devrez vous conformer scrupuleusement au règlement intérieur de l'ONG SOCHIMIO pendant la durée de votre recherche au sein de de l'ONG.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments respectueux.

**Le Président,**  
*Pr NDOM Paul*  
Professeur Ndom Paul  
Oncologue Médical  
Professeur Titulaire

## Annexe 2 : Formulaire de consentement



### FORMULAIRE DU CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je soussigné(e), Mr/Mme/Mlle ..... *Car. A* .....

Avoir été sollicité (e) à participer aux travaux de recherche de NJIAWOUO MOUNDEN Mohamed N. en Master 2<sup>ème</sup> année à l'Université de Yaoundé 1 au Département de Psychologie. Le titre du sujet est intitulé : « *Vécu post-diagnostic et capacité de mentalisation chez la jeune femme camerounaise atteinte de cancer du sein* ». La recherche explore le vécu post-diagnostic retenti chez les jeunes femmes atteintes du cancer du sein. La condition pour y participer est **d'être une jeune patiente dont la tranche d'âge se situe entre 30 ans au moins et 40 ans au plus et d'être atteinte du cancer du sein**. Le mémoire est dirigé par le Professeur Vandelin MGBWA de l'Université de Yaoundé 1. Cette étude n'implique aucun risque, mais certaines questions pourraient engendrer un inconfort. La participation à cette étude se fait sur base volontaire et n'est pas rémunérée. Vous avez le droit de ne pas y participer ou de stopper votre collaboration à n'importe quel moment, sans aucune justification. Les données sont traitées de manière anonyme et confidentielle. Si vous souhaitez davantage d'informations à propos de l'étude, vous pouvez nous contacter par mail : [mohamednjiawouo613@gmail.com](mailto:mohamednjiawouo613@gmail.com) ou par téléphone au numéro : 690297074

- J'ai bien compris l'objectif de cette étude ;
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées ;
- Les risques et bénéfices m'ont été présenté et expliqué ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer ;
- Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de la recherche de ses responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées.

Fait à Yaoundé, le ... *14 Juin 2022* ...

Etudiant

Participant

NJIAWOUO MOUNDEN Mohamed, UYI



### FORMULAIRE DU CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je soussigné(e), Mr/Mme/Mlle ..... Cas E .....

Avoir été sollicité (e) à participer aux travaux de recherche de NJIAWOUO MOUNDEN Mohamed N. en Master 2<sup>ème</sup> année à l'Université de Yaoundé 1 au Département de Psychologie. Le titre du sujet est intitulé : « *Vécu post-diagnostic et capacité de mentalisation chez la jeune femme camerounaise atteinte de cancer du sein* ». La recherche explore le vécu post-diagnostic retenti chez les jeunes femmes atteintes du cancer du sein. La condition pour y participer est **d'être une jeune patiente dont la tranche d'âge se situe entre 30 ans au moins et 40 ans au plus et d'être atteinte du cancer du sein**. Le mémoire est dirigé par le Professeur Vandelin MGBWA de l'Université de Yaoundé 1. Cette étude n'implique aucun risque, mais certaines questions pourraient engendrer un inconfort. La participation à cette étude se fait sur base volontaire et n'est pas rémunérée. Vous avez le droit de ne pas y participer ou de stopper votre collaboration à n'importe quel moment, sans aucune justification. Les données sont traitées de manière anonyme et confidentielle. Si vous souhaitez davantage d'informations à propos de l'étude, vous pouvez nous contacter par mail : [mohamednjiawouo613@gmail.com](mailto:mohamednjiawouo613@gmail.com) ou par téléphone au numéro : 690297074

- J'ai bien compris l'objectif de cette étude ;
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées ;
- Les risques et bénéfices m'ont été présenté et expliqué ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer ;
- Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de la recherche de ses responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées.

Fait à Yaoundé, le ... 03 juillet 2022 .....

Etudiant

Participant

NJIAWOUO MOUNDEN Mohamed, UYI

## TEST D'AUTO-EVALUATION DU NIVEAU DE STRESS

**Consigne :** Notez au fur et à mesure les points que vous vous attribuez dans chacun des 96 cas des tableaux suivants :

I. MODE DE VIE		Jamais (0)	Presque jamais (1)	Souvent (2)	Presque toujours (3)
1	Je dors le nombre d'heure adapté à mes besoins		X		
2	Je mange à heures fixes	X			
3	Quand je suis nerveux, je prends des tranquillisants	X			
4	Pour occuper mon temps libre, je regarde la télévision ou une vidéo		X		
5	Je fais de l'exercice physique régulièrement		X		
6	Je mange vite	X			
7	Je mange autant que je veux des aliments riches en cholestérol (œufs, foie, fromage, glaces)			X	
8	Je mange beaucoup de fruits et de légumes		X		
9	Je bois de l'eau entre les repas				X
10	Je mange entre les repas		X		
11	Je prends un petit déjeuner copieux		X		
12	Je dîne peu				X
13	Je fume	X			
14	Je prends des boissons alcoolisées			X	
15	Dans mon temps libre, je recherche la nature et l'air pur	X			
16	J'ai un passe-temps qui me détend	X			

2. MODE ENVIRONNEMENT		Jamais (1)	Presque jamais (2)	Souvent (3)	Presque toujours (4)
17	Ma famille est assez bruyante		X		
18	Je sens que j'ai besoin de plus d'espace dans ma maison			X	
19	Toutes mes affaires sont bien rangées		X		
20	Je profite d'une ambiance familiale	X			
21	Mes voisins sont tapageurs				X
22	Il y a une forte démographie là où j'habite		X		
23	Ma maison est propre et rangée		X		
24	Chez moi je me détends dans la tranquillité			X	
25	Ma chambre est trop petite				X
26	Nous sommes beaucoup trop sous le même toit				X
27	Quand je contemple la décoration de ma chambre je suis satisfait(e)	X			
28	Ma maison est assez ample pour nos besoins	X			
29	Dans mon quartier il y a des odeurs désagréables				X
30	L'endroit où j'habite est plutôt bruyant			X	
31	L'air de ma localité est pur	X			
32	Les rues et les jardins de mon quartier sont propres et soignés	X			

3. MODE SYMPTOMES	Jamais (0)	Presque jamais (1)	Souvent (2)	Presque toujours (3)
33 J'ai des maux de tête				X
34 J'ai des douleurs abdominales			X	
35 Je digère bien	X			
36 Je vais régulièrement à la selle		X		
37 J'ai une gêne dans la zone lombaire			X	
38 Je fais de la tachycardie			X	
39 Je n'ai pas d'allergies	X			
40 J'ai des étouffements	X			
41 J'ai un nœud dans les muscles du cou et du dos	X			
42 J'ai une tension artérielle modérée et constante		X		
43 J'ai une mémoire normale qui ne faiblit pas		X		
44 J'ai peu d'appétit			X	
45 Je me sens fatigué(e) et sans énergie			X	
46 J'ai des insomnies			X	
47 Je transpire beaucoup (même en dehors de tout exercice)	X			
48 Je pleure et me sens désespéré(e) facilement			X	

4. MODE EMPLOI / OCCUPATION		Jamais (0)	Presque jamais (1)	Souvent (2)	Presque toujours (3)
49	Mon travail quotidien me cause de la tension	X			
50	Dans mes moments libres, je pense aux problèmes du travail	X			
51	Mon horaire de travail est régulier	X			
52	Mes occupations me permettent de manger tranquillement chez moi	X			
53	J'emporte du travail à la maison pour le faire le soir ou les week-ends		X		
54	J'ai plusieurs emplois	X			
55	Quand je travail, je ne vois pas le temps passer	X			
56	Je me sens utile et satisfait dans mes occupations		X		
57	J'ai peur de perdre mon emploi		X		
58	Je m'entends mal avec mes collègues de travail		X		
59	J'ai de bonnes relations avec mon chef			X	
60	J'ai un post stable			X	
61	Mon automobile est un outil de travail	X			
62	J'oublie de manger quand je veux terminer une tache				X
63	Je suis compétent dans mes fonctions			X	
64	Je pense que mon chef et/ou ma famille apprécient mon travail	X			

5. MODE RELATIONS		Jamais 0)	Presque jamais 1)	Souvent 2)	Presque toujours 3)
65	Je suis content quand je suis aimable et courtois avec les gens		X		
66	J'ai confiance dans les autres	X			
67	Que mes projets dépendent des autres me dérange				X
68	Les disputes m'affectent beaucoup			X	
69	J'ai des amis près à mes cotés		X		
70	Je suis satisfait de mes relations sexuelles		X		
71	J'attache beaucoup d'importance à l'opinion des autres sur moi			X	
72	J'aime que mes réalisations soient meilleures que celles des autres			X	
73	Mes collègues de travail sont mes amis	X			
74	J'ai la patience d'écouter les problèmes des autres	X			
75	Je pense que mon conjoint doit beaucoup changer pour que notre relation soit bonne (pour ceux qui ne sont pas marié : fiancé(e) ou ami(e) ou intime)		X		
76	Je parle trop	X			
77	Lorsque je ne suis pas d'accord avec quelqu'un je suis prompt(e) à élever la voix		X		
78	J'envie ce que les autres ont si je ne l'ai pas	X			
79	Quand je discute avec quelqu'un je pense à ce que je vais dire tandis qu'il parle		X		
80	Je suis nerveux quand je reçois des ordres			X	

6. MODE DE PERSONNALITÉ		Jamais <input type="radio"/>	Presque jamais <input type="radio"/>	Souvent <input type="radio"/>	Presque toujours <input type="radio"/>
81	Je suis généralement satisfait de ma vie	X			
82	J'aime dire du bien des gens			X	
83	Je m'énerve quand quelqu'un conduit lentement devant moi	X			
84	Quand il y a foule à un guichet ou un magasin je m'en vais	X			
85	Je suis généreux avec moi-même en m'imposant des dates butoir	X			
86	J'ai confiance dans le futur	X			
87	J'ai tendance à penser au pire			X	
88	J'aime faire des choses à ma façon et je m'irrite quand ce n'est pas passible			X	
89	J'ai le sens de l'humour	X			
90	J'aime ma façon d'être	X			
91	Je n'énerve si je suis dérangé au milieu des activités				
92	Je suis perfectionniste		X		
93	Je pense à ceux qui me doivent de l'argent	X			
94	Je m'énerve dans les embouteillages	X			
95	Je m'ennuie vite en vacances et j'ai envie de retourner vite à une activité « productive »		X		
96	J'ai peur de développer un jour une maladie fatale comme le cancer			X	

## TEST D'AUTO-EVALUATION DU NIVEAU DE STRESS

**Consigne :** Notez au fur et à mesure les points que vous vous attribuez dans chacun des 96 cas des tableaux suivants :

1. MODE DE VIE		Jamais (0)	Presque jamais (1)	Souvent (2)	Presque toujours (3)
1	Je dors le nombre d'heure adapté à mes besoins	X			
2	Je mange à heures fixes	X			
3	Quand je suis nerveux, je prends des tranquillisants		X		
4	Pour occuper mon temps libre, je regarde la télévision ou une vidéo	X			
5	Je fais de l'exercice physique régulièrement	X			
6	Je mange vite	X			
7	Je mange autant que je veux des aliments riches en cholestérol (œufs, foie, fromage, glaces)		X		
8	Je mange beaucoup de fruits et de légumes		X		
9	Je bois de l'eau entre les repas		X		
10	Je mange entre les repas	X			
11	Je prends un petit déjeuner copieux		X		
12	Je dine peu				X
13	Je fume	X			
14	Je prends des boissons alcoolisées			X	
15	Dans mon temps libre, je recherche la nature et l'air pur		X		
16	J'ai un passe-temps qui me détend		X		

2. MODE ENVIRONNEMENT		Jamais (0)	Presque jamais (1)	Souvent (2)	Presque toujours (3)
17	Ma famille est assez bruyante		X		
18	Je sens que j'ai besoin de plus d'espace dans ma maison			X	
19	Toutes mes affaires sont bien rangées	X			
20	Je profite d'une ambiance familiale	X			
21	Mes voisins sont tapageurs			X	
22	Il y a une forte démographie là où j'habite		X		
23	Ma maison est propre et rangée			X	
24	Chez moi je me détends dans la tranquillité			X	
25	Ma chambre est trop petite			X	
26	Nous sommes beaucoup trop sous le même toit	X			
27	Quand je contemple la décoration de ma chambre je suis satisfait(e)	X			
28	Ma maison est assez ample pour nos besoins		X		
29	Dans mon quartier il y a des odeurs désagréables			X	
30	L'endroit où j'habite est plutôt bruyant			X	
31	L'air de ma localité est pur	X			
32	Les rues et les jardins de mon quartier sont propres et soignés		X		

3. MODE SYMPTOMES		Jamais (0)	Presque jamais (1)	Souvent (2)	Presque toujours (3)
33	J'ai des maux de tête			X	
34	J'ai des douleurs abdominales			X	
35	Je digère bien	X			
36	Je vais régulièrement à la selle		X		
37	J'ai une gêne dans la zone lombaire		X		
38	Je fais de la tachycardie				X
39	Je n'ai pas d'allergies		X		
40	J'ai des étouffements		X		
41	J'ai un nœud dans les muscles du cou et du dos	X			
42	J'ai un tension artérielle modérée et constante	X			
43	J'ai une mémoire normale qui ne faiblit pas		X		
44	J'ai peu d'appétit				X
45	Je me sens fatigué(e) et sans énergie				X
46	J'ai des insomnies			X	
47	Je transpire beaucoup (même en dehors de tout exercice)		X		
48	Je pleure et me sens désespéré(e) facilement			X	

4. MODE EMPLOI / OCCUPATION	Jamais (0)	Presque jamais (1)	Souvent (2)	Presque toujours (3)
49 Mon travail quotidien me cause de la tension		X		
50 Dans mes moments libres, je pense aux problèmes du travail		X		
51 Mon horaire de travail est régulier				X
52 Mes occupations me permettent de manger tranquillement chez moi		X		
53 J'emporte du travail à la maison pour le faire le soir ou les week-ends		X		
54 J'ai plusieurs emplois	X			
55 Quand je travail, je ne vois pas le temps passer			X	
56 Je me sens utile et satisfait dans mes occupations		X		
57 J'ai peur de perdre mon emploi		X		
58 Je m'entends mal avec mes collègues de travail		X		
59 J'ai de bonnes relations avec mon chef				X
60 J'ai un post stable		X		
61 Mon automobile est un outil de travail	X			
62 J'oublie de manger quand je veux terminer une tache				X
63 Je suis compétent dans mes fonctions			X	
64 Je pense que mon chef et/ou ma famille apprécient mon travail			X	

5. MODE RELATIONS		Jamais (0)	Presque jamais (1)	Souvent (2)	Presque toujours (3)
65	Je suis content quand je suis aimable et courtois avec les gens		X		
66	J'ai confiance dans les autres	X			
67	Que mes projets dépendent des autres me dérange			X	
68	Les disputes m'affectent beaucoup			X	
69	J'ai des amis près à mes côtés	X			
70	Je suis satisfait de mes relations sexuelles			X	
71	J'attache beaucoup d'importance à l'opinion des autres sur moi			X	
72	J'aime que mes réalisations soient meilleures que celles des autres			X	
73	Mes collègues de travail sont mes amis	X			
74	J'ai la patience d'écouter les problèmes des autres	X			
75	Je pense que mon conjoint doit beaucoup changer pour que notre relation soit bonne (pour ceux qui ne sont pas marié : fiancé(e) ou ami(e) ou intime)		X		
76	Je parle trop	X			
77	Lorsque je ne suis pas d'accord avec quelqu'un je suis prompt(e) à élever la voix			X	
78	J'envie ce que les autres ont si je ne l'ai pas			X	
79	Quand je discute avec quelqu'un je pense à ce que je vais dire tandis qu'il parle	X			
80	Je suis nerveux quand je reçois des ordres		X		

6. MODE DE PERSONNALITÉ		Jamais (0)	Presque jamais (1)	Souvent (2)	Presque toujours (3)
81	Je suis généralement satisfait de ma vie	X			
82	J'aime dire du bien des gens			X	
83	Je m'énerve quand quelqu'un conduit lentement devant moi	X			
84	Quand il y a foule à un guichet ou un magasin je m'en vais		X		
85	Je suis généreux avec moi-même en m'imposant des dates butoir	X			
86	J'ai confiance dans le futur	X			
87	J'ai tendance à penser au pire			X	
88	J'aime faire des choses à ma façon et je m'irrite quand ce n'est pas passible			X	
89	J'ai le sens de l'humour	X			
90	J'aime ma façon d'être	X			
91	Je n'énerve si je suis dérangé au milieu des activités		X		
92	Je suis perfectionniste	X			
93	Je pense à ceux qui me doivent de l'argent		X		
94	Je m'énerve dans les embouteillages	X			
95	Je m'ennuie vite en vacances et j'ai envie de retourner vite à une activité « productive »	X			
96	J'ai peur de développer un jour une maladie fatale comme le cancer			X	

## ENTRETIEN EXPLORATOIRE (Cas 1)

**Moi :** bonjour madame

Elle : bonjour

Moi : vous avez été victime du cancer du sein, c'est bien ça ?

Elle : oui c'est ça

Moi : alors dite moi, comment ça se passe quand on a une pathologie du genre ?

Elle : comment ça se passe comment ? précisez bien la question, moi je ne comprends pas.

Moi : quand on vous avait annoncé la maladie, comment est-ce que vous vous êtes senti ? comment avez-vous vécu cela ?

Elle : humm, c'était très difficile, très très difficile parce que je découvre que j'ai un cancer lors de la visite, au fait on a lancé un contrôle de dépistage par la première dame. Bon moi comme je travaille dans le privé, je vous ai dit tantôt je suis trop occupé. Lorsque je rentre le soir, je suis trop épuisé, bon je m'étais allongé au salon, je demande aux enfants d'allumer la télé pour qu'on puisse suivre le journal. C'est comme ça qu'en regardant le journal, hum de canal 2, ils annoncent la campagne disant le dernier jour, le dernier jour de de dépistage gratuite de cancer de col de l'utérus et du sein au cracer. Je dis ahhh, donc il y avait même une campagne, nous étions un mardi, et le mercredi là j'avais cours, je suis au privé là-bas les permissions c'est difficile. Je dis comme j'ai cours jusqu'à 12h, je vais forcer et je vais aller au cracer à 12h bon s'ils me reçoivent hein. J'arrive donc au cracer après 12h, bon après le cours et je me rends donc compte qu'ils ont pratiquement arrêté. Je vois donc une amie qui sort de là qui me dit c'est comment tu es venu faire ton dépistage ? je dis oui mais apparemment c'est arrêté hein. Elle me dit non tu es une enseignante va dire aux jeunes infirmières que tu venais pour ça mais comme tu es enseignante tu étais en cours bon est ce qu'on peut te recevoir. C'est comme ça que j'ai eu le courage, bon je vais, je rentre dans le cracer, je vois un infirmier je lui demande si je peux me faire dépister ; il me prend, il prend mon nom il insère dans une liste parce qu'il y avait du monde et ils étaient déjà débordé. C'est donc comme ça que je vais me faire dépister c'était gratuit, on m'a palpé le sein et introduit un appareil pour le col. Après on me demande de venir

prendre les résultats dans 3 semaines ; mais à ma grande surprise, avant 3 semaines on m'appelle ça m'inquiète un peu, on demande de passer au cracer, arrivé au cracer on dit qu'on va nous recevoir par le professeur Kassia, professeur ça m'a un peu fait paniqué mais je n'avais pas peur parce que je n'avais aucun symptôme j'étais en bonne santé, maintenant arrivé euh, lorsque le professeur me reçoit, il me pose une série de question qui m'ont fait couler les larmes ; il me demande quelle âge j'ai, je lui répond 39 ans ; il me demande combien d'enfant j'ai, je lui répond 3. *J'ai commencé à pleurer, j'ai compris pourquoi il me demande ça, en fait je pleure*, il me demande pourquoi je pleure, après il me dit en fait « vous avez trop de chance parce que c'est encore au début », *je lui demande qu'est-ce qu'est au début*, il me dit qu'ils ont dépister un cancer qui naissait et me dit que pour confirmer je dois faire un examen qu'on appelle « la mammographie », j'étais parti jeudi, il m'a demandé de faire cet examen d'urgence que je ne devrais pas passer la nuit, je l'ai fait, cet examen coutais 30 000f et ils m'ont demandé de revenir le lendemain ; *quand j'étais sorti de là j'étais hors de moi parce que j'ai pleuré du cracer jusqu'à la maison, j'ai beaucoup pleuré, j'ai beaucoup pleuré pleuré pleuré pleuré beaucoup pleuré parce que j'ai pas eu le courage de rentrer chez moi, je suis resté là en bordure de route à l'hôpital général*. Quand je suis rentré à la maison, mon mari et mes enfants étaient assis, *j'ai demandé aux enfants de me servir, j'avais faim, je n'arrivais pas à manger parce que je les voyais trop petit et je pleurais. Je n'ai même pas eu le courage de dire à mon époux*, il est même aller dormir, moi je suis resté parce que je pensais à mes enfants parce que *je pensais que j'allais les abandonner, j'allais partir ; quand je monte dormir, je ne réussis même pas à dire à mon mari, c'est au petit matin que je lui dit qu'on a dépisté quelque chose comme ça comme ça, j'ai encore éclaté en sanglot, j'ai encore pleuré*, bon il m'a consolé et m'a dit qu'il croit que je l'ai dit que c'est encore au début, bon qu'il ne faut pas beaucoup pleurer, qu'il faut prendre ça avec beaucoup de courage comme on a dit que c'est au début, que demain il faut vite aller faire l'examen. Je pars faire l'examen mais du coup comme l'examen a trainé, ça prend beaucoup de temps on l'appelle la « biopsie » ça fait 3 semaines, ça allait normalement faire 3 semaines ; ça fait 4 semaines, ils ne m'ont plus appelé. Je me suis dit qu'ils n'ont rien dépisté, j'ai repris courage, bon en fait ils ne vont rien voir, ils ne vont même rien voir. Bon quand je pars prendre l'examen dans un mois je m'énerve même, je leur demande que c'est comment vous n'appelé pas qu'on vient prendre l'examen, ils me disent que c'était à moi de venir prendre mon examen. *Ils me disent qu'en fait c'est confirmé, c'est un cancer qu'il faudra qu'on me fasse une chirurgie, et le prof me rassure que c'est au début, on va faire la chirurgie et que je vais faire quelques séances de chimiothérapie après. Il me dit qu'on me programme*

*quand pour la chirurgie ? je leur demande que vous me programmé que je connais d'abord que c'est quoi ? ils me disent que je dois déboursé en fait une somme de un million dans deux semaines ; donc que je dois venir me préparer, j'éclate encore en sanglot, je pleure et ce qui m'avait beaucoup énervé c'est qu'on allait couper mon sein, c'était je voulais faire mon dernier enfant cet année, je voulais faire encore un enfant, donc quand on m'a dit ça j'ai encore beaucoup pleuré et le prof c'est même énervé et m'a dit pourquoi vous pleurez, vous pouvez même vous baladez avec et puis vous avez même déjà trois enfants, et il a senti qu'il a été dure avec moi et m'a demandé de ne plus pleuré que c'est pas encore avancé. Donc c'est comme ça que je rentre, il fallait mobiliser les fonds, hum, c'est vrai qu'en partant de là, je me suis dit qu'il disait ça juste pour me calmer, est-ce que ça allait marcher. Bon, ce qui m'a beaucoup marqué c'est que mon histoire est particulière, je sors d'une famille des cancéreux ; mon père est mort d'un cancer d'un organe là dans le nez, mon grand frère que je suivais est mort d'un cancer et c'était pratiquement à la même âge, donc je savais que j'allais seulement mourir, c'est vrai que mon père est mort un peu plus jeune mais mon grand frère est mort à cet âge. Bon c'est vrai qu'à l'église on m'a beaucoup remonté, on a fait beaucoup de prière et ça m'avait donné un peu de force, donc c'était un peu ça, c'était très difficile. Après quand on a mobilisé les fonds, on a fait la chirurgie mais pas à Yaoundé mais à Mbalmayo, on n'avait pas affaire à un oncologue, la famille m'a orienté vers un bon chirurgien à Mbalmayo. On est arrivé et il a enlevé tout, c'était difficile de savoir qu'on m'a coupé cet organe parce que je savais que je n'étais plus une femme même si tu as un certain âge, c'est difficile, tu ne peux pas l'imaginer, même à présent je ne suis plus trop comme j'étais avant, je me sens diminué en fait, c'est vrai que c'est une grâce de Dieu si je suis même encore vivante mais je me sens diminué. Donc on a fait la chirurgie totale et après on a prélevé l'organe, on a envoyé au centre pasteur pour faire l'examen et voir à quel niveau la pathologie était même comme la biopsie avait montré que c'était localisé, c'était pas encore dispersé donc qu'il n'y avait pas encore de métastase ; et l'examen a encore révélé que c'était localisé. Donc quand je sors de là, le chirurgien me renvoi chez les oncologues à l'hôpital général ; arrivé, je fais encore tout une série d'examen, arrivé je rencontre le prof ATANGUENA. Arrivé, ils ont un peu tâtonné car ils m'ont reproché de mettre fait opérer par un chirurgien et demandé de faire un scanner qui révélait que tout était bon mais ils voulaient que je pars faire la radiothérapie à douala. Là les infirmières m'ont dit que c'était un traitement très dure pour moi et que ça allait peut-être me bousiller tout. En famille on a réfléchi avec le chirurgien et opté pour un contrôle par scanner tous les 3 mois. Je n'ai fait aucun traitement après la chirurgie et je n'ai pas encore commencé le contrôle parce qu'il faut 3 mois (on a fait*

l'opération le 8 juin). *C'est trop difficile pour moi de savoir qu'une maman comme moi n'a plus d'organe.*

Moi : au-delà du fait qu'on a « enlevé cet organe », comment est-ce que vous vivez cela du point de vu biologique ?

Elle : bon, je ne ressens rien, je suis normale. *C'est vrai que j'ai des temps en temps des vertiges et ça m'inquiète vraiment beaucoup. Avant la chirurgie je n'avais rien comme symptôme, c'est la campagne qui révèle tout. Je n'avais pas de douleur. Sur le plan sexuel je ne vois plus mes menstrues, ça me fait un genre parce qu'une femme hein, puis ça énerve quand cette période-là arrive mais je préfère avoir mes règles, je préfère la vivre, je me sens diminué, ça me fait du mal de ne plus l'avoir ; mais après je me reproche que Dieu m'a fait une grâce. Je ressens toujours le même plaisir sexuel, j'ai demandé à mon mari si quelque chose a changé et il m'a répondu que j'étais toujours la même. Pour lui, je sais qu'il le dit pour me rassurer. Il a peur de me toucher par ce côté (silence). J'avais même voulu convaincre le prof si on pouvait ne pas m'opérer comme c'est pas avancé et me faire suivre un traitement, il m'a dit non (rire), qu'il coupe car lorsqu'on fait la biopsie on ne doit plus tarder pour opérer.*

Moi : à quoi attribuez-vous l'origine de votre maladie ?

Elle : je crois qu'elle est héréditaire car dans ma famille nucléaire on a eu deux cas : mon père et mon frère ; et dans ma famille élargie on a eu une cousine qui l'a eu 10 ans avant le mien, une autre cousine là aussi l'a eu. Donc ma famille paternelle l'a presque toute eu. Le prof NDOM nous l'avait dit qu'on est prédisposé à l'avoir, *donc vous voyez je consomme beaucoup de fruit ; j'achète comme ça, on mixe et on les consomme tous. Du coup on a changé notre système alimentaire, on ne mange pas de cube, je cherche à améliorer mon hygiène de vie pour que mes enfants ça ne passe pas par eux.* Les autres disent que c'est mystique, le cancer existe hein, on mange quoi d'abord avec les engrains là, l'air pollué ; d'autres disent que ça vient du stress mais non le cancer ne vient pas du stress c'est l'alimentation. Même pendant l'attente des résultats j'ai pris de ces produits-là : l'aorasia, le persil, la pomme de terre, la carotte, on mixe tout ça ; j'ai pris des trucs bien.

*Parfois il m'arrive souvent de penser que j'aurai pu éviter ça, parce qu'une fois j'étais allé à une campagne de dépistage quand j'avais 29 ans et on m'avait dit que mon sein était bizarre mais comme je le dis je suis très négligente, j'aurai pu commencer mon hygiène alimentaire depuis. On n'avait remarqué que mon sein avait une forme différente, j'avais fait un examen et*

après un prof en médecine m'avait dit que c'était rien. *Aujourd'hui j'ai peur, j'ai peur pour mes enfants, que quelque chose leur arrive, j'ai beaucoup peur pour eux, vous voyez même, ça veut couler les larmes, au fait j'ai peur.*

Moi : et vous faite comment pour surmonter cela ?

Elle : bon, je prie beaucoup je vous l'ai dit j'ai changé notre alimentation, leur alimentation ; j'oblige, ils n'aiment pas manger, c'est un peu cela. J'ai orienté leur éducation sur l'amour, je leur demande de se supporter, donc je prévois que je peux ne pas être là, j'ai compris que la vie est comme ça et que je pouvais partir (rire).

Moi : est-ce que la maladie a réduit un certain nombre de chose en vous ? est-ce que vous êtes obligé de faire certaines choses que vous ne faisiez pas avant ?

Elle : oui *je mange assez de chose et j'ai trop peur j'en mange trop. Je ne fais plus un certain nombre de mouvements, je me fais beaucoup aider ; côté esthétique ça ne se voit même pas trop, on m'a même dit que je pourrai encore aller à la plage (rire). Je veux vraiment le faire, j'ai la gêne de fois de ne pas pouvoir faire certaines choses comme avant. Je ne peux plus porter t-shirt même à la maison et même quand il fait chaud.*

Moi : sur le plan cognitif, est-ce que vous remarquez des choses ?

Elle : non juste que *je réfléchis beaucoup, parfois je reste comme ça j'ai des sursauts* et je me dis aussi que Dieu n'aime pas ça. *Après le diagnostic j'ai pleuré et j'ai même fait mon testament ; j'ai dit à mon mari de garder mes enfants, de ne pas les séparer. Je me rejette beaucoup de tort.*

*La chirurgie avait fait j'avais perdu du poids, je n'avais plus faim, je ne mangeais pas beaucoup ; sinon j'ai vécu tout cela parce que j'ai été dépisté c'est tout. Au départ, je n'avais rien j'allais peut-être m'écrouler un jour mais sinon je n'avais rien.*

## ENTRETIEN EXPLORATOIRE DU CAS 2

Moi : Bonjour

Elle : bonjour

Moi : comme je vous le disais dernièrement, je suis étudiant chercheur et je m'intéresse au vécu des jeunes femmes camerounaise atteintes de cancer du sein et aux opérations qu'elles mettent en place pour advenir. Alors dites-moi, est-ce qu'on peut commencer ?

Elle : oui

Moi : racontez-moi comment vous vivez cette histoire

Elle : il y a quoi à dire ? rien.

Moi : okay, comme tu veux. Mais dites-moi dans quelle circonstance tu l'as découverte.

Elle : d'accord, ça commencé quand j'étais enceinte de six mois de mon 2<sup>ème</sup> enfant. J'étais en train de me laver lorsque j'ai constaté une « boule » dans mon sein. C'est vrai qu'avant cela, je dirai au début de la gros-sexe je ressentais déjà cela avec une légère douleur au sein mais je pensais que c'était parce que j'étais enceinte et que le lait de l'enfant se formait. A vrai dire j'en avait parlé à personne parce que je n'aime pas dire mes choses aux gens. Donc comme je le disais, j'avais constaté au 6<sup>ème</sup> mois de ma gros-sexe que la « boule » avait augmenté de volume et que la douleur était un peu plus grande. Le lendemain comme c'était le soir, je suis parti à l'hôpital général pour une consultation. Sans même tarder j'ai été reçu par le gynécologue qui après m'a demandé d'aller voir le Pr MDOM à SOCHIMIO. Lorsque je lui pose la question de savoir pourquoi, elle me répond juste qu'elle suspecte un cancer et que le Prof MDOM est mieux placé pour déterminer si c'était le cas.

Lorsqu'elle m'a dit cela, c'était comme si je rêvais et que le prof MDOM allait dire le contraire. Pour moi c'était juste le lait de l'enfant vu que j'étais en gros-sexe qui se formait. Le lendemain, je suis venu ici rencontrer le prof et il m'avait prescrit la mammographie puis demandé de revenir avec le résultat dans 3 semaines. Avant les 3 semaines on m'avait appelé pour récupérer les résultats. Je ne voulais même plus savoir et j'étais stressé. Avec le soutien de mon mari qui me disait de ne pas m'inquiéter et d'avoir fois en Dieu, je suis parti prendre les résultats, puis l'a emporté au prof. C'est ce jour-là qu'il m'a diagnostiqué. (Silence).

Moi : il t'a diagnostiqué et comment avais tu pris cela ?

Elle : (pleure), aussi tôt je savais qu'on allait me couper le sein. Je ne pensais qu'à ça et aussi à la mort. Je savais que je n'allais pas allaiter mon enfant.

Moi : ça dût être difficile pour toi j'imagine.

Elle : oui, je ... au fait, je ne voulais pas que cela m'arrive. Ce qui m'avait remonté la morale, c'est lorsque le prof MDOM avait dit qu'on n'allait pas m'opérer du moins pour le moment vu que j'étais à environ moins 1 mois d'accouchement.

Moi : à quel moment l'a-t-il fait ?

Elle : après l'accouchement

Moi : dans quelle circonstance ?

Elle : au fait, après l'accouchement je n'avais pas allaité. Mon mari dépensait beaucoup et je ne pouvais pas l'aider. J'étais devenu incapable de jouer mon rôle. Au fait, je ne dormais pas et je ne m'occupais même pas de mon enfant. Donc malgré ces précotations, le sein ne faisait qu'augmenter de volume. C'est pour cela qu'on a fait la mastectomie.

Moi : dites-moi, biologiquement comment c'était ?

Elle : ça faisait mal et son volume augmentait nor. Je ne portais plus de soutien et je ne sortais plus. J'avais honte !

Moi : parle-moi de comment tu te sentais, émotionnellement.

Elle : j'étais triste et je pensais que j'allais mourir et laisser ma famille. Je pleurais tout le temps. Je mangeais seulement quand on me forçait.

Moi : tu mangeais seulement quand on te forçait. Qui te forçait ?

Elle : mon mari, mes sœurs et mon grand-frère ; même le médecin. J'ai vraiment subi avec cette maladie. Et tout le monde ne me comprend pas.

Moi : je suis là et je veux te comprendre. Qu'as-tu subi concrètement ?

Elle : j'ai subi des douleurs, la chimiothérapie et tout le temps les dépenses pour acheter les médicaments.

Moi : tout à l'heure tu disais avoir honte, pourquoi avais-tu honte ?

Elle : oui j'avais honte parce que les gens allaient maintenant me regarder différemment. Ce n'est pas facile.

Moi : tu penses que c'est quoi qui est à l'origine de cette maladie ?

Elle : hummm ... Je ne sais pas mais on dit que c'est à cause des cellules qui s'accroissent excessivement. Dans ma famille on dit que c'est mystique vu que personne de notre famille n'a cette maladie. Je ne sais pas trop !

Moi : d'accord, nous allons mettre fin à l'entretien mais je sens qu'il y a des choses encore à me dire. Je ne sais pas pourquoi mais je suis sûr qu'on devrait passer un outil qui me permettra de mieux voir ce que vous vivez. Cet outil c'est le Rorschach, le veux-tu ?

Elle : oui mais pas maintenant.

Moi : tout à fait, je n'avais pas l'intention de le faire aujourd'hui disons mardi prochain si tu y seras.

Elle : non sur prochain, j'ai rendez-vous avec le prof jeudi sur prochain.

Moi : okay, disons donc à jeudi sur prochain alors ?

Elle : oui...

Moi : merci pour ta participation et à la prochaine !!!

## TABLE DE MATIERES

SOMMAIRE .....	i
DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS .....	iii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT .....	vi
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET SYMBOLES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE .....	viii
LISTE DES ANNEXES.....	ix
0. INTRODUCTION GENERALE.....	1
0.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	2
0.2. POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME.....	7
0.3. QUESTION DE RECHERCHE .....	8
0.4. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	9
0.4.1. Objectif général.....	9
0.4.2. Objectifs spécifiques .....	9
0.5. ORIGINALITÉ ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE .....	9
0.5.1. Originalité de l'étude .....	9
0.5.2. Pertinence de l'étude.....	10
0.6. DÉLIMITATION CONCEPTUELLE ET EMPIRIQUE.....	11
0.6.1. Délimitation conceptuelle .....	11
0.6.1.1. Vécu post-opératoire.....	11
0.6.1.2. Mentalisation.....	12
0.6.1.3. Cancer du sein.....	13
0.6.1.4. Effraction corporelle .....	14
0.6.1.5. Image du corps.....	14
0.6.2. Délimitations empiriques .....	15
0.6.2.1. Délimitation spatiale .....	15
0.6.2.2. Délimitation temporelle .....	15
0.7. PLAN DE PRÉSENTATION DU MÉMOIRE.....	16
PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE .....	17
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE PSYCHOPATHOLOGIQUE ONCOLOGIQUE .....	18

1.1. LE VÉCU DU CANCER .....	18
1.1.1. Étiologie de la maladie.....	18
1.1.1.1. Cancer comme affection organique simple.....	18
1.1.1.2. Cancer comme affection organique complexe.....	20
1.1.1.3. Cancer comme affection organique spirituelle .....	21
1.1.2. Vécu de l'affection.....	22
1.1.2.1. Le concept de vécu.....	22
1.1.2.2. Le vécu post-opératoire.....	22
1.2. PSYCHOPATHOLOGIE ONCOLOGIE.....	25
1.2.1. Évènements traumatiques et Trauma .....	25
Figure 1 : Schéma métaphorique de l'effraction traumatique .....	26
1.2.2. Honte, culpabilité et altération de la personnalité.....	28
1.2.2.1. La honte .....	28
1.2.2.2. La culpabilité .....	30
1.2.2.3. L'altération de la personnalité .....	30
1.3. LA THÉORIE DU TRAUMATISME : CANCER ET TRAUMATISME OU TRAUMATISME ET CANCER ? .....	31
CHAPITRE 2 : PROCESSUS DE MENTALISATION ET REPRISE DU MOI-CORPS .....	34
2.1. LE CORPS.....	34
2.1.1. Le corps en biologie.....	34
2.1.2. Le corps en anthropologie.....	34
2.1.2.1. Le concept du Corps en anthropologie selon Le Breton.....	34
2.1.2.2. Corps en anthropologie et genre .....	35
2.1.3. Le corps en psychopathologie.....	36
2.1.3.1. Définition du corps en psychopathologie .....	36
2.1.3.2. Le Moi-corps.....	37
2.1.3.2.1. Le schéma corporel et image du corps.....	38
2.1.3.2.1.1. Schilder (1935) : première théorisation de l'image du corps.....	38
2.1.3.2.1.2. Lacan (1949) : stade du miroir.....	39
2.1.3.2.1.3. Dolto (1984) : l'image inconsciente du corps.....	39
2.1.3.2.2. Le corps : un concept indissocié de la pulsion.....	40
2.1.3.3. Reprise du Moi-corps.....	46
2.1.3.3.1. Deschamps (1997) avec la reprise du Moi-corps.....	47

2.1.3.3.1.1. Réaffecter les mots.....	47
2.1.3.3.1.2. Rassembler l'image « meurtrie » .....	48
2.1.3.3.1.3. Supporter la castration réelle .....	49
2.1.3.3.1.4. Supporter le doute .....	49
2.1.3.3.1.5. Réinvestir son corps, entre plaisir et souffrance .....	50
2.1.3.3.1.6. Raviver l'étincelle .....	50
2.1.3.3.2. Le « travail du Négatif » .....	51
2.2. CONSTAT THÉORIQUE .....	57
PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE .....	58
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE .....	59
3.1. RAPPEL DU PROBLÈME DE RECHERCHE .....	59
3.2. HYPOTHESES DE L'ETUDE .....	61
3.2.1. Hypothèse générale .....	61
3.2.1.1. Variables de l'hypothèse générale .....	61
3.3. VARIABLES DE L'ÉTUDE .....	61
Tableau 1 : SYNOPTIQUE .....	64
3.4. TYPE DE RECHERCHE .....	65
3.5. PRÉSENTATION ET DESCRIPTION DU SITE DE L'ÉTUDE .....	65
3.5.1. Présentation du site de l'étude .....	65
3.5.2. Création et évolution en ONG .....	66
3.5.3. Les objectifs de L'ONG SOCHIMIO .....	66
3.6. POPULATION DE L'ETUDE .....	66
3.6.1. Mode de recrutement des participantes.....	67
3.6.2. Les participantes de l'étude .....	68
Tableau 2 : Caractéristiques des participants.....	68
3.6.3. Procédure et critères de sélection des participants.....	68
3.6.3.1. Les critères d'inclusion .....	69
3.6.3.2. Les critères d'exclusions.....	69
3.6.3.3. Diagnostic des participantes .....	69
3.7. OUTILS DE COLLECTES DE DONNÉES .....	70
3.7.1. L'entretien clinique exploratoire.....	71
3.7.2. Le test de Rorschach .....	71
PARTIE 3 : CADRE OPERATOIRE DE L'ÉTUDE .....	78

CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNEES.....	79
4.1. COMPTE RENDU DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE .....	79
4.1.1. La participante Rita.....	79
4.1.1.1. Entretien exploratoire avec Rita.....	79
4.1.1.2. Feuille de cotation du Rorschach.....	81
4.1.1.3. Psychogramme.....	83
4.1.1.4. Dynamique de la passation .....	84
4.1.1.5. Interprétation.....	84
4.1.1.5.1. Processus de la pensée et investissement de l'intelligence.....	84
4.1.1.5.2. Facteurs de socialisation ou rapport au réel.....	85
4.1.1.5.3. Dynamique affective.....	85
4.1.2. La participante Belle .....	86
4.1.2.1. L'entretien exploratoire avec Belle.....	86
4.1.2.2. Feuille de cotation du Rorschach.....	87
4.1.2.3. Psychogramme.....	94
4.1.2.4. La dynamique de la passation .....	95
4.1.2.5. Interprétation.....	95
4.1.2.5.1. Facteurs de socialisation ou rapport au réel.....	95
4.1.2.5.2. Dynamique affective.....	96
4.1.2.5.3. Approche dynamique.....	96
4.1.3. Synthèse des données de l'examen psychologique.....	97
4.2. PRÉSENTATION ET ANALYSES DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE .....	98
4.2.1. Le blocage des fonctions de filtration de l'environnement.....	98
4.2.2. Le blocage dans les fonctions de présence au monde.....	101
4.2.3. Blocage de la fonction d'amour et relation à l'autre.....	102
4.2.4. Les capacités de mentalisation.....	104
4.2.4.1. L'adaptation cognitive .....	104
4.2.4.2. L'adaptation sociale .....	105
4.2.4.3. L'adaptation affective .....	105
4.3. SYNTHÈSE DES ANALYSES .....	106
CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES THÉORIQUES	
.....	107
5.1. RAPPELS DES DONNÉES THÉORIQUES ET EMPIRIQUES.....	107

5.1.1. Rappel des données théoriques de l'étude .....	107
5.1.2. Rappel des données empiriques de l'étude .....	110
5.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....	110
5.2.1. Du blocage de la fonction de filtration de l'environnement du cancer du sein à la capacité de mentalisation .....	111
5.2.2. Du blocage de la fonction de présence au monde à la capacité de mentalisation.....	113
5.2.3. Du blocage dans les fonctions d'amour et de relation à autrui à la capacité de mentalisation .....	114
5.3. PERSPECTIVES .....	117
5.3.1. Perspectives théoriques .....	117
5.3.2. Perspectives cliniques .....	120
CONCLUSION GÉNÉRALE .....	121
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	130
ANNEXES .....	138
TABLE DE MATIERES.....	161